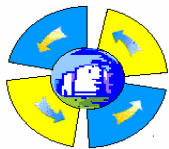




REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA USL N° 5
MONTALBANO JONICO (MT)

***DOCUMENTO ANNUALE
DI DIRETTIVE***

Anno 2008



1. PREMESSA

Il Documento Annuale di Direttive (DAD) riporta le principali linee strategiche da attuare nell'anno 2008, sulla base della programmazione regionale e locale, ed indica la previsione dei fondi a disposizione per l'esercizio di competenza, nonché i progetti da attuare.

Il documento individua, quindi, l'ambito per la programmazione e l'assegnazione annuale degli obiettivi di attività e le relative risorse, rispetto a quelli di medio lungo termine previsti dalle normative nazionali e regionali in materia di programmazione e dagli atti di programmazione e riorganizzazione aziendale approvati dalla Giunta regionale che rappresentano il punto di partenza per il processo di budgeting così come previsto dall'Atto Aziendale.

2. IL CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

Il Documento Annuale di Direttive (DAD) per l'anno 2008 si inserisce in un quadro normativo ben definito rispetto agli anni precedenti sia per quanto concerne le risorse economiche che per gli obiettivi di salute che le Regioni dovranno perseguire nel triennio 2007-2009.

In tal senso il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008¹, il nuovo Patto per la Salute e le disposizioni in materia sanitaria della manovra finanziaria per l'anno 2008, in corso definizione, costituiscono tappe fondamentali per il consolidamento e l'evoluzione del processo di autogoverno responsabile delle Regioni in materia sanitaria, strutturato con l'Accordo dell'8 agosto 2001 della Conferenza Stato-Regioni (G.U. 6.9.2001, n. 207) e declinato con l'Accordo del 16 dicembre 2004 e con l'Intesa del 23 marzo 2005

In particolare, relativamente alle risorse, il Patto per la Salute tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha definito, per la prima volta per il triennio 2007-2009, il finanziamento del SSN, che risulta pari a 96 miliardi di euro per l'anno 2007, a 99,042 miliardi di euro per l'anno 2008 e a 102,345 miliardi di euro per l'anno 2009.

In sede di riparto del FSR per l'anno 2008 pari a 949,094 milioni di euro, sono stati assegnati a questa azienda sanitaria 123,371 milioni di euro.

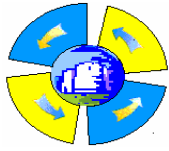
La conoscenza per tempo dell'assegnazione per l'anno 2008 assume per l'azienda una rilevanza importante sotto il profilo gestionale, in quanto consente una reale programmazione delle attività sanitarie per un puntuale ed efficace raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda invece gli obiettivi di salute permane quanto stabilito dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 circa l'impegno delle regioni a rispettare l'obbligo di garantire in sede di programmazione regionale, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, sia in sede di bilancio preventivo annuale che di bilancio consuntivo.

In linea con tali indirizzi la Regione Basilicata ha portato a termine nel mese di Maggio 2006 la concertazione con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e Ospedaliere della Regione per la definizione degli obiettivi di salute per il biennio 2006-2007 a fronte di definite e concordate risorse economiche, per consentire il rispetto degli impegni sia sugli obiettivi di salute che su quelli di carattere finanziario.

Con la D.G.R. n 1713 del 13 Novembre 2006 sono stati definiti, invece, gli obiettivi di salute e di programmazione economico - finanziaria che i Direttori Generali devono perseguire, oltre agli adempimenti già previsti nei rispettivi contratti di nomina, nel biennio 2006-2007 a fronte delle risorse economiche assegnate per i tre seguenti livelli di assistenza, indicati con il D.P.C.M. del 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (G.U. 8.2.2002, n.33) che ha recepito "l'accordo tra

¹ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato dalla Conferenza Unificata il 28 marzo 2006 rep. N. 950/CU



Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni", che vengono di seguito indicati:

1. Assistenza Ospedaliera
2. Assistenza Distrettuale
3. Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro

Per l'anno 2008 la Regione Basilicata nelle riunioni del 10 e 18 Dicembre c.a. ha provveduto:

- alla presentazione del riparto provvisorio per l'anno 2008 con le relative linee guida;
- alla presentazione e discussione della bozza di documento sugli obiettivi di salute e di carattere economico finanziario che le Aziende Sanitarie regionali devono perseguire per l'anno 2008-2009.

Il documento, seppur in forma di bozza, rappresenta comunque il riferimento normativo che la Direzione Strategica ha tenuto presente nella redazione della presente direttiva, che sarà aggiornata subito dopo l'approvazione da parte della Giunta Regionale di Basilicata del documento definitivo.

Il DAD per l'anno 2008, dopo una breve sintesi sul livello organizzativo raggiunto in ambito ospedaliero e territoriale, stabilisce i criteri, le modalità e i tempi per l'assegnazione ai Dipartimenti aziendali degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria per l'anno 2008, previsti dalla bozza di documento sopra richiamato e dalle linee strategiche di sviluppo aziendale di medio lungo-termine riportate nel Piano Attuativo Locale (PAL) approvato con la delibera n. 642 del 24.08.2005

2. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

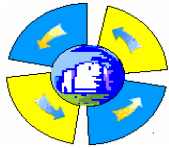
In questi ultimi anni la normativa nazionale e regionale, in materia di organizzazione sanitaria, ha ridimensionato fortemente il ruolo che l'ospedale deve svolgere nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne la diagnosi ed il trattamento delle patologie cronico - degenerative. Tale consapevolezza ha determinato negli ultimi anni un cambiamento - nel senso della diversificazione dei ruoli delle strutture sanitarie coinvolte nei percorsi clinico-assistenziali - che tende sempre più a valorizzare le strutture sanitarie territoriali, in quanto più adatte a fornire risposte adeguate a soddisfare la domanda espressa dalle popolazioni.

Tale situazione è sicuramente determinata dalle significative variazioni intervenute negli ultimi decenni nel quadro demografico e nello stato di salute delle popolazioni. In particolare, dati relativi ai paesi industrializzati evidenziano chiaramente un allungamento della vita media delle persone ed un significativo cambiamento delle condizioni di salute, riconducibili alla riduzione delle patologie acute ed all'incremento di quelle croniche, con maggior prevalenza nelle fasce di età superiori ai 65 anni.

Questi profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici hanno indotto, inevitabilmente, il management delle aziende sanitarie a dover riprogettare i processi assistenziali in funzione dei cambiamenti sopra indicati. In particolar modo si è dovuto procedere ad una riorganizzazione della rete ospedaliera, finalizzata a garantire la presenza sul territorio di poche e qualificate strutture ad alto contenuto tecnologico, con adeguate professionalità e condizioni strutturali conformi agli standards definiti dai sistemi per l'accreditamento istituzionale, così da garantire al cittadino prestazioni sanitarie quali-quantitativamente adeguate ed in condizioni di massima sicurezza.

In questo contesto, è risultato necessario avviare quelle azioni che potessero determinare, da un lato la presenza sul territorio di pochi ospedali in grado di garantire la diagnosi ed il trattamento delle patologie a carattere acuto, e dall'altro potenziare il ruolo e le funzioni delle strutture sanitarie territoriali necessarie per il trattamento delle patologie a carattere cronico-degenerativo.

La realtà aziendale vede, comunque, ancora oggi, la presenza di ospedali sovrapponibili per la tipologia delle prestazioni erogate, che in molti casi non rispondono ai criteri di qualità e di sicurezza.



Occorre, quindi, portare a compimento il processo di riorganizzazione, attraverso la riconversione delle attività, nella direzione della diversificazione, al fine di garantire una più ampia gamma di prestazioni sanitarie.

E' solo attraverso questo processo che si possono recuperare e riallocare quelle risorse necessarie a garantire la piena efficacia ed efficienza delle strutture ospedaliere e favorire il pieno funzionamento delle attività territoriali distrettuali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ospedalizzazione domiciliare, le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché l'attivazione delle residenze sanitarie assistite.

In linea con gli scenari sopra rappresentati, questa Azienda ha già avviato, da alcuni anni, un percorso per la revisione del modello organizzativo aziendale finalizzato prioritariamente alla diversificazione delle attività sanitarie tra le strutture ospedaliere e territoriali aziendali per garantire prestazioni sanitarie quali-quantitativamente appropriate nel soddisfare la domanda assistenziale proveniente dal territorio.

Il piano, sviluppato secondo le direttrici indicate dal P.S.R. vigente, individua nell'Ospedale di Policoro la sede del Pronto Soccorso Autonomo e di tutte le altre UU.OO. deputate al trattamento dell'Emergenza/Urgenza e delle patologie con carattere di acuzie, individuando, invece, negli ospedali di Stigliano e Tinchì le strutture atte ad accogliere le UU.OO. ed servizi a valenza esclusivamente territoriale per il trattamento delle patologie cronico-degenerativo, attraverso l'integrazione con gli Enti locali.

Per rendere operativa la funzione di P.S.A. dell'Ospedale di Policoro è stato potenziato in primo luogo il Pronto Soccorso Attivo e sono stati attivati i servizi U.T.I.C. e la Terapia Intensiva, la terza sala operatoria, e la Chirurgia di Urgenza ed il Centro Trasfusionale.

Contemporaneamente, nell'ambito del processo di diversificazione delle attività, nel 2007 nell'Ospedale di Stigliano è stato realizzato quanto segue:

- consolidamento delle attività di Lungodegenza semplice con 12 posti letto,
- attivazione del primo modulo di Lungodegenza riabilitativa con 6 posti letto
- attivazione del Centro per le cure palliative (Hospice) con 8 posti letto.

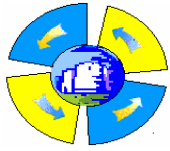
Per quanto riguarda l'Ospedale di Tinchì sono state consolidate le attività:

- del Servizio di Endocrinologia sia in regime di ricovero diurno che ambulatoriale,
- di Endocrinocirurgia,
- di Medicina fisica e Riabilitazione, con l'attivazione del servizio per la tossina botulinica
- le attività ambulatoriali di Otorinolaringoiatria e Dermatologia

Per quanto concerne le strutture territoriali, l'Azienda ha scelto di dare piena attuazione a quanto previsto dalla L.R. n. 3 del 1 Febbraio 1999, attraverso il completamento della struttura organizzativa e delle relative funzioni proprie del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio sanitaria e di Riabilitazione ha provveduto nel corso del 2007 all'aggiornamento del Piano delle Attività Territoriali (PAT), previsto dalla L.R. 39/2001, per garantire sul territorio, attraverso le strutture distrettuali, i consultori, il SERT e la medicina di base, una gamma sempre più ampia di prestazioni. Questo piano consentirà di intensificare il processo di integrazione tra ospedale e territorio, processo finalizzato a fornire risposte sempre più appropriate rispetto alla domanda sanitaria così da favorire il processo di deospedalizzazione in atto.

Nell'anno 2007, infine, l'Azienda nell'ambito del servizio di Emergenza Urgenza (118) ha portato avanti le azioni di miglioramento strutturale organizzativo e di personale dei sette Punti Territoriali di Soccorso (PTS), di cui uno medicalizzato, così da coprire le attività di emergenza ed urgenza sull'intero territorio aziendale. Il completamento dell'intero sistema aziendale dell'emergenza urgenza, volto a garantire la messa in sicurezza dell'intero territorio, pur nella consapevolezza del rilevante



costo che l'Azienda sostiene, potrà consentire, comunque, per le sue implicazioni strategiche e gestionali, la definitiva razionalizzazione della rete ospedaliera.

4. ATTIVITA' AZIENDALI

Le attività sanitarie sono garantite dalle strutture ospedaliere e territoriali nell'ambito dei tre livelli di assistenza stabiliti dal D.P.C.M. 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" di seguito indicati:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. Assistenza distrettuale;
3. Assistenza ospedaliera;

4.1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

La L.R. n. 3 del 1999 "Norme per l'organizzazione e l'esercizio delle funzioni di prevenzione spettanti al Servizio Sanitario Nazionale" in attuazione del D.Lg.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, ha definito i criteri per la istituzione del Dipartimento di Prevenzione, articolandolo in sette servizi, denominati anche Unità Operative.

Con delibera n. 193 del 30.04.99, questa Azienda, recependo integralmente i criteri individuati nella L.R. 3/99, ha istituito il Dipartimento di Prevenzione che nell'anno 2002 ha raggiunto l'assetto organizzativo definitivo con l'attivazione del servizio di Prevenzione Protezione ed Impiantistica nei luoghi di lavoro per lo svolgimento di attività specifiche, che fino all'anno 2001 erano state garantite dalla A.S.L. 4 di Matera.

Il Dipartimento di Prevenzione, come sopra detto, comprende 7 Unità Operative le cui competenze sono estremamente diversificate, infatti, le professionalità, vanno da quelle mediche a quelle veterinarie per giungere a quelle ingegneristiche.

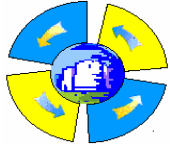
Alcune attività complesse, sia strutturate o occasionali, sono svolte da gruppi di lavoro interdisciplinari (art. 13 L.R. 3/99)

4.2 Assistenza distrettuale

Sulla base dei criteri indicati dalla Legge Regionale n. 27 del 10.06.1996 agli art. 28 e 29, questa Azienda ha approvato con delibera n. 717 dell'11.07.1997 il piano per la "Organizzazione dei Distretti Sanitari di Base" con il quale sono stati definiti gli ambiti territoriali e le funzioni distrettuali, tenendo conto:

- delle caratteristiche demografiche e orografiche dei Comuni facenti capo all'Azienda;
- del piano di Emergenza Sanitaria definito dal PSR 97-99 con il quale si stabilisce che la dislocazione dei punti di emergenza territoriale deve essere tale da garantire il trasferimento dei mezzi di soccorso tra i Comuni entro i 20 minuti medi;
- dalle condizioni di salute della popolazione residente (presenza di patologie croniche invalidanti).

Sulla base dei dati emersi sono stati definiti gli ambiti territoriali che individuano:



- n. 3 Distretti Sanitari di Base di II° livello nei Comuni di Policoro, Pisticci e Stigliano;
- n. 3 Distretti Sanitari di Base di I° livello nei Comuni di Tursi, Montalbano Jonico e San Mauro Forte;
- mentre i restanti Comuni vengono individuati come Sezioni Distrettuali Comunali (SDC).

Nel piano si individuano, oltre agli ambiti territoriali dei distretti, anche le attività da assegnare ai Distretti di II° e I° livello, di seguito elencate:

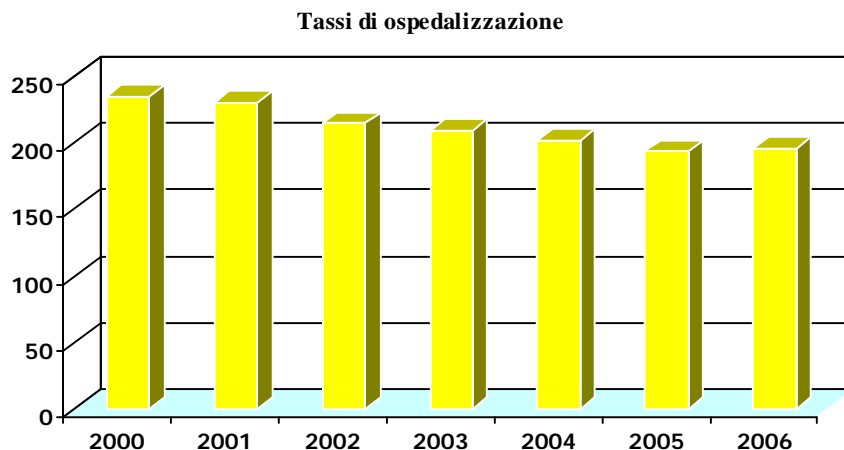
- Medicina di base
- Pediatria di libera scelta
- Continuità assistenziale
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi consultoriali
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza Psichiatrica
- Attività di riabilitazione
- Assistenza protesica
- Tossicodipendenze ed alcologia
- Assistenza agli anziani

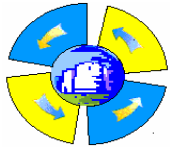
4.3 Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, particolare importanza assumono

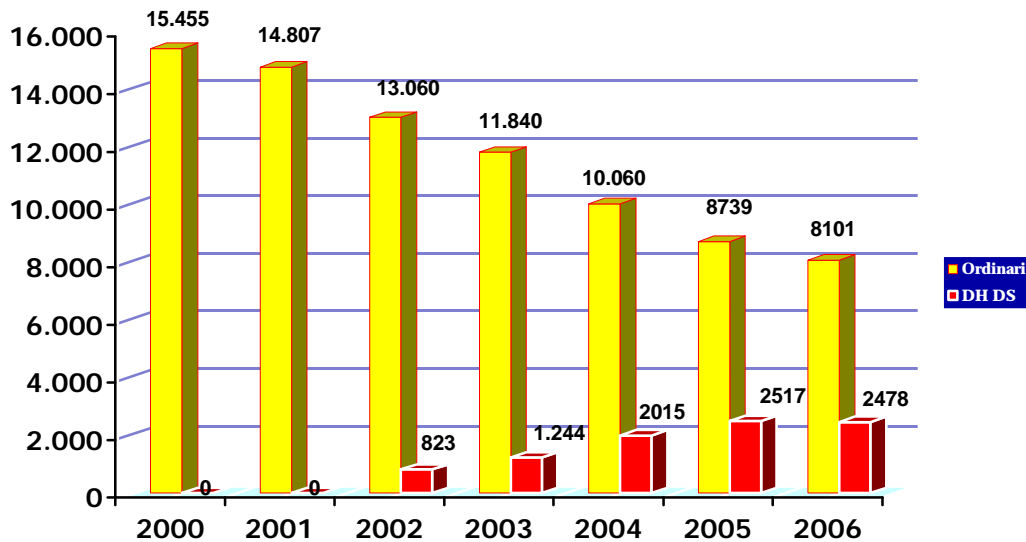
1. la riduzione della domanda di ospedalizzazione documentata dal contenimento dei tassi di ospedalizzazione,
2. consistente riduzione dei ricoveri in regime ordinario a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, sia per le patologie mediche che per quelle chirurgiche (day surgery),
3. potenziamento delle attività in regime ambulatoriale.

I dati registrati triennio 2000-2006 nell'ASL 5 di Montalbano Jonico, in linea con quanto rilevato a livello nazionale, dimostrano una significativa riduzione dei tassi di ospedalizzazione (T.O.), come riportati nel grafico 1.





Nel grafico seguente è riportato l'andamento dei ricoveri in regime ordinario e diurno nel periodo 2000-2006.

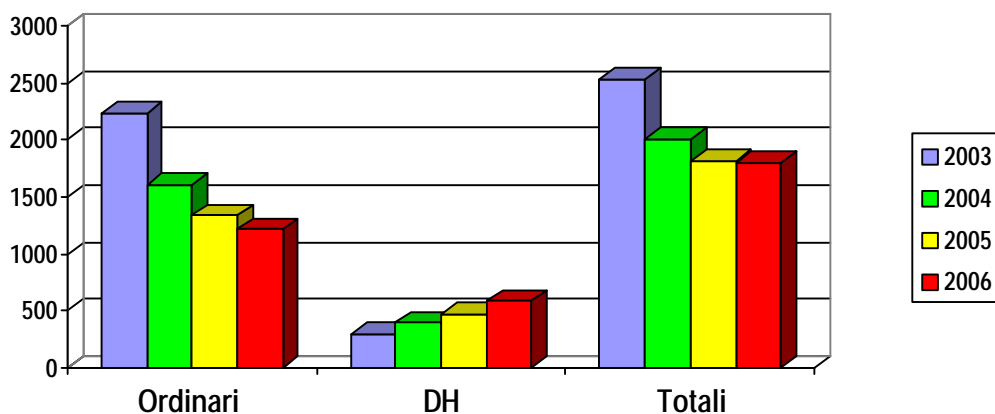


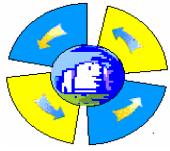
4.4 Appropriately dei ricoveri

Con il DPCM 29-11-2001 "Definizione dei livelli di assistenza" (LEA) l'organo di governo centrale ha definito per la prima volta le prestazioni le prestazioni totalmente escluse, e quindi non a carico del SSN, nonché quelle prestazioni che presentavano un alto rischio di inappropriately se erogate in regime di ricovero e per i quali andavano individuati setting assistenziali diversi, quale il regime di ricovero diurno o quello ambulatoriale

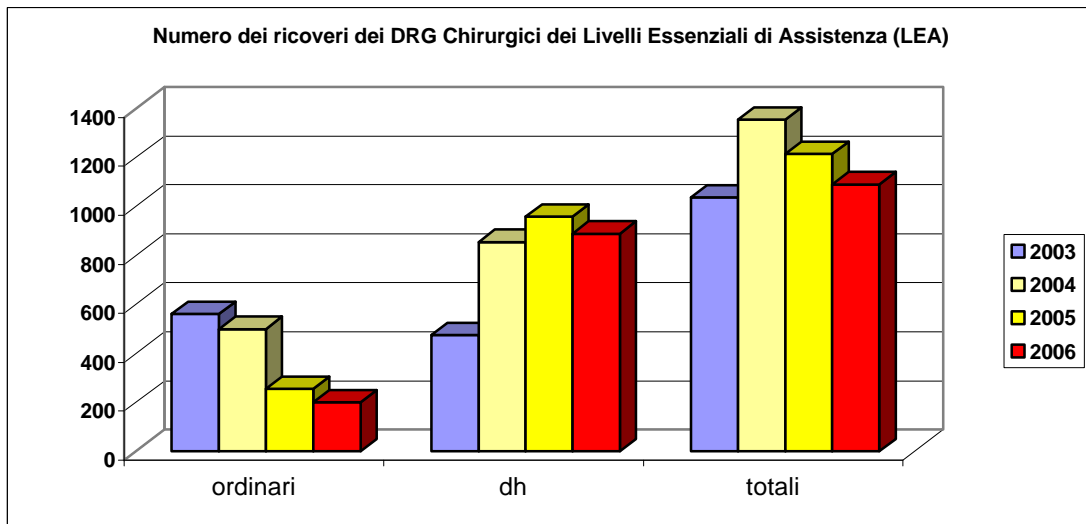
I dati relativi all'anno 2006, confrontati con quelli del biennio 2003-2005, evidenziano un significativo e ulteriore contenimento dei ricoveri ordinari a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, così come si può evincere dal grafico seguente.

Numero dei ricoveri relativi ai DRG Medici dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)





Anche i ricoveri chirurgici in regime ordinario fanno registrare un decremento rispetto all'anno 2004 a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno indicati nel grafico sottostante.



Il contenimento dei ricoveri inappropriati deriva dalle azioni attivate dall'Azienda in termini di misurazione e valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero attraverso strumenti di misurazione già ampiamente validati a livello nazionale e internazionale.

In particolare, al fine di valutare il grado di appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario, l'Azienda ha elaborato e realizzato uno studio retrospettivo di misurazione dell'appropriatezza / inappropriata dei ricoveri prodotti dai tre presidi ospedalieri dell'Azienda nel secondo semestre dell'anno 2003, utilizzando come strumento di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri la metodica PRUO (Protocollo di Revisione dell'uso dell'Ospedale) ampiamente validata a livello nazionale e internazionale. I risultati dello studio, pubblicato sulla rivista dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata, forniscono utili informazioni sull'appropriatezza dell'ammissione ai ricoveri e sulle giornate di degenza erogate.

Dall'analisi dei risultati è emerso che la percentuale di inappropriata dell'ammissione al ricovero è risultata in linea con i dati riportati in altri studi nazionali, mentre la percentuale di inappropriata delle giornate di degenza è risultata significativamente più elevata. Gli elementi epidemiologici raccolti hanno consentito due ordini di considerazioni delle quali, la prima colloca in un contesto aziendale le informazioni raccolte; la seconda invece, tenta più strette correlazioni a livello di valutazione dei tre presidi ospedalieri della ASL.

Parallelamente allo studio, la Direzione Sanitaria di Presidio, su impulso della Direzione Strategica, ha svolto nel 2004 una intensa attività di verifica e controllo sull'appropriatezza dei ricoveri, attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro composti da Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Medici Ospedalieri e Responsabili di Distretto, con il coordinamento della Direzione Sanitaria di P.O.U., al fine di procedere al monitoraggio e alla valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri presso le strutture ospedaliere di Policoro, Tinchì e Stigliano, i cui risultati hanno confermato quanto riportato nello studio.

L'azione di controllo e verifica sopra indicata ha consentito nel 2005 un ulteriore contenimento dell'inappropriata rispetto ai valori registrati nel 2004.



L'azione di contenimento dei ricoveri inappropriati è stata realizzata sia per ottemperare ad una precisa disposizione regionale che per motivi assistenziali in quanto il recupero di risorse derivante dall'abbattimento dell'inappropriatezza ha consentito di destinare le stesse all'implementazione di nuovi servizi o al potenziamento di quelli già esistenti così da ampliare la gamma delle prestazioni erogate dall'azienda e garantire ai cittadini di usufruire in loco di prestazioni sanitarie spesso erogate da altre strutture regionali o extraregionali.

4.5 Mobilità Sanitaria Attiva e Passiva

In ambito sanitario il termine "mobilità" indica il caso in cui la prestazione sanitaria viene erogata da una struttura sanitaria ubicata in una azienda sanitaria diversa da quella di appartenenza dell'utente.

I motivi di questa situazione sono molteplici e vanno ricercati sia nelle caratteristiche dell'offerta locale (prestazione non erogabile, tempi di attesa, difficoltà nei trasporti, ecc) ma anche nelle abitudini sociali, geografiche e culturali della popolazione.

Quando un utente si rivolge ad una struttura diversa da quella di appartenenza si parla di mobilità passiva ed ha un risvolto negativo, quasi sempre, per l'utente sul piano del disagio mentre per la struttura di appartenenza rappresenta sempre un costo.

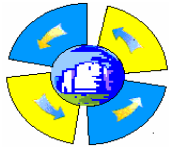
Risulta evidente che il maggior ricorso dei nostri cittadini a strutture extraregionali, spesso per prestazioni di medio bassa complessità e ordinariamente erogate dalle nostre strutture aziendali, può determinare un depauperamento delle risorse economiche aziendali con possibili ripercussioni negative sui volumi e sulla qualità delle prestazioni erogate e potenzialmente erogabili dall'Azienda stessa.

Per queste considerazioni relativamente alla mobilità sanitaria passiva fuori Regione va, innanzitutto, segnalato che questa Azienda, già da alcuni anni, ha attivato una serie di azioni finalizzate al contenimento della fuga di cittadini verso strutture extraregionali, così da registrare un forte contenimento della mobilità sanitaria. I dati riportati nelle tabelle dimostrano che il numero dei ricoveri fuori regione si è ridotto in maniera costante negli anni:

Numero Ricoveri	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mobilità Passiva fuori regione	4.866	4.462	4.464	4.110	3.935	3.992
Mobilità Attiva fuori regione	1.264	1.192	1.137	1.157	1.166	1.175
Saldo Passiva / Attiva	3.604	3.270	3.327	2.953	2.769	2.817

Valore economico (Mln)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mobilità Passiva fuori regione	12,693	12,299	13,115	11,726	11,268	11,139
Mobilità Attiva fuori regione	2,381	2,455	2,208	2,310	2,342	2,339
Saldo Passiva / Attiva	10,312	9,994	10,907	9,416	8,926	8.800

Dall'analisi dei dati si registra già nell'anno 2002 un primo e significativo risultato in termini di contenimento dei ricoveri fuori regione, passati dai 4.866 del 2001 ai 4.462 del 2002, con una riduzione pari a 367 ricoveri, accompagnato da un significativo contenimento della spesa rispetto allo



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA USL N° 5
MONTALBANO JONICO (MT)

stesso 2001. Nel 2003, invece, a fronte di un sostanziale mantenimento, rispetto al 2002, del numero dei ricoveri fuori regione, si registrava un incremento della spesa, che da un'analisi dei DRG è risultata attribuibile ad alcuni ricoveri per trapianti d'organo effettuati nel 2003 a favore di cittadini residenti in Comuni di questa Azienda. Per quanto riguarda la mobilità attiva i dati evidenziano un sostanziale mantenimento del numero di ricoveri effettuati a favore di cittadini residenti fuori regione e della relativa valorizzazione economica rispetto all'anno precedente.

Nel 2004 l'Azienda, ha registrato un significativo contenimento del numero totale dei ricoveri fuori regione, passati dai 4.464 del 2003 ai 4.110 del 2004 con una riduzione pari a 354 ricoveri. Da un punto di vista economico la riduzione dei ricoveri in mobilità passiva sul 2004 ha di fatto determinato una consistente diminuzione della spesa, passata dai 13,115 milioni di € del 2003 ai 11,726 milioni di € del 2004, con un miglioramento del saldo economico 2003-2004 pari a € 1.388.489,97.

Per quanto riguarda invece la mobilità attiva fuori regione, i dati dimostrano un lieve incremento dei ricoveri, passati dai 1.137 del 2003 ai 1.157 del 2004, associato ad un aumento del valore economico della produzione passato dai 2,208 mln di € del 2003 ai 2,310 mln di € del 2004.

Per l'anno 2005 i primi dati sulla mobilità passiva evidenziano un'ulteriore riduzione dei ricoveri fuori regione che risultano paria 3.935, con 75 ricoveri in meno rispetto al 2004 e del relativo valore economico pari a 11,268 milioni di euro in ulteriore e significativo calo rispetto al 2004, a fronte di un sostanziale mantenimento del numero dei ricoveri e del relativo valore economico in mobilità attiva fuori Regione

Nel 2006, a fronte di un lieve incremento del numero dei ricoveri fuori regione, si registra invece una riduzione del relativo valore economico, come riportato nella tabella seguente.

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al numero di ricoveri in mobilità sanitaria attiva e passiva extraregionale registrati nel quadriennio 2003 – 2006:

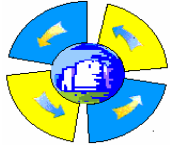
Numero ricoveri	2003	2004	2005	2006
Mobilità Passiva fuori regione	4.464	4.110	3.935	3.992
Mobilità Attiva fuori Regione	1.137	1.157	1.166	1.175
Saldo Passiva / Attiva	3.327	2.953	2.769	2.817

Nel 2006, a fronte di un lieve incremento del numero dei ricoveri fuori regione, si registra invece una riduzione del relativo valore economico, come riportato nella tabella seguente.

	2003	2004	2005	2006	diff. 2004 vs 2003	diff. 2005 vs 2004	diff. 2006 vs 2005	DIFF. TOTALE % TRIENNIO	DIFF. IN € TRA 2003 E 2006
PASSIVA	13.115.000	11.726.000	11.268.000	11.139.000	-10,59%	-3,91%	-1,14%	-15,64%	- 1.976.000
ATTIVA	2.208.000	2.310.000	2.342.000	2.339.000	4,62%	1,39%	-0,13%	5,88%	131.000
SALDO	- 10.907.000	- 9.416.000	- 8.926.000	- 8.800.000	-13,67%	-5,20%	-1,41%	-20,29%	2.107.000

Dalla stessa tabella, inoltre, si rileva che il saldo tra la mobilità attiva e passiva fuori Regione nel quadriennio 2003-2006 è migliorato di € 2.107.000.

In particolare la mobilità passiva fuori regione fra gli anni 2003-2006 è diminuita di € 1.976.000 pari al 15,64%, in ragione del 5,21% annuo, con un decremento medio annuo del 5%.



5. LINEE PROGRAMMATICHE

5.1 Attività realizzate nel 2007

Nel 2007 sono state portate a termine le azioni previste dal programma aziendale relativamente al potenziamento ed allo stesso tempo diversificazione delle attività sui tre presidi ospedalieri

In particolare è stata ulteriormente potenziata la funzione per acuti dell'Ospedale di Policoro, sede di PSA, attraverso il consolidamento della Guardia Attiva H/24 della U.O. di Medicina Generale e della Guardia Attiva Ostetrica H/24 presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia. Sono stati avviate le attività per la ristrutturazione del PSA e risulta avanzata la fase 2 dei lavori di ristrutturazione dell'ospedale.

Parallelamente alle azioni previste dal programma di potenziamento dell'ospedale di Policoro che risultano in fase avanzata di realizzazione, l'Azienda ha definito e avviato nel 2007 il programma aziendale riguardante la diversificazione e razionalizzazione delle attività negli Ospedali di Tinchì e Stigliano, in linea con quanto stabilito dal Piano Attuativo Locale (PAL) che ridefinisce i ruoli e le funzioni assistenziali delle tre strutture ospedaliere aziendali attraverso il Piano Attuativo Ospedaliero (P.A.O.) e il ruolo e le funzioni delle strutture territoriali riportate nel Piano Attuativo Territoriale (PAT).

Relativamente al P.O. di Stigliano nel 2007 è stata avviata la prima fase di riorganizzazione delle attività sanitarie, che ha portato:

1. alla realizzazione della Casa di Maternità con percorsi clinico assistenziali garantiti in regime ambulatoriale e di day hospital, con dotazione di n. 2 posti letto per l'Ostetricia e Ginecologia e n. 2 posti letto per la Pediatria.
2. all'attivazione del primo modulo di n. 6 posti letto di Lungodegenza Riabilitativa sui 12 previsti a regime,;
3. attivazione del primo modulo di 8 posti letto, sui 18 posti letto programmati, del Centro Residenziale per le Cure Palliative ai malati terminali (Hospice);
4. la permanenza delle attività di Urologia;

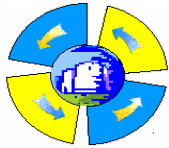
5.2 Linee programmatiche 2008

Ospedale di Policoro:

- completamento dei lavori di ristrutturazione (seconda fase), previsto per l'anno 2008, così da garantire ai propri assistiti un comfort alberghiero conforme agli standard strutturali previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia di accreditamento.
- avvio delle attività di riabilitazione cardiologica;
- Installazione della Risonanza Magnetica Nucleare e T.A.C. nei nuovi locali realizzati.

Ospedale di Stigliano

- Potenziamento dell'Hospice con il passaggio dei posti letto da 8 a 18
- Potenziamento della Lungodegenza Riabilitativa con il passaggio dei posti letto da 6 a 12
- Potenziamento della Lungodegenza semplice: da 12 a 18 posti letto.
- Realizzazione Centro Alzheimer a gestione integrata pubblico privato
- Attivazione servizio TAC con il trasferimento dell'apparecchiatura dal servizio di radiologia dell'Ospedale di Policoro
- Attivazione PTS con auto medicalizzata



- Ristrutturazione sala operatoria per attività chirurgica in day surgery

Ospedale di Tinchi

- Apertura spazi ristrutturati presso il PO di Tinchi con conseguente aumento dei posti letto;
- Attivazione del primo modulo di 6 posti letto di riabilitazione neuromotoria (Cod. 56).
- Realizzazione della piscina per le attività di riabilitazione

6. OBIETTIVI AZIENDALI - ANNO 2008

Gli obiettivi che l'Azienda dovrà perseguire per l'anno 2008, sono contenute negli atti deliberati dalla Regione Basilicata e di seguito indicati:

- D.G.R. n. 1147 del 27-28 Giugno 2005: "Nomina Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 5 di Montalbano Jonico (MT)";
- D.G.R. 2563 del 12-12-2005 "Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005 (di cui all'art. 1 c. 173 della legge 30.12..2994 n. 311) – Approvazione del nuovo schema di contratto dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali"
- Gli obiettivi di salute e di programmazione economica finanziaria previsti per il biennio 2008-2009 dalla revisione della D.G.R. n. 1713 del 13 Novembre 2006 ad oggetto: "obiettivi di salute e di programmazione Economica Finanziaria per le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata – Anno 2006 – 2007".e presentati in bozza nelle riunioni del 10 e 18 Dicembre c.a.

Pertanto, per l'anno 2008 le strutture dipartimentali, per quanto di propria competenza, dovranno perseguire i seguenti obiettivi:

a) ASSISTENZA OSPEDALIERA

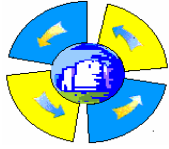
1. Posti letto

Con la delibera del D.G. n. 222 del 18-04-2006 "Rimodulazione dei posti letto per acuti, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale della Basilicata n. 2192 del 4.11.2005 ad oggetto. "Art. 4 – Intesa Stato – Regioni del 23.03.2005 (di cui all'art. 1 comma 173 della L. 30.12.2004 n. 311 - Rimodulazione dello standard di riferimento nazionale dei posti letto per acuti.", approvata con DGR 850 del 12 Giugno 2006, l'Azienda ha proceduto alla prima rimodulazione dei posti letto tenendo conto delle indicazioni previste dalla DGR 2192/2005.

Successivamente con la delibera del DG n. 714 del 15-12-2006 avente ad oggetto "Definizione dei posti letto per acuti al 31/12/2006 ai sensi della delibera del D.G. n. 222 del 10-04-2006" l'Azienda ha provveduto alla prima rimodulazione dei posti letto per acuti, prevista dalla delibera n. 222 del 10-04-2006, ed ha stabilito i posti letto per acuti assegnati al Presidio Ospedaliero Unificato al 31/12/2006. La delibera è stata trasmessa al Dipartimento Salute con nota prot. 569 dell'8 Gennaio 2007

Successivamente la Regione Basilicata

- con la D.G.R. n. 193 del 21 Febbraio 2007 ha provveduto ad una ulteriormente rimodulazione dei posti letto totali per acuti assegnati all'Azienda Sanitaria USL n.5 e ne ha stabilito la loro riduzione a numero di 196, rispetto ai 202 previsti, entro il 31.12.2007, per effetto delle relative riduzioni operate nelle discipline di Chirurgia Generale (da 36 a 34 posti letto) e di Medicina Generale (da 58 a 54 posti letto).
- con la D.G.R. n. 513 del 16 Aprile 2007 la Regione ha proceduto alla redistribuzione dei posti letto per la Lungodegenza e la Riabilitazione post-acuzie assegnando conseguentemente ulteriori 64 posti letto presso le strutture ospedaliere di Tinchi e Stigliano.



In ottemperanza a quanto previsto nelle sopra citate D.G.R. e alle altre disposizioni regionali in materia, l'Azienda con la deliberazione del D.G. n. 303 del 07.06.2007, ha provveduto all'adeguamento dei posti letto del Presidio Ospedaliero Unificato.

Obiettivi per l'anno 2008 sono:

- adeguamento dei posti letto per acuti in ottemperanza alla direttive regionali
- completare l'attivazione dei posti letto di Hospice e di Lungodegenza semplice e riabilitativa presso il P.O. di Stigliano e avviare il primo modulo di posti letto di Riabilitazione presso il PO di Tinchì

2. Tasso di ospedalizzazione

Contenimento dei T.O. al 180 / 1000 per l'anno 2008.

3. DRG ad alto rischio di inappropriatazza

Relativamente all'obiettivo previsto per l'anno 2008 l'Azienda dovrà garantire la ulteriore riduzione del numero dei ricoveri ordinari relativi ai DGR ad alto rischio di inappropriatazza entro i valori soglia definiti dalla Regione e un incremento dei ricoveri in regime diurno in accordo ai parametri regionali.

Per quanto concerne i DRG dei LEA chirurgici saranno applicati i valori previsti dalle direttive regionali.

4. Prestazioni di ricovero – Liste di Attesa

Nel 2008 le UU.OO. ospedaliere dovranno garantire:

- il rispetto dei tempi di attesa, per i ricoveri programmati relativi alle patologie riportate in tabella di cui al par. 8.2 del Piano Regionale, per l'anno 2008.
- provvedere alla compilazione del campo prenotazione previsto dalla SDO e la definizione della eventuale classe di priorità di appartenenza.

5. Mobilità Sanitaria

Nel 2008 le UU.OO. ospedaliere dovranno garantire un contenimento percentuale della mobilità previsto dalle direttive regionali. Inoltre le UU.OO. chirurgiche dovranno predisporre specifici progetti finalizzati ad un incremento delle attività chirurgiche in regime ordinaria e DS

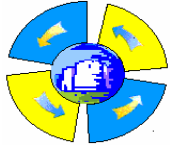
6. Ricoveri Ordinari Lungodegenza

Per i ricoveri in U.O. di Lungodegenza (codice 60) e Riabilitazione (Codice 56) la direzione sanitaria dovrà verificare il numero e la tipologia di ricoveri, distinti per DGR, per i quali viene applicato l'abbattimento tariffario giornaliero di cui alla DGR 1335 del 18-09-2006.

7. Farmaceutica Ospedaliera

Applicazione dei protocolli terapeutici relativi alle seguenti classi di farmaci:

- a. Protocollo per la profilassi antibiotica in chirurgia elettiva;



- b. Protocollo per la terapia antibiotica per malattie dei seguenti apparati: respiratorio, gastroenterico, nefro-urinario;
- c. Protocollo per la terapia e profilassi della pancreatite acuta e delle sue complicanze;
- d. Protocollo per il corretto uso dell'albumina.

approvati con le seguenti delibere:

- la deliberazione del DG n. 507 del 12-09-2006 avente ad oggetto “ Adozione del protocollo per il corretto uso di Antibatterici, Inibitori della Pompa Protonica, Sartani, ACE inibitori e Statine) con la quale sono stati adottati, tra l'altro, i protocolli per la terapia antibiotica per malattie degli apparati respiratorio, gastroenterico e nefro-urinario;
- la deliberazione del D.G. n. 735 del 21-12-2006, avente ad oggetto “Farmaceutica ospedaliera: Protocolli terapeutici” con la quale sono stati adottati i protocolli per la profilassi antibiotica in chirurgia elettiva, per la terapia e profilassi della pancreatite acuta e delle sue complicanze ed il nuovo modello di richiesta dell'albumina, redatto sulla base delle evidenze scientifiche e sulla base della normativa vigente in materia di emoderivati.

Rispetto del tetto di spesa del 2,4 %.

b) ASSISTENZA TERRITORIALE

1. Farmaceutica Convenzionata esterna

Rispetto dei parametri previsti dalle direttive regionali relativamente:

- incidenza della spesa farmaceutica convenzionata
- incidenza percentuale del consumo dei farmaci a denominazione generica nel 2008
- Farmaci dispensati per nome e per conto.

Contenimento consumi per le seguenti classi di farmaci:

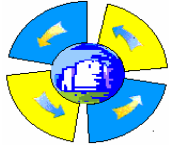
1. Farmaci antibatterici (J01),
2. Inibitori della pompa protonica (IPP) Lansoprazolo,
3. Ace-inibitori e antagonisti angiotensina (C09),
4. Statine

2. Sviluppo e Implementazione di Percorsi Diagnostici e Terapeutici

Obiettivi per l'anno 2008 devono prevedere l'applicazione delle disposizioni regionali in materia di autorizzazione e accreditamento previsti dalla seguente normativa:

- D.G.R. n. 2753/2005 “Approvazione manuale per l'accreditamento istituzione delle strutture pubbliche e private previsto dall'art. 8 quater del D.L.vo 502/92 e s.m.i.”
- D.G.R. n. 1598/2006 “Approvazione procedimento amministrativo per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate della Regione Basilicata

3. Attività Ambulatoriale



Relativamente agli obiettivi di attività ambulatoriale, le UU.OO. devono perseguire gli obiettivi previsti:

- Applicazione della deliberazione del D.G. n. 314 del 13.06.2007 “Piano Aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa -Biennio 2007-2008” per governo della domanda e della offerta di prestazioni finalizzate al contenimento o mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali secondo quanto stabilito dalla DGR. n. 907 del 19-06-2006 “Piano Attuativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa relativo al triennio 2006 – 2008”;
- Attivazione Manuale Classi di Priorità
- Verifica e controllo dei contratti sottoscritti con i CEA secondo le modalità ed i tempi previsti dalla normativa regionale sopra richiamata.

4. Sistema di Emergenza-Urgenza 118

Adeguamento alle direttive regionali

5. Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS

Verifica e controlli sui seguenti istituti contrattuali.

- Associazionismo semplice
- Associazionismo di gruppo
- Reperibilità telefonica:
- Collaboratore di studio
- Infermiere

6. Assistenza Domiciliata Integrata (ADI)

1. Dati di attività ADI – 2008

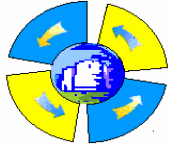
- Numero di pazienti in ADI di età > 65 = pari al 5 % di tutta la popolazione ultrasessantacinquenne
- Numero di pazienti in area critica = pari allo 0,25 % della popolazione residente
- Numero giornate di assistenza per ultrasessantacinquenni: 500 per mille abitanti

2. attivazione specifico software

3. rafforzate le Unità di Valutazione Distrettuali

4. potenziare le prestazioni informatiche del Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative e dell’Unità di Terapia del Dolore.

5. I Protocolli d’intesa con i Comuni sono stati sottoscritti all’interno di specifici accordi di programma a suo tempo condivisi anche se, in alcune realtà, non ancora pienamente adottati.



7. Il dolore nei percorsi di cura (Obiettivi 1713)

Obiettivi per l'anno 2008

- Costituzione delle unità dedicate di terapia del dolore nelle sedi di PSA (Pronto Soccorso Attivo), aggregate alle Unità Operative di anestesia e rianimazione;
- Lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;
- Potenziamento della lotta al dolore in quei settori nei quali, a causa di limiti culturali non superati, spesso è poco conosciuto e sottotrattato (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso);
- Programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali;
- Sensibilizzazione della popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali "La giornata nazionale del sollievo".

8. La rete assistenziale delle cure palliative

Obiettivi per l'anno 2008

- attivare, in ambito aziendale, la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative, con relativa erogazione del servizio in attuazione della D.G.R. n.1650/2005;
- attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;
- coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni.

c) ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

Gli obiettivi relativi alle seguenti attività saranno rimodulati in rapporto alle direttive regionali

1. Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare (prevenzione primaria)

Completare la formazione dei MMG

2. Prevenzione di recidive di eventi cardiovascolari acuti

il gruppo di lavoro istituito con la D.D. 192/2007 provvederà alla individuazione delle modalità di prevenzione di recidive di eventi cardiovascolari acuti.

3. Prevenzione sovrappeso e obesità

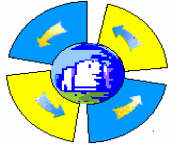
Applicazione progetto interdipartimentale per la prevenzione primaria del sovrappeso e obesità approvato con la delibera n. 357 del 3 Luglio 2007

4. Diagnosi-prevenzione obesità per la prevenzione delle complicanze

Obiettivo AO San Carlo

5. Prevenzione incidenti domestici, stradali e sul lavoro

L'azienda ha istituito un gruppo di lavoro per la realizzazione di una apposita scheda e contestualmente è stato attivato il software previsto sulla procedura AIRO.



6. Prevenzione tabagismo e alcolismo

Applicazione del progetto interdipartimentale di Prevenzione del tabagismo e del consumo di alcool adottato con la delibera del D.G. n. 286 del 30.05.2007.

7. Medicina del Lavoro

Relativamente al settore Medicina del Lavoro si dovrà potenziare il numero di operazioni di vigilanza sul totale delle attività produttive

8. Piano Vaccini – Coperture Vaccinali

Adeguamento alle direttive regionali

9. Veterinaria Area A

Adeguamento alle direttive regionali

10. Veterinaria Area B

Adeguamento alle direttive regionali

11. Veterinaria Area C

Adeguamento alle direttive regionali

d) CUSTOMER SATISFACTION

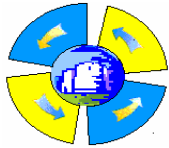
1. Piano di Qualità Aziendale (Piano di qualità aziendale nel corso del 2006 e la sua attivazione nel 2007)
2. partecipare alle attività regionali in materia di E.democracy

Gli obiettivi previsti da ciascuno dei livelli sopra indicati saranno aggiornati alla luce delle direttive regionali assegnati ai Dipartimenti, che a loro volta dovranno attivare tutte le azioni necessarie a garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati.

7. OBIETTIVI INTERDIPARTIMENTALI

Il piano delle attività interdipartimentali dovrà riguardare prioritariamente le seguenti integrazioni:

- il Dipartimento di Medicina con il Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio-Sanitaria e Riabilitazione per la verifica e valutazione dei percorsi assistenziali di numerose patologie croniche che possono trovare adeguata risposta sul territorio.
- Il Dipartimento di Salute Mentale con le strutture territoriali del Dipartimento di Assistenza Sanitaria, Socio-Sanitaria e Riabilitazione nell'ambito della prevenzione di numerose condizioni relative al disagio giovanile.
- Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria della Cardiopatia Ischemica.
- Il Dipartimento di Prevenzione con il Dipartimento di Chirurgia per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce di alcune patologie tumorali.



- Il Dipartimento Materno infantile con le strutture territoriali (consultori materno infantile e pediatri di libera scelta) per la tutela del percorso nascita.
- Il Dipartimento Amministrativo, in particolare la Direzione Amministrativa del POU, con gli operatori sanitari ospedalieri al fine di garantire nei processi clinico/assistenziali l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza organizzativa e gestionale.

8. OBIETTIVI SPECIFICI:

Tra gli obiettivi specifici vengono individuati quali prioritari quelli relativi a:

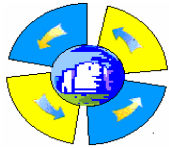
- *Mobilità sanitaria passiva:* per tale settore l'Azienda intende ripetere anche per l'anno 2008 le azioni già poste in essere, in quanto le stesse hanno consentito un incremento significativo di attività in branche specialistiche per le quali si registra una forte migrazione sanitaria fuori regione. In l'Azienda intende individuare ulteriori azioni finalizzate a potenziare adeguatamente i settori di attività di Chirurgia Generale, di Ortopedia, di Endocrinochirurgia ed Urologia.
- *Appropriatezza dei ricoveri:* Per quanto attiene l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero, l'Azienda nell'anno 2008 intende continuare l'azione di monitoraggio e verifica già avviate. In particolare, al fine di contenere i ricoveri impropri entro i valori soglia stabiliti dalla DGR 1713/06, i gruppi di lavoro istituiti con delibera n. 418 del 18-06-2004, composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e dirigenti medici di presidi, dovranno continuare il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri nel Presidio Ospedaliero Unificato.
- *Farmaceutica convenzionata esterna:* Per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna, oltre alle consolidate attività di controllo sull'attività prescrittiva dei medici, effettuate dall'apposita commissione composta da dirigenti del servizio farmaceutico e delle strutture distrettuali aziendali, l'Azienda, intende nel 2008 procedere all'istituzione del Budget per la Medicina Generale. Tale percorso dovrà consentire, attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, una attenta azione di monitoraggio e valutazione dei consumi di farmaci nonché l'analisi degli scostamenti realizzati rispetto al budget assegnato. Risultati significativi saranno possibili anche sui ricoveri ospedalieri e sulle richieste di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali. Qualora all'atto della verifica dei risultati dovessero emergere comportamenti difforni rispetto a quelli concordati in sede di budget, questi saranno oggetto di specifiche contestazioni, così come meccanismi incentivanti verranno individuati per coloro che avranno ottenuto il pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- *Attività ambulatoriale e tempi di attesa:* Nel 2008 l'Azienda intende garantire il mantenimento dei volumi di prestazioni erogate nel 2006 tenendo conto delle disposizioni impartite con la D.G.R. n. 907 del 19 Giugno 2006.

9. PROGETTI SPECIFICI - Anno 2008

Di seguito vengono riportati, per ciascun presidio ospedaliero, i progetti specifici da realizzare nel 2008:

1. Ospedale di Stigliano

- Potenziamento dell'Hospice (da 8 a 18 posti letto)
- Potenziamento della Lungodegenza Riabilitativa presso (da 6 a 12 posti letto)
- Potenziamento della Lungodegenza semplice (da 12 a 18 posti letto)
- Attivazione centro Alzheimer a gestione integrata pubblico privato
- Attivazione servizio TAC
- Ristrutturazione sala operatoria per attività chirurgica in day surgery



2. Ospedale di Policoro

- Avvio delle attività di riabilitazione cardiologica;
- Completamento dei lavori di ristrutturazione;
- Realizzazione padiglione per attivazione della Risonanza Magnetica Nucleare e TAC

3. Ospedale di Tinchi

- Apertura spazi ristrutturati presso il PO di Tinchi con conseguente aumento dei posti letto;
- Attivazione del primo modulo di 6 posti letto di riabilitazione neuromotoria (Cod. 56)

4. Distretto di Montalbano Jonico

- Avvio prima fase dei lavori di ristrutturazione del Distretto di Montalabano;

10. RISORSE

Le risorse da assegnare per la realizzazione delle azioni programmatiche sopra richiamate sono quelle previste dall'assegnazione provvisoria del F.S.R. 2008.

11. PROCESSO DI BUDGETING

La negoziazione e assegnazione degli obiettivi di attività per l'anno 2008 avverrà tenendo conto dei dati consuntivi di attività di seguito indicati:

1. Tassi di ospedalizzazione;
2. Attività ospedaliera (degenza media, tasso di occupazione posti letto, indice operatorio);
3. Tipologia e numero dei DRG prodotti dalle UU.OO. i degenza sia in regime ordinario che di day hospital e day surgery;
4. Casistica ambulatoriale e valore economico della produzione per le singole UU.OO.;
5. Analisi dei tempi di attesa rilevati per le singole attività ambulatoriali;
6. Andamento della mobilità sanitaria attiva fuori ASL e fuori Regione;
7. Andamento della mobilità sanitaria passiva fuori ASL e fuori Regione;
8. Analisi dei costi delle prestazioni intermedie (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia)
9. Andamento della spesa farmaceutica convenzionata esterna
10. Attività svolte dalle strutture distrettuali ;
11. Attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
12. Attività svolte dalle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo e dalle strutture di staff della Direzione Strategica.

Montalbano Jonico, 20 Dicembre 2007

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Antonio COLASURDO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. Rocco IERONE)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Pietro QUINTO)