**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE**

**UNITA’ OPERATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRETTORE/RESPONSABILE STRUTTURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERIODO DI RIFERIMENTO (XXXXXXXX): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATTIVITA’ POSTE IN ESSERE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO (XXXXXX): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI DI ATTIVITA’ DI PERIODO E CONFRONTO CON L’ANNO PRECEDENTE**

**DOTAZIONE ORGANICA(\*)**

Dovranno essere riportate per il personale in dotazione nel periodo di riferimento le seguenti informazioni

* Matricola
* Cognome
* Nome
* Qualifica professionale
* Incarico professionale in caso di dirigente
* Categoria in caso di personale del comparto

(\*) il dato consente al Controllo di Gestione di verificare, in procedura, la corretta allocazione delle risorse umane ai centri di costo afferenti al CdR.

**PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA**

**ANALISI DELLE CRITICITA’**

**PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO**

**RENDICONTAZIONE OBIETTIVI A BUDGET**

Allegare:

* la scheda Excel relativamente alle attività di propria competenza (vedi “Format dati di attività allegato)
* la scheda di budget 2020 specificando per ciascun obiettivo assegnato il risultato raggiunto e la motivazione dell’eventuale mancato raggiungimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Attivita’ DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE** | | |
| **Descrizione** | **Periodo:**  **XXXXXX (\*)** | **Periodo:**  **XXXXXX anno precedente (\*)** |
| n. SPDC |  |  |
| N. Strutture Territoriali |  |  |
| N. Strutture Residenziali |  |  |
| N. Strutture Semiresidenziali |  |  |
| N. Posti letto Ospedalieri |  |  |
| N. Posti Residenziali |  |  |
| N. Posti Semiresidenziali |  |  |
| Dotazione complessiva del Personale (numero) |  |  |
| Numero Utenti trattati |  |  |
| Numero Prestazioni per Utente |  |  |
| Numero Dimissioni da Reparti Psichiatrici |  |  |
| Degenza media Ricoveri Reparti Psichiatrici |  |  |
| Numero Dimissioni con diagnosi psichiatrica da reparti non psichiatrici |  |  |
| N. riammissioni entro 30 giorni |  |  |
| N. TSO |  |  |
| N. accessi in PS con diagnosi psichiatrica |  |  |
| N. presenze in Strutture Residenziali |  |  |
| N. Ammissioni in Strutture Residenziali |  |  |
| Durata media del Trattamento Residenziale |  |  |
| Presenze in Strutture Semiresidenziali |  |  |
| Accessi in Strutture Semiresidenziali per utente |  |  |
| Soggetti trattati con antidepressivi |  |  |
| Soggetti trattati con antipsicotici |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC CENTRO SALUTE MENTALE (CSM) di Potenza**

**UOC CENTRO SALUTE MENTALE (CSM) di Lauria**

**UOC CENTRO SALUTE MENTALE (CSM) di Villa d’Agri**

**UOC CENTRO SALUTE MENTALE (CSM) di Vulture/Melfese**

(N.B. I dati saranno forniti da ciascuno per quanto di competenza)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centri Salute Mentale (CSM)** | | |
| **Descrizione** | **Periodo:**  **XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente (\*)** |
| **N. Pazienti in carico** |  |  |
| **N. Nuovi casi** |  |  |
| **N. Visite Psichiatriche** |  |  |
| **N. visite psichiatriche di controllo** |  |  |
| **N. Visite Psichiatriche per Porto d'Armi** |  |  |
| **N. colloqui individuali** |  |  |
| **N. colloqui con familiari** |  |  |
| **N. Colloqui Psicologico-clinico** |  |  |
| **N. Consulenze Psichiatriche** |  |  |
| **N. Interventi riabilitativi risocializzanti** |  |  |
| **N. totale di interventi su pazienti** |  |  |
| **N. totale di interventi su familiari** |  |  |
| **N. interventi socio-assistenziali** |  |  |
| **N. Interventi di coordinamento e verifica dei risultati** |  |  |
| **N. interventi territoriali** |  |  |
| **N. Trattamenti Sanitari Obbligatori** |  |  |
| **N. Trattamenti Sanitari Volontari** |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura Villa d’Agri**

**UOSD Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura**

(N.B. I dati saranno forniti da ciascuno per quanto di competenza)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura** | | |
| **Descrizione** | **Periodo:**  **XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente (\*)** |
| **Ricoveri Ordinari** |  |  |
| **Ricoveri in DH** |  |  |
| **Tasso di Occupazione** |  |  |
| **Degenza Media** |  |  |
| **TSO** |  |  |
| **Peso Medio** |  |  |
| **Consulenze per altri reparti** |  |  |
| **Ricoveri Ripetuti** |  |  |
| **Consumo Farmaci** |  |  |
| **Consumo per presidi** |  |  |
| **Totale ricoveri con diagnosi psichiatrica in altri reparti** |  |  |
| **N. accessi in PS con diagnosi Psichiatrica** |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOSD DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE Chiaromonte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATI ATTIVITA' DEL CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DI CHIAROMONTE-** | | | |
| **Dati Attività** | **Periodo:**  **XXXXXX (\*)** | **Periodo:**  **XXXXXX anno precedente (\*)** |
| n° ricoveri residenza |  |  |
| n° giornate ricoveri residenza |  |  |
| n° gg. Assenza residenza (giornate di assenza dei pazienti che ritornano a casa il fine settimana per motivi terapeutici) |  |  |
| **Tariffe stabilite dalla D.G.R 1454 dell'11/10/2011** |  |  |
| retta giornaliera x ricovero residenza |  |  |
| giornata di assenza residenza (retta residenza -30%) |  |  |
| **Valore** |  |  |
| Valore ricoveri residenza |  |  |
| Valore gg. Assenza residenza |  |  |
| **Somme dei Valori di ricovero** |  |  |
| Numero prestazioni ambulatoriali |  |  |
| Valore prestazioni ambulatoriali |  |  |

(\*) Vedi nota in calce

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N. RICOVERI E REGIONI DI PROVENIENZA PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME RESIDENZIALE** | | |
| **Regione di provenienza** | **Numero Ricoveri** | |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| CALABRIA |  |  |
| CAMPANIA |  |  |
| BASILICATA |  |  |
| SICILIA |  |  |
| ABRUZZO |  |  |
| PUGLIA |  |  |
| LAZIO |  |  |
| UMBRIA |  |  |
| Altre Regioni |  |  |
| **TOTALE** |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILITA’ ATTIVA RICOVERI EXTRA REGIONALI E REGIONALI (NUOVI INGRESSI)** | | |
| **Regione di provenienza** | **Numero Ricoveri** | |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| BASILICATA |  |  |
| CALABRIA |  |  |
| PUGLIA |  |  |
| CAMPANIA |  |  |
| UMBRIA |  |  |
| SICILIA |  |  |
| LAZIO |  |  |
| Altre Regioni |  |  |
| **TOTALE** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOBILITA’ ATTIVA E PROVENIENZA EXTRA REGIONALI E REGIONALI (Ambulatorio Obesità) (NUOVI PAZIENTI)** | | |
| **Regione di provenienza** | **N. nuovi pazienti** | **N. nuovi pazienti** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| BASILICATA |  |  |
| CALABRIA |  |  |
| CAMPANIA |  |  |
| SICILIA |  |  |
| Altre Regioni |  |  |
| **TOTALE** |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOSD Ser.D. Lagonegro e CENTRO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA (CRA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI ATTIVITA' PERIODO XXXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE** | | | | | | | | | | | | |
| **Periodo di riferimento** | **Posti Letto Residenziali** | **Totale** | **di cui** | | **Totale valore dei ricoveri** | **Pazienti Disintossicati** | **Giornate di Degenza** | **Prime Visite** | **Controlli Ambulatoriali** | **Consulenze** | **Totale numero prestazioni ambulatoriali** |
| **Ricoveri** | **Ricoveri Residenti** | **Ricoveri extra ASL** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT DATI DI ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOSD SER.D di POTENZA**

**UOSD SER.D di Lagonegro**

**UOSD SER.D di Villa d’Agri**

**UOSD SER.D di Melfi**

**(N.B. I dati saranno forniti da ciascuno per quanto di competenza)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Utenti in carico presso i SERD dell'Azienda Sanitaria di Potenza** | | | | | |
| **Periodo** | **SERD di Melfi** | **SERD di Potenza** | **SERD di Villa d’Agri** | **SERD di Lagonegro** | **Totale utenti SERD ASP** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** |  |  |  |  |  |
| **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO UTENTI IN CARICO PER AREA DI CURA- periodo XXXXXXXX (\*)** | | | | | | |
| **AREA** | **SERD di Melfi** | **SERD di Potenza** | **SERD di Villa d’Agri** | **SERD di Lagonegro** | **Totale pazienti per area di cura** | **% pazienti per area di cura sul totale dei pazienti** |
| FUMO |  |  |  |  |  |  |
| ALCOOL |  |  |  |  |  |  |
| DIPENDENZE |  |  |  |  |  |  |
| MALATTIE INFETTIVE |  |  |  |  |  |  |
| GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO |  |  |  |  |  |  |
| TOTALI UTENTI PRESI IN CARICO |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO UTENTI IN CARICO PER AREA DI CURA- periodo XXXXXXXX dell’anno precedente(\*)** | | | | | | |
| **AREA** | **SERD di Melfi** | **SERD di Potenza** | **SERD di Villa d’Agri** | **SERD di Lagonegro** | **Totale pazienti per area di cura** | **% pazienti per area di cura sul totale dei pazienti** |
| FUMO |  |  |  |  |  |  |
| ALCOOL |  |  |  |  |  |  |
| DIPENDENZE |  |  |  |  |  |  |
| MALATTIE INFETTIVE |  |  |  |  |  |  |
| GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO |  |  |  |  |  |  |
| TOTALI UTENTI PRESI IN CARICO |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE periodo XXXXXXXX (\*)** | | | | | |
| **AREA** | **SERD di Melfi** | **SERD di Potenza** | **SERD di Villa d’Agri** | **SERD di Lagonegro** | **Totale utenti SERD ASP** |
| FUMO |  |  |  |  |  |
| ALCOOL |  |  |  |  |  |
| DIPENDENZE |  |  |  |  |  |
| MALATTIE INFETTIVE |  |  |  |  |  |
| GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INCONTRI DI INFORMAZIONE E/O PREVENZIONE NELLE SCUOLE periodo XXXXXXXX dell’anno precedente(\*)** | | | | | |
| **AREA** | **SERD di Melfi** | **SERD di Potenza** | **SERD di Villa d’Agri** | **SERD di Lagonegro** | **Totale utenti SERD ASP** |
| FUMO |  |  |  |  |  |
| ALCOOL |  |  |  |  |  |
| DIPENDENZE |  |  |  |  |  |
| MALATTIE INFETTIVE |  |  |  |  |  |
| GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOSD COORDINAMENTO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ANZIANI E DISABILI E CURE DOMICILIARI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSA CHIAROMONTE - *PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)*** | | | | | | | |
| **Tipologia di assistenza** | **N. Posti Letto** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | | | **XXXXXX anno precedente(\*)** | | |
| **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** | **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** |
| **R3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |  |  |  |

**RSA MARATEA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSA MARATEA- R3- *PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)*** | | | | | | | |
| **Tipologia di assistenza** | **N. Posti Letto** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | | | **XXXXXX anno precedente(\*)** | | |
| **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** | **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** |
| **R3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSA MARATEA R2 - *PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)*** | | | | | | | |
| **Tipologia di assistenza** | **N. Posti Letto** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | | | **XXXXXX anno precedente(\*)** | | |
| **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** | **N. pazienti** | **Giornate di ricovero** | **Importo complessivo** |
| **R2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC ONCOLOGIA CRITICA TERRITORIALE, CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE -ADI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’ CURE DOMICILIARI – PRINCIPALI INDICATORI –**  ***PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)*** | | | |
| **Indicatori** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| N. pazienti complessivi |  |  |  |
| Giornate di assistenza |  |  |  |
| Numero accessi |  |  |  |
| Numero prestazioni |  |  |  |
| Prestazioni/giornate di ass |  |  |  |
| Media gg. Ass./pz |  |  |  |
| Media accessi/pz |  |  |  |
| Media prest./paz. |  |  |  |
| Media prest./accessi |  |  |  |
| **TOTALE FATTURATO (iva esclusa)** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’ CURE DOMICILIARI – ALTRI INDICATORI - Periodo: XXXXXX (\*) - Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | |
| **Indicatori** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| pazienti in C.D. |  |  |  |
| pazienti in C.D. >65enni |  |  |  |
| accessi M.M.G. in C.D. |  |  |  |
| accessi per >65enni |  |  |  |
| accessi medici specialisti (ASP) |  |  |  |
| accessi medici specialisti (AUXILIUM) |  |  |  |
| ore attività infermieristica |  |  |  |
| ore per >65enni |  |  |  |
| prestazioni infermieristiche |  |  |  |
| ore attività riabilitativa |  |  |  |
| ore per >65enni |  |  |  |
| prestazioni riabilitative |  |  |  |
| Totale popolazione >65enne |  |  |  |
| % di >65 assistiti in ADI |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRINCIPALI INDICATORI DI COSTO IN ADI –**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | |
| **Descrizione costo** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| Costo Medio giornata di degenza (senza farmaceutica) a paziente |  |  |  |
| Peso giornata di degenza (prestazioni/giornate di assistenza) |  |  |  |
| Costo Medio giornata di degenza (con farmaceutica) |  |  |  |
| Costo Medio paziente (senza farmaceutica) |  |  |  |
| Costo Medio paziente (con farmaceutica) |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADI Prestazioni/Spesa Farmaceutica** | **Periodo: XXXXXX (\*) ANNO \_\_\_\_\_** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| N. prestazioni erogate |  |  |  |
| Totale Farmacia |  |  |  |
| Costo Farmacia per prestazioni |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOSD CONSULTORIO FAMILIARE di Lagonegro**

**UOSD CONSULTORIO FAMILIARE di Venosa**

**UOSD CONSULTORIO FAMILIARE di Potenza**

**(N.B. I dati saranno forniti da ciascuno per quanto di competenza)**

| **Descrizione** | **periodoXXXX di competenza** | **Periodo XXXX di competenza anno precedente** |
| --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA UTENTI** |  |  |
| Donne >18 anni |  |  |
| Uomini > 18 anni |  |  |
| Bambini da 0 a 3 anni |  |  |
| Bambini da 4 a 12 anni |  |  |
| Adolescenti 13-17anni |  |  |
| **Utenti immigrati** |  |  |
| Maschi < 18 |  |  |
| Maschi > 18 |  |  |
| Femmine < 18 |  |  |
| Femmine > 18 |  |  |
| Totale utenti |  |  |
| **PERCORSO NASCITA** |  |  |
| Consulenze pre-concezionali |  |  |
| Consulenze per sterilità/genetica |  |  |
| Test gravidanza |  |  |
| Consulenze Ginecologiche/ ostetriche in gravidanza |  |  |
| Ecografia ostetrica “office” |  |  |
| Controlli post-partum |  |  |
| Corsi di accompagnamento alla nascita n° corsi  n° incontri |  |  |
| Consulenze psicologiche nei Corsi Accompagnamento alla Nascita |  |  |
| Consulenze Pediatriche Bilanci di salute bambini 0-1 anni |  |  |
| Consulenze allattamento al seno /ambulatorio |  |  |
| Consulenze svezzamento |  |  |
| Individuazione e sostegno depressione post - partum |  |  |
| Tutoring donne immigrate |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |
| **PERCORSO INFANZIA E PREADOLESCENZA** |  |  |
| Consulenze Pediatriche Bilanci di salute da 1 - 3 anni |  |  |
| Consulenze Pediatriche Bilanci di salute da 4-12 anni |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |
| **PERCORSO ADOLESCENTI (14-18 anni)** |  |  |
| Consulenze Sociali |  |  |
| Consulenze Psicologiche |  |  |
| Bilanci di salute in età adolescenziale (14 – 18 anni) |  |  |
| Integrazione scolastica alunni disabili (L. 104/92) |  |  |
| Consulenze contraccezione |  |  |
| Prescrizione contraccezione (E-P e altre) |  |  |
| Prescrizione contraccezione emergenza (C-E) |  |  |
| Tutoring per IVG |  |  |
| Consulenza abuso e maltrattamento |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |
| **PERCORSO FAMIGLIA** |  |  |
| CENTRO per le FAMIGLIE |  |  |
| Assessment a minori |  |  |
| a famiglia |  |  |
| a coppia |  |  |
| Consulenze sociali < anni 18 |  |  |
| Consulenze sociali >anni 18 |  |  |
| Consulenze psicologiche < di anni 18 |  |  |
| Consulenze psicologiche > di anni 18 |  |  |
| Sostegno psicologico < di anni 18 |  |  |
| Sostegno psicologico > di anni 18 |  |  |
| Mediazione familiare |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |
| **PERCORSO DONNA** |  |  |
| **CONSULTORIO IVG (L 194 /78) DGR n. 172/2007** |  |  |
| Counselling contraccezione < anni 18 |  |  |
| Counselling contraccezione > anni 18 |  |  |
| Prescrizione Contraccettiva (E-P e altre) < anni 18 |  |  |
| Prescrizione Contraccettiva (E-P e altre) > anni 18 |  |  |
| Prescrizione Contraccezione di emergenza (C-E) < anni 18  > anni 18 |  |  |
| Richiesta IVG > anni 18 |  |  |
| Certificazione IVG > anni 18 |  |  |
| Richiesta IVG < anni 18 |  |  |
| Certificazione IVG < anni 18 |  |  |
| Consulenza ginecologica ed ecografica per I.V.G < anni 18 |  |  |
| Consulenza ginecologica ed ecografica per I.V.G > anni 18 |  |  |
| Tutoring sanitario IVG |  |  |
| Tutoring sociale IVG |  |  |
| Tutoring psicologico IVG |  |  |
| Controllo ginecologico post IVG |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |
| **CONSULENZE GINECOLOGICHE ED OSTETRICHE** |  |  |
| Pap Test |  |  |
| HPV test |  |  |
| Visita Ginecologica |  |  |
| Ecografia ginecologica - office |  |  |
| Visita Senologica |  |  |
| **PERCORSO MENOPAUSA** |  |  |
| Consulenze Ginecologiche/ ostetriche |  |  |
| Bilanci di salute |  |  |
| Incontri informativi |  |  |
| **Totale Interventi** |  |  |

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC\_DEU 118**

| **DATI ATTIVITA' DEU 118 ANNO**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA'** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| Numero delle chiamate per interventi con codice di criticità presunta Rossa |  |  |
| Numero delle chiamate per interventi con codice di criticità presunta Gialla |  |  |
| Numero delle chiamate per interventi con codice di criticità presunta Verde |  |  |
| Numero delle chiamate per interventi con codice di criticità presunta Bianca |  |  |
| Numero di interventi risolti con codice di criticità presunta Rossa |  |  |
| Numero di interventi risolti con codice di criticità presunta Gialla |  |  |
| Numero di interventi risolti con codice di criticità presunta Verde |  |  |
| Numero di interventi risolti con codice di criticità presunta Bianca |  |  |
| Numero missioni annullate |  |  |
| Numero missioni concluse sul posto |  |  |
| Numero missioni concluse con il trasporto in ospedale |  |  |
| Numero missioni concluse con Rendez- Vous |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in pronto soccorso Rossi |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in reparti di specialità Rossi |  |  |
| Numero di soggetti trattati sul posto Rossi |  |  |
| Numero di soggetti rifiuto di trasporto Rossi |  |  |
| Numero di soggetti deceduti sul posto |  |  |
| Numero di soggetti deceduti durante il trasporto |  |  |
| Numero di soggetti rifiuto di soccorso |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in pronto soccorso Gialli |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in reparti di specialità Gialli |  |  |
| Numero di soggetti trattati sul posto Gialli |  |  |
| Numero di soggetti rifiuto di trasporto Gialli |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in pronto soccorso Verdi |  |  |
| Numero di soggetti trasportati in reparti di specialità Verdi |  |  |
| Numero di soggetti trattati sul posto Verdi |  |  |
| Numero di soggetti rifiuto di trasporto Verdi |  |  |
| Numero di soggetti trattati sul posto Bianchi |  |  |
| Numero di soggetti rifiuto di trasporto Bianchi |  |  |
| Numero di mezzi di soccorso avanzato - Infermiere |  |  |
| Numero di mezzi di soccorso avanzato - Medico ed Infermiere |  |  |
| Numero di auto Medico ed Infermiere |  |  |
| Numero di elicotteri |  |  |
| Numero di PPI |  |  |
| Numero Medici |  |  |
| Numero Infermieri |  |  |
| Numero Autisti |  |  |
| Allarme - Target dei mezzi di soccorso |  |  |
| SCA STEMI |  |  |
| SCA NSTEMI |  |  |
| STROKE |  |  |
| STAM |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONVENZIONATE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE EX ART. 26- ALLOCATE IN REGIONE BASILICATA-ATTIVITA'**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | | |
| **Struttura** | **Tipologia di assistenza** | **Disabili e/o anziani\*** | **n. pazienti** | **n. pazienti** | **gg di degenza** | **gg di degenza** | **importo euro** | **importo euro** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
|  | Residenziale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Semiresidenziale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ambulatoriale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Domiciliare |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE EX ART. 26- FUORI REGIONE BASILICATA-ATTIVITA'**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | | |
| **Struttura** | **Tipologia di assistenza** | **Disabili e/o anziani\*** | **n. pazienti** | **n. pazienti** | **gg degenza** | **gg degenza** | **importo euro** | **importo euro** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
|  | Residenziale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Semiresidenziale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ambulatoriale |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Domiciliare |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STRUTTURE RESIDENZIALI (RSA)- REGIONE BASILICATA-ATTIVITA'**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | | | |
| **Struttura** | **Tipologia di RSA** | **Posti letto** | **Disabili e/o anziani** | **n. pazienti** | **n. pazienti** | **gg degenza** | **gg degenza** | **importo euro** | **importo euro** |
| **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riepilogo spesa Strutture Accreditate e Convenzionate ex art. 26 – Anno… (Valori in €)**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | |
| **AIAS LAURIA** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  |
| **AIAS MELFI** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  |  |
| Totale Semiresidenziale |  |  |  |  |  |  |
| Totale Residenziale |  |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  |
| **AIAS POTENZA** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  |  |
| Semiresidenziale |  |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  |
| **PADRI TRINITARI** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Totale Semiresidenziale |  |  |  |  |  |  |
| Totale Residenziale |  |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  |
| **CTR** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  | - |
| **Totale** |  |  |  |  |  | **-** |
| **Fisiokinesiterapia Melandro** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  | - |
| **Totale** |  |  |  |  |  | **-** |
| **Centro Tavolaro** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  | - |
| **Totale** |  |  |  |  |  | **-** |
| **Centro Genovese** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Amb./Dom. |  |  |  |  |  | - |
| **Totale** |  |  |  |  |  | **-** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riepilogo spesa Strutture Accreditate e Convenzionate ex art. 26 – Anno… (Valori in €)**  **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | |
| **CSSR** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| Totale Residenziale |  |  |  |  |  |  |
| Dimissibili |  |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  |
| **DON GNOCCHI** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| **Totale Amb./Dom.** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RSA Don Uva** | | | | | | |
| **REGIME** | **ASP FSR** | **ASP extralea** | **ASM FSR** | **ASM extralea** | **TOTALE** | **TOTALE extralea** |
| **Totale Residenziale** |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assistenza Specialistica Ambulatoriale (art.25 L.833/78)** | | | | | | | | |
| **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | | |
|  | |  | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | |
| **STRUTTURA** | | **DENOMINAZIONE** | **numero prestazioni** | **numero prestazioni** | **Liquidato Regione** | **Liquidato ASM** | **Liquidato Regione** | **Liquidato ASM** |
| **valore prestazioni** | **valore prestazioni** | **valore prestazioni** | **valore prestazioni** |
| H20 | ART-25-APR | POLIAMBULATORIO SANITAS |  |  |  |  |  |  |
| K07 | ART-25-APR | POLISALUS -POLIAMBULATORIO MEDICO- S.A.S. DI GIUSEPPE GIOIA E C. |  |  |  |  |  |  |
| Z05 | ART-25-APR | STUDIO SPECIALISTICO DR. MICHELE ARCANGELO CUTOLO SRL |  |  |  |  |  |  |
| Z12 | ART-25-APR | POLIMEDICA SRL |  |  |  |  |  |  |
| H04 | ART-25-APR | CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DI POTENZA – SOCIETA’ COOPERATIVA |  |  |  |  |  |  |
| H26 | ART-25-APR | AMBULATORIO DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI SM2 SRL |  |  |  |  |  |  |
| H09 | ART-25-FKT | FISIOKINESITERAPIA MELANDRO SRL |  |  |  |  |  |  |
| H10 | ART-25-FKT | GENOVESE CAMILLO SRL |  |  |  |  |  |  |
| H21 | ART-25-FKT | CENTRO TAVOLARO S.R.L. |  |  |  |  |  |  |
| H23 | ART-25-FKT | NUOVO CENTRO F.K.T. SRL |  |  |  |  |  |  |
| H24 | ART-25-FKT | I.T.D. ISTITUTO PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE SRL |  |  |  |  |  |  |
| H25 | ART-25-FKT | CENTRO FISIOTERAPICO ATHENA SRL |  |  |  |  |  |  |
| K04 | ART-25-FKT | FISIOSINNI srl |  |  |  |  |  |  |
| K06 | ART-25-FKT | PEGASO SRL |  |  |  |  |  |  |
| K14 | ART-25-FKT | ANGELUS |  |  |  |  |  |  |
| Z04 | ART-25-FKT | CENTRO MEDICO SANATRIX SRL |  |  |  |  |  |  |
| Z08 | ART-25-FKT | FISIOELLE |  |  |  |  |  |  |
| Z09 | ART-25-FKT | FISIOMED SRL |  |  |  |  |  |  |
| Z11 | ART-25-FKT | COOPERATIVA SOCIALE CENTRO TERAPEUTICO EUROMEDICAL |  |  |  |  |  |  |
| Z14 | ART-25-FKT | POLIMEDICA |  |  |  |  |  |  |
| H07 | ART-25-LAB | POLISAN SRL |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assistenza Specialistica Ambulatoriale (art.25 L.833/78)** | | | | | | | | |
| **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | | |
|  | |  | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | |
| **STRUTTURA** | | **DENOMINAZIONE** | **numero prestazioni** | **numero prestazioni** | **Liquidato Regione** | **Liquidato ASM** | **Liquidato Regione** | **Liquidato ASM** |
| **valore prestazioni** | **valore prestazioni** | **valore prestazioni** | **valore prestazioni** |
| H12 | ART-25-LAB | LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE LA GROTTA DOTT. ANTONIO |  |  |  |  |  |  |
| H13 | ART-25-LAB | LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE DI COVIELLO ANTONIO & C SAS |  |  |  |  |  |  |
| H27 | ART-25-LAB | EMOSYS SRL |  |  |  |  |  |  |
| H18 | ART-25-LAB | POLIAMBULATORIO SANITAS SRL |  |  |  |  |  |  |
| H22 | ART-25-LAB | LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. MARIO VIGNOLA |  |  |  |  |  |  |
| K01 | ART-25-LAB | LABORATORIO LIFE – SAS DI PAOLA SERSALE & C |  |  |  |  |  |  |
| K02 | ART-25-LAB | CE.D.A.L. – CENTRO DIAGNOSTICO DI ANALISI LUCANO - SRL |  |  |  |  |  |  |
| K03 | ART-25-LAB | LABOTEK |  |  |  |  |  |  |
| K11 | ART-25-LAB | CENTRO ANALISI LUCANO DI CANTATORE LUCIA |  |  |  |  |  |  |
| K13 | ART-25-LAB | BIOMEDICAL CENTER SAS DI GIUSEPPE ROSETI |  |  |  |  |  |  |
| Z01 | ART-25-LAB | CENTRO ANALISI CLINICHE GENZANO (Lepore Francesco) |  |  |  |  |  |  |
| Z02 | ART-25-LAB | LABORATORIO ANALISI FLOVILLA |  |  |  |  |  |  |
| H02 | ART-25-RAD | CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO VILLA BEATRICE DI LOSASSO BEATRICE |  |  |  |  |  |  |
| H03 | ART-25-RAD | CENTRO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO ED ECOGRAFICO – SNC DEL DR. DONATO R. MANCINO & C. |  |  |  |  |  |  |
| H06 | ART-25-RAD | CLINICA LUCCIONI S.P.A. |  |  |  |  |  |  |
| H19 | ART-25-RAD | POLIAMBULATORIO SANITAS SRL |  |  |  |  |  |  |
| Z13 | ART-25-RAD | CENTRO SAN MARCO (Ex. Flovilla Diagnostica per Immagini) |  |  |  |  |  |  |
| - | ART-25 | Fondazione Don Gnocchi |  |  |  |  |  |  |
| DON GNOCCHI |
| **TOTALE** | | |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestazioni Termali** | | | | | | | |
| **PERIODO XXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | | | | | |
| **Prestazioni Termali – Periodo: XXXXXX (\*)** | | | | | | | |
| **STRUTTURA** | | **DENOMINAZIONE** | **Liquidato Regione** | **Liquidato Regione** | **TOTALE LIQUIDATO** | **TOTALE LIQUIDATO** | **TOTALE LIQUIDATO** |
| **ASP** | **ASM** | **Regione** | **F.R.** |  |
| Z07 | TERME | TERME DI RAPOLLA SrL |  |  |  |  |  |
| K12 | TERME | TERME LUCANE SrL |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestazioni Termali – Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | | | | | |
| **STRUTTURA** | | **DENOMINAZIONE** | **Liquidato Regione** | **Liquidato Regione** | **TOTALE LIQUIDATO** | **TOTALE LIQUIDATO** | **TOTALE LIQUIDATO** |
| **ASP** | **ASM** | **Regione** | **F.R.** |  |
| Z07 | TERME | TERME DI RAPOLLA SrL |  |  |  |  |  |
| K12 | TERME | TERME LUCANE SrL |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

**UOC ASSISTENZA PRIMARIA di Potenza/Venosa/Melfi**

**UOC ASSISTENZA PRIMARIA di Lauria/Senise/Villa d’Agri**

**(N.B. I dati saranno forniti da ciascuno per quanto di competenza)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MMG - PLS e MCA *Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)*** | | | | |
|  | Periodo: XXXXXX (\*) | | Periodo: XXXXXX anno precedente(\*) | |
| Numero Medici | Numero Assistiti | Numero Medici | Numero Assistiti |
| MMG |  |  |  |  |
| PLS |  |  |  |  |
| MCA |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Scelte e revoche MMG**  ***Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)*** | | |
|  | Periodo: XXXXXX (\*) | Periodo: XXXXXX anno precedente(\*) |
| Nr. Scelte Medico |  |  |
| Nr. Revoche Medico |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Scelte e revoche PLS**  ***Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)*** | | |
|  | Periodo: XXXXXX (\*) | Periodo: XXXXXX anno precedente(\*) |
| Nr. Scelte Medico |  |  |
| Nr. Revoche Medico |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)*** | | | | |
| Codice Esenzione | Descrizione Esenzione | Totale pazienti esenti | Esenzioni rilasciate nel periodo | |
| Periodo: XXXXXX (\*) | Periodo: XXXXXX anno precedente(\*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI (SUMAI)**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

* nome e cognome professionista;
* branca
* tempo determinato/tempo indeterminato;
* sede ambulatorio;
* distretto;
* ore settimanali per ciascuna sede ambulatoriale;
* totale ore annuo sede ambulatoriale;
* costo periodo xxxx (\*) e confronto con lo stessa periodo dell’anno precedente (N.B. il costo deve essere specificato per singolo specialista).

**MEDICINA GENERALE**

**PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)**

cognome e nome medico

comune

numero assistiti femmine

numero assistiti maschi

totale assistiti

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COSTI  PERIODO XXXXXXXX E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE (\*)** | | | |
| **Indicatori** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| MEDICINA GENERALE - ATTIVITA' IN CONVENZIONE |  |  |  |
| MEDICINA GENERALE - ATTIVITA' EROGATE NELLE CURE DOMICILIARI |  |  |  |
| MEDICINA GENERALE - ATTIVITA' EROGATE PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI |  |  |  |
| MEDICINA GENERALE - PROGRAMMI VACCINALI |  |  |  |

**NUMERO MEDICI PER CLASSI DI SCELTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO MEDICI PER CLASSI DI SCELTE – Periodo: XXXXXX (\*)** | | | | | | | | | | | | |
|  | **DA 1 A 50 SCELTE** | | **DA 51 A 500 SCELTE** | | **DA 501 A 1.000 SCELTE** | | **DA 1.001 A 1.500 SCELTE** | | **OLTRE 1.500 SCELTE** | | **TOTALE** | |
|  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Totale Medici** | **Totale Scelte** |
|  | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO MEDICI PER CLASSI DI SCELTE – Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | | | | | | | | | | |
|  | **DA 1 A 50 SCELTE** | | **DA 51 A 500 SCELTE** | | **DA 501 A 1.000 SCELTE** | | **DA 1.001 A 1.500 SCELTE** | | **OLTRE 1.500 SCELTE** | | **TOTALE** | |
|  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Numero Medici** |  | **Totale Medici** | **Totale Scelte** |
|  | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** | **Scelte** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

cognome e nome medico

Comune

numero assistiti in età pediatrica femmine

numero assistiti in età pediatrica maschi

totale assistiti

**NUMERO PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE – Periodo: XXXXXX (\*)** | | | | | | | | |
|  | **DA 1 A 250 SCELTE** | | **DA 251 A 800 SCELTE** | | **OLTRE 800 SCELTE** | | **INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA** | |
|  | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE – Periodo: XXXXXX dell’anno precedente(\*)** | | | | | | | | |
|  | **DA 1 A 250 SCELTE** | | **DA 251 A 800 SCELTE** | | **OLTRE 800 SCELTE** | | **INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'** | |
|  | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** | **Numero Medici** | **Scelte** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COSTI  Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | |
| **Indicatori** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| Pediatria di libera scelta - ATTIVITA' IN CONVENZIONE |  |  |  |
| Pediatria di libera scelta - ATTIVITA' EROGATE NELLE CURE DOMICILIARI |  |  |  |
| Pediatria di libera scelta - PROGRAMMI VACCINALI |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA PER FASCIA DI ETA' Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | | | | |
| **CLASSE DI ETA’** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | | | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | |
| **Maschi** | **Femmine** | **TOT.** | **Maschi** | **Femmine** | **TOT.** |
| 0 -13 anni |  |  |  |  |  |  |
| 14 -64 anni |  |  |  |  |  |  |
| 65-74 anni |  |  |  |  |  |  |
| > 75 |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

cognome e nome medico

Comune

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COSTI  Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | |
| **Indicatori** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| Continuità Assistenziale |  |  |  |
| Guardia medica turistica |  |  |  |

**CONTINUITA’ ASSISTENZIALE Attività**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**  **Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | |
|  | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Variazione %** |
| **PUNTI** |  |  |  |
| **MEDICI TITOLARI** |  |  |  |
| **ORE TOTALI DI ATTIVITA' PRESTATE DAI MEDICI** |  |  |  |
| **CONTATTI EFFETTUATI** |  |  |  |
| **RICOVERI PRESCRITTI** |  |  |  |
| **MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE** |  |  |  |
| **ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA** |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**ASSISTENZA PROTESICA**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ausili e protesi prescritti**  **Periodo XXXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | | |
| **Tipologia ausili o protesi** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | |
|  | **numero** | **costo** | **numero** | **costo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausili e protesi - Pazienti –**  **Periodo XXXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | |
| **Tipologia ausili o protesi** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| **numero pazienti** | **numero pazienti** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ausili e protesi prescritti distinti per medico specialista prescrittore –**  **Periodo XXXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)** | | | |
| **Cognome e Nome Medico prescrittore** | **Tipologia ausili o protesi** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| **numero prescrizioni** | **numero prescrizioni** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SALUTE UMANA**

**UOC IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA**

| **PRESTAZIONI UOC "Igiene e Sanità Pubblica"** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **Scostamento in valori assoluti** | **% di scostamento** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prevenzione Malattie Infettive** | | | | |
| 1 Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate\* |  |  |  |  |
| 2 Vaccinazioni internazionali |  |  |  |  |
| 3. Vaccinazione antipoliomelite Immigrati |  |  |  |  |
| 4. Indagini epidemiologiche e provvedimenti conseguenti |  |  |  |  |
| 5. Controllo sanitario immigrati |  |  |  |  |
| 6. Rilascio Certificati Vaccinali |  |  |  |  |
| **Attività Medico Legale** | | | | |
| 1 Rilasci/Conferma Patente A – B – D – E – K |  |  |  |  |
| 2 Esami psicotecnica |  |  |  |  |
| 3 Rilascio/Rinnovo Porto d’Armi |  |  |  |  |
| 4 Certificati idoneità lavoro |  |  |  |  |
| 5 Visite Medico Fiscali per tutela lavoratrici madri |  |  |  |  |
| 6 Certificati di idoneità psicofisica all’adozione |  |  |  |  |
| 7 Visite per rilascio contrassegno automobilistico H |  |  |  |  |
| 8 Visite Fiscali |  |  |  |  |
| 9 Atti relativi alla Legge 210/92 |  |  |  |  |
| 10 Certificati di interdizione dal lavoro per maternità |  |  |  |  |
| 11 Certificati cessione quinto dello stipendio |  |  |  |  |
| 12 Certificazioni elettori fisicamente impediti |  |  |  |  |
| 13 Rilascio/Rinnovo libretti idoneità sanitaria |  |  |  |  |
| 14 Visite di Medicina dello Sport |  |  |  |  |
| 15 Visite mediche della C.M.L. per patenti di guida |  |  |  |  |
| 16 Certificazioni Gravi patologie |  |  |  |  |
| **Polizia Mortuaria** | | | | |
| 1 Visite necroscopiche |  |  |  |  |
| 2 Certificati necroscopici |  |  |  |  |
| 3 Trasporti salme |  |  |  |  |
| 4 Traslazioni/Estumulazioni |  |  |  |  |
| 5 Idoneità carri funebri |  |  |  |  |
| 6 Vigilanza P.M. |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

| **PRESTAZIONI UOC "Igiene e Sanità Pubblica"** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **Scostamento in valori assoluti** | **% di scostamento** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Controllo e Vigilanza Igienico-Sanitaria** | | | | |
| 1 Pareri preventivi edilizia resid., commerciale, servizi, ecc. |  |  |  |  |
| 2 Pareri preventivi insediamenti produttivi e zootecnici |  |  |  |  |
| 3 Piani bonifiche amianto |  |  |  |  |
| 4 Certificati antigienicità alloggi |  |  |  |  |
| 5 Idoneità studi medici e strutture Sanitarie (L.R. 28/2000) |  |  |  |  |
| 6 Idoneità locali – barbieri - parrucchieri - estetisti |  |  |  |  |
| 7 Attività strutture socio sanitarie e di servizio (asili, scuole, impianti Sportivi, sedi formative) |  |  |  |  |
| 8. Attività di vigilanza e/o esposti richieste di P.G. |  |  |  |  |
| 8 Altro com. abil. Gas tossici, pubblico spettacolo, abilitazione Vendita fitosanitari, rad. Ionizzanti, conf. Servizio, ecc. |  |  |  |  |
| 11 Attività di educazione sanitaria |  |  |  |  |
| 12 Visite mediche preventive alunni |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Visite Dietologiche** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **∆** |
| Visite dietologiche effettuate |  |  |  |
| Visite dietologiche di controllo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALTRE ATTIVITA' DEL S.I.A.N** | | | | |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA'** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **DIFF.** | **% ∆** |
| Campioni effettuati residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale |  |  |  |  |
| Sicurezza degli Alimenti: Segnalazioni Certificate di Inizio Attività |  |  |  |  |
| Controllo delle acque destinate a consumo umano: giudizi di potabilità |  |  |  |  |
| Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari: notifiche malattie infettive |  |  |  |  |
| Verifiche dei Sistemi di Allerta, per alimenti non idonei: interventi di vigilanza |  |  |  |  |
| Prevenzione squilibri nutrizionali: Tabelle dietetiche predisposte |  |  |  |  |
| Prevenzione sovrappeso ed obesità: interventi educativi nelle scuole |  |  |  |  |
| Igiene degli alimenti: procedure di categorizzazione del rischio |  |  |  |  |
| Igiene degli Alimenti: Audit |  |  |  |  |
| Igiene degli alimenti: controllo ufficiale degli alimenti - campioni prelevati |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA’** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **% ∆** |
| **Eventi formativi** |  |  |  |
| **Cantieri notificati** |  |  |  |
| dei quali ispezionati |  |  |  |
| **Interventi nei cantieri effettuati su segnalazioni pervenute da cittadini, lavoratori, sindacati** |  |  |  |
| **Sopralluoghi in agricoltura** |  |  |  |
| disposizioni |  |  |  |
| illeciti amministrativi |  |  |  |
| prescrizioni a carattere penale |  |  |  |
| deleghe di indagine della Procura per infortuni sul lavoro |  |  |  |
| **Attività di vigilanza nel settore dell’Industria e dei servizi: aziende ispezionate:** |  |  |  |
| Contravvenzioni impartite |  |  |  |
| disposizioni emesse |  |  |  |
| illeciti amministrativi rilevati |  |  |  |
| **Infortuni sul lavoro con prognosi >30** |  |  |  |
| **Indagini di polizia giudiziaria** |  |  |  |
| **Totale delle aziende attive sul territorio aziendale** |  |  |  |
| **Totale delle aziende attive oggetto di vigilanza** |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC PREVENZIONE, PROTEZIONE, IMPIANTISTICA NEI LUOGHI DI LAVORO**

| **PRESTAZIONI UOC "SP.P.I.L.L."** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **% ∆** |
| --- | --- | --- | --- |
| Verifica Apparecchi di sollevamento |  |  |  |
| Verifica protezione scariche atmosferiche |  |  |  |
| Verifica impianti messa a terra |  |  |  |
| Verifica luoghi a rischio incendio |  |  |  |
| Verifica apparecchi a pressione di gas |  |  |  |
| Verifica impianti di riscaldamento |  |  |  |
| Verifica generatori di vapore |  |  |  |
| Verifica impianti ascensori |  |  |  |
| Commissioni L.R. 28/00 |  |  |  |
| Rilascio libretti cond. generatori di vapore |  |  |  |
| Accertamento tirocinio Gen. Vapore |  |  |  |
| Taratura valvole di sicurezza |  |  |  |
| Commissione Pubb. Spett. |  |  |  |
| Commissione Tecnica |  |  |  |
| Comitato Tecnico Regionale |  |  |  |
| Commissione Patentini G.V. |  |  |  |
| Comitato di Dipartimento |  |  |  |
| Rottamazione app. Sollevamento |  |  |  |
| Sopralluogo |  |  |  |
| Rivista |  |  |  |
| Accesi TOTAL |  |  |  |
| Riunioni TOTAL |  |  |  |
| Convegni |  |  |  |
| Commissioni collaudo ambulanze |  |  |  |
| Esame documentazione |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRIMESTRE** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | **% ∆ 2020 vs 2019** |
| I TRIMESTRE |  |  |  |
| II TRIMESTRE |  |  |  |
| III TRIMESTRE |  |  |  |
| Anno |  |  |  |
| **TOTALI** |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOSD Medicina dello Sport**

**Medicina dello Sport - PERIODO XXXXXXXX (\*)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEDI** | **Valutazioni multidimensionali di medicina dello sport tabella B** | **Valutazioni di medicina dello sport tabella A** | **Valutazioni di medicina dello sport non agonistica** | **Ecocardiogramma mono-bidimensionale** | **Test da sforzo massimale.** |
| Lauria, Senise, Chiaromonte, Sant'Arcangelo |  |  |  |  |  |
| Venosa |  |  |  |  |  |
| Centro di Medicina dello Sport della F.M.S.I. di Potenza |  |  |  |  |  |

**Medicina dello Sport - PERIODO XXXXXXXX anno precedente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEDI** | **Valutazioni multidimensionali di medicina dello sport tabella B** | **Valutazioni di medicina dello sport tabella A** | **Valutazioni di medicina dello sport non agonistica** | **Ecocardiogramma mono-bidimensionale** | **Test da sforzo massimale.** |
| Lauria, Senise, Chiaromonte, Sant'Arcangelo |  |  |  |  |  |
| Venosa |  |  |  |  |  |
| Centro di Medicina dello Sport della F.M.S.I. di Potenza |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALTRE ATTIVITA’** | | |
| **Descrizione** | **Periodo: XXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** |
| Incontri di coordinamento |  |  |
| Incontri in ambito scolastico o associazioni sportive |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITA’ E BENESSERE ANIMALE**

**UOC AREA “A” – SANITÀ ANIMALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SANITA' VETERINARIA Area A -** PERIODO XXXXXXXX (\*) E CONFRONTO CON LO STESSO PERIODO DELL’ANNO PRECEDENTE | | | | |
| **Attività di cui alla DGR 129/2020** | **PERIODO XXXXXXXX (\*)** | | **Periodo: XXXXXX**  **anno precedente(\*)** | |
| n. capi morti da testare | N. capi testati | n. capi morti da testare | N. capi testati |
| **raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE** |  |  |  |  |
| **Attività di cui alla scheda di Budget 2020** | N. allevamenti da controllare | N. allevamenti controllati | N. allevamenti da controllare | N. allevamenti controllati |
| **Risanamento della TBC bovina,/bufalina nel territorio di propria competenza (soggetti di età > 42 gg)** |  |  |  |  |
| **Risanamento Brucellosi Bovina/Bufalina (soggetti di età > 12 mesi ):** |  |  |  |  |
| **Risanamento Brucellosi Ovicaprina (soggetti di età > 6 mesi)** |  |  |  |  |
| **Risanamento Leucosi Bovina/Bufalina enzootica (soggetti di età > 12 mesi)** |  |  |  |  |
| **Malattia Vescicolare del suino: Allevamenti da riproduzione** |  |  |  |  |
| **Malattia Vescicolare del suino: Allevamenti da Ingrasso** |  |  |  |  |
| **Georeferenziazione (indicazione coordinate geografiche)** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI - AREA “B”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PIANO NAZIONALE RESIDUI** | | | | |
| **Campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale**  Periodo xxxxxxx (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente | | | | |
| **ANNO** | **Campioni programmati** | **Campioni controllati** | **%** |
| **Periodo xxxxxxx (\*)** |  |  |  |
| **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |  |  |  |
| **Controllo ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari**  Periodo xxxxxxx (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente | | | | |
| **ANNO** | **Campioni programmati** | **Campioni controllati** | **%** |
| **Periodo xxxxxxx (\*)** |  |  |  |
| **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOLUMI DI MACELLAZIONE DEI CAPI DI ETA’ SUPERIORE AI 18 MESI**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | |
|  | **Periodo xxxxxxx (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| Ovini macellati |  |  |
| Caprini macellati |  |  |
| **CAPI SOTTOTOPOSTI AI TEST**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | |
|  | **Periodo xxxxxxx (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| Ovini |  |  |
| Caprini |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO ANNUALE DELLE ATTIVITÀ ISPETTIVE E DI AUDIT SU STABILIMENTI ALIMENTARI**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | | | |
| **Attività ispettiva Periodo xxxxxxx (\*)** | | | | |
| **Numero di stabilimenti\*** | **Numero di stabilimenti ispezionati (1)** | **Numero di ispezioni (2)** | **Numero di stabilimenti con relazioni d'ispezione di non conformità (3)** | **Numero di stabilimenti auditati** |
|  |  |  |  |  |
| **Attività ispettiva Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | | |
| **Numero di stabilimenti\*** | **Numero di stabilimenti ispezionati (1)** | **Numero di ispezioni (2)** | **Numero di stabilimenti con relazioni d'ispezione di non conformità (3)** | **Numero di stabilimenti auditati** |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività Ispettive per impianti di macellazione**  **Periodo xxxxxxx (\*)** | | **macellazione ungulati** | **macellazione avicunicoli** |
| **Reg. 853/2004** | **Reg. 853/2004** |
| **NUMERO IMPIANTI PRESENTI** |  |  |  |
| NUMERO IMPIANTI CONTROLLATI REG. (CE) 1099/2009 |  |  |  |
| N. CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI UTILIZZANDO LA CHECK-LIST (in toto od in parte) E REG. (CE) 1099/2009 |  |  |  |
| N. IMPIANTI CON NON CONFORMITA' |  |  |  |
| NUMERO E TIPOLOGIA NON CONFORMITA' RISCONTRATE |  |  |  |
| NUMERO E TIPOLOGIA NON CONFORMITA' RISCONTRATE di cui: |  |  |  |
| Benessere Animale alla Macellazione - Programma |  |  |  |
| Benessere Animale alla Macellazione - Gestione |  |  |  |
| Formazione del Personale |  |  |  |
| Strutture ed Attrezzature |  |  |  |
| Manutenzione degli strumenti per la immobilizzazione e lo stordimento  - programma |  |  |  |
| Manutenzione degli strumenti per la immobilizzazione e lo stordimento  - gestione |  |  |  |
| N. TOTALE DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI NON CONFORMITA' |  |  |  |
| Prescrizioni |  |  |  |
| Sanzioni |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività Ispettive per impianti di macellazione**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | **macellazione ungulati** | **macellazione avicunicoli** |
| **Reg. 853/2004** | **Reg. 853/2004** |
| **NUMERO IMPIANTI PRESENTI** |  |  |  |
| NUMERO IMPIANTI CONTROLLATI REG. (CE) 1099/2009 |  |  |  |
| N. CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI UTILIZZANDO LA CHECK-LIST (in toto od in parte) E REG. (CE) 1099/2009 |  |  |  |
| N. IMPIANTI CON NON CONFORMITA' |  |  |  |
| NUMERO E TIPOLOGIA NON CONFORMITA' RISCONTRATE |  |  |  |
| NUMERO E TIPOLOGIA NON CONFORMITA' RISCONTRATE di cui: |  |  |  |
| Benessere Animale alla Macellazione - Programma |  |  |  |
| Benessere Animale alla Macellazione - Gestione |  |  |  |
| Formazione del Personale |  |  |  |
| Strutture ed Attrezzature |  |  |  |
| Manutenzione degli strumenti per la immobilizzazione e lo stordimento  - programma |  |  |  |
| Manutenzione degli strumenti per la immobilizzazione e lo stordimento  - gestione |  |  |  |
| N. TOTALE DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI A SEGUITO DI NON CONFORMITA' |  |  |  |
| Prescrizioni |  |  |  |
| Sanzioni |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di impianto (Reg. 999/2001 e 1069/2009)** | **Impianti di macellazione** | |
| **Periodo xxxxxxx (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| A) numero di impianti presenti che trattano MSR |  |  |
| B) numero di impianti controllati per gli aspetti relativi al MSR |  |  |
| C) numero di controlli specifici per gli aspetti relativi al MSR |  |  |
| D) numero di impianti con non conformità presenti |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SALMONELLE CARNI SUINE - Reg (CE) 854/2004** | | |
| **Attività** | **Periodo xxxxxxx (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| n. campioni in autocontrollo ai sensi Reg 2073 |  |  |
| di cui n. campioni positivi |  |  |
| Sierotipizzazione |  |  |
| n. campioni ai sensi Reg 854 |  |  |
| di cui n. campioni positivi |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE - AREA “C”**

| **Attivita'** | **Periodo xxxxxxx (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **% ∆** |
| --- | --- | --- | --- |
| DGR 190/2018: raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui) (il numero dei campioni da controllare è stabilito dal Ministero per la Regione e a cascata per le ASL) |  |  |  |
| DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa Statale e Regionale sul Randagismo: Interventi profilattici e terapeutici, nonché di sterilizzazione su cani e gatti |  |  |  |
| DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa Statale e Regionale sul Randagismo: Controllo cani morsicatori |  |  |  |
| DGR n.606/2010 OB. C1 Attuazione della normativa Statale e Regionale sul Randagismo: Controlli sanitari sui cani randagi accalappiati |  |  |  |
| DGR n.606/2012 - OB. C2 Implementazione della Banca Dati anagrafe animali (Cani e Gatti) attivate presso il nodo regionale nel rispetto delle normative di settore e delle tempistiche previste dai relativi manuali operativi |  |  |  |
| DGR n.606/2012 - OB. C2 - Garantire la regolare tenuta dell’Anagrafe generale canina: compilazione scheda segnaletica ed impianto di microchip |  |  |  |
| Controlli per ottimale produzione di latte in allevamento |  |  |  |
| Controllo e vigilanza per l’Esecuzione del Piano nazionale alimentazione animale (il numero dei campioni da controllare è stabilito dal Ministero per la Regione e a cascata per le ASL) |  |  |  |
| Farmaco vigilanza e farmacosorveglianza veterinaria: aggiornamento della banca dati informatizzata delle ricette pervenute. |  |  |  |
| Farmaco vigilanza e farmacosorveglianza veterinaria: vigilanza sugli allevamenti, sui depositi di farmaci, sulle farmacie e presso ambulatori e studi veterinari. Controlli in allevamento |  |  |  |
| Benessere animale in allevamento. N. controlli |  |  |  |
| Benessere animale durante il trasporto in collaborazione con la polizia stradale |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC PROVVEDITORATO ECONOMATO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo XXXXXX (\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Attrezzature sanitarie ed apparecchiature elettromedicali** |  |  |  |  |
| **Mobili ed arredi** |  |  |  |  |
| **Attrezzature d'ufficio** |  |  |  |  |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Attrezzature sanitarie ed apparecchiature elettromedicali** |  |  |  |  |
| **Mobili ed arredi** |  |  |  |  |
| **Attrezzature d'ufficio** |  |  |  |  |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC Sistemi Informativi Aziendali**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo XXXXXX (\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC ATTIVITA’ TECNICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo XXXXXX (\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Attrezzature sanitarie ed apparecchiature elettromedicali** |  |  |  |  |
| **Mobili ed arredi** |  |  |  |  |
| **Attrezzature d'ufficio** |  |  |  |  |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | **Valore di acquisto** | **Struttura** | **UO di destinazione** | **Fonte finanziamento** |
| **Attrezzature sanitarie ed apparecchiature elettromedicali** |  |  |  |  |
| **Mobili ed arredi** |  |  |  |  |
| **Attrezzature d'ufficio** |  |  |  |  |
| **Pc e stampanti** |  |  |  |  |
| **Altro** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**FORMAT RELAZIONE ATTIVITA’**

**Periodo XXXXXXXX e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)**

**UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE**

**PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato**  **periodo: XXXXXXXX (\*)** | | | | | | |
| **Ruolo** | **Amministrativo N.** | **Professionale N.** | **Sanitario N.** | **Tecnico N.** | **Totale per area** | **Totale per area %** |
| Comparto |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenza |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo** |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo%** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | | | | |
| **Ruolo** | **Amministrativo N.** | **Professionale N.** | **Sanitario N.** | **Tecnico N.** | **Totale per area** | **Totale per area %** |
| Comparto |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenza |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo** |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo%** |  |  |  |  |  |  |

**PERSONALE DIPENDENTE a tempo determinato**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE a tempo determinato**  **periodo: XXXXXXXX (\*)** | | | | | | |
| **Ruolo** | **Amministrativo N.** | **Professionale N.** | **Sanitario N.** | **Tecnico N.** | **Totale per area** | **Totale per area %** |
| Comparto |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenza |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo** |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo%** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE a tempo determinato**  **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** | | | | | | |
| **Ruolo** | **Amministrativo N.** | **Professionale N.** | **Sanitario N.** | **Tecnico N.** | **Totale per area** | **Totale per area %** |
| Comparto |  |  |  |  |  |  |
| Dirigenza |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo** |  |  |  |  |  |  |
| **Tot. Per Ruolo%** |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_

**DIPENDENTI DI RUOLO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NUMERO DEI DIPENDENTI DI RUOLO, DISTINTI PER SESSO**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | |
| **Dipendenti** | **PERIODO XXXXXXXX (\*)** | **Periodo: XXXXXX anno precedente(\*)** |
| maschi |  |  |
| femmine |  |  |
| totale |  |  |
| N.B. personale dipendente a tempo determinato e indeterminato | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | | | |
| ***Indicatori*** | | **PERIODO XXXXXXXX (\*)**  **Valore** | **PERIODO XXXXXXXX (\*)**  **Valore** |
| Tasso di assenza | |  |  |
| Tasso di dimissioni premature | |  |  |
| Tasso di richieste di trasferimento | |  |  |
| Tasso di infortuni | |  |  |
| Stipendio medio percepito dai dipendenti | |  |  |
| % di personale assunto a tempo indeterminato nell’anno | |  |  |
| **ANALISI DI GENERE**  Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*) | | | |
| ***Indicatori*** | | **PERIODO XXXXXXXX (\*)**  **Valore** | **PERIODO XXXXXXXX (\*)**  **Valore** |
| % di dirigenti donne |  |  |  |
| % di donne rispetto al totale del personale |  |  |  |
| Stipendio medio percepito dal personale femminile: | personale dirigente: |  |  |
| personale non dirigente |  |  |
| % di personale donna assunto a tempo indeterminato nell'anno (% calcolata sul totale degli assunti nell'anno) | |  |  |
| Età media del personale femminile | personale dirigente: |  |  |
|  | personale non dirigente |  |  |
| % donne laureate rispetto al totale personale femminile | |  |  |

**PERSONALE DIPENDENTE DISTINTO PER TITOLO DI STUDIO**

Periodo XXXXXXX (\*) e confronto con lo stesso periodo dell’anno precedente (\*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE DISTINTO PER TITOLO DI STUDIO**  PERIODO XXXXXXXX (\*) | | | | |
|  | **Scuola dell'obbligo** | **Diploma superiore** | **Laurea** | **Totale** |
| maschi |  |  |  |  |
| femmine |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |

N.B. personale dipendente a tempo determinato e indeterminato

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALE DIPENDENTE DISTINTO PER TITOLO DI STUDIO**  PERIODO XXXXXXXX (\*) | | | | |
|  | **Scuola dell'obbligo** | **Diploma superiore** | **Laurea** | **Totale** |
| maschi |  |  |  |  |
| femmine |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |

N.B. personale dipendente a tempo determinato e indeterminato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Note per la compilazione:**

Indicare il periodo di riferimento:

Gennaio-giugno anno \_\_\_\_\_

Gennaio-settembre anno \_\_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_\_