

PIAO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

ANNO 2024-2026

1. Sommario

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.1. Chi Siamo	5
1.2. Cosa Facciamo.....	8
1.3. Mandato Istituzionale e i principi di riferimento	9
1.4. Come Operiamo	10
1.5. L'Amministrazione in cifre.....	12
1.5.1. Analisi dell'Assistenza Ospedaliera	12
1.5.2. Analisi dell'Assistenza Territoriale	33
1.5.3. Analisi Mobilità ASP Cosenza Extraregione – Infra regione - Attiva e Passiva	44
1.5.4. Analisi del Benessere Organizzativo	47
1.6. Le risorse umane.....	74
1.7. Attrezzature	76
1.8. Coerenza con la Programmazione Economica-Finanziaria e di Bilancio	76
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	78
2.1. Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	78
2.1.1. Contesto Interno ed esterno.....	78
2.1.2. Linee Programmatiche ASP	89
2.1.3. Transizione al Digitale ASP	94
2.2. Sottosezione di programmazione - Performance	101
2.2.1. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	102
2.2.2. Albero della Performance.	104
2.2.3. Ciclo di Gestione della Performance. Definizione e assegnazione degli obiettivi.....	105
2.2.4. Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.	109
2.2.5. Direttiva di Budget Anno 2023.....	111
2.2.6. Caratteri generali e gli obiettivi 2023-2025	113
2.2.7. PIANO DI BUDGET - I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	159
2.2.8. PIANO DI BUDGET - II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:	161
2.2.9. PIANO DI BUDGET - III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	167
2.2.10. Sistemi Informativi	168
2.2.11. Realizzazione Obiettivi di PSN	170
2.3. Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	171
2.3.1. Obiettivi Strategici	171
2.3.2. Coordinamento con il Piano della Performance	171
2.3.3. Soggetti coinvolti nel sistema di Prevenzione della corruzione.....	172
2.3.4. Modello organizzativo dell'ufficio anticorruzione ASP Cosenza	175
2.3.5. Analisi del Contesto	177
2.3.6. Mappatura dei Processi, analisi e valutazione del rischio	183
2.3.7. Misure generali e trasversali di trattamento del rischio.	200
2.3.8. Trasparenza.....	210
2.3.9. Monitoraggio del PTPC sull'attuazione e sull'idoneità delle misure	213

2.3.10.	Monitoraggio sulla trasparenza	215
3.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	218
3.1.	Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	218
3.1.1.	La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.....	218
3.2.	Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile	223
3.2.1.	Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	225
3.2.2.	Livello di attuazione del lavoro agile.....	225
3.2.3.	Modalità attuative	226
3.2.4.	Sicurezza sul lavoro	226
3.2.5.	Privacy – dpo.....	227
3.2.6.	Logistica	227
3.2.7.	Programma di sviluppo del lavoro agile.....	227
3.2.8.	La misurazione e valutazione della performance	228
3.2.9.	Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile	230
3.3.	Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	232
3.3.1.	Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	232
3.3.2.	Il piano formativo.....	236
4.	MONITORAGGIO	249
4.1.	Monitoraggio integrato delle sezioni del PIAO	249
4.2.	Collaborazione tra RPCT e OIV	250
4.3.	Rapporti tra RPCT e Strutture/Unità di missione per il PNRR	250
4.4.	Divieto di affidamento a terzi dell'elaborazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO	251
4.5.	Aggiornamento PIAO	251

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto, in un'ottica prevalente di semplificazione e al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese", che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. A tal fine il Piano è affiancato da un processo di delegificazione che si sviluppa parallelamente all'iter di approvazione del DM che introduce il Piano-tipo.

Il Piano è di durata triennale (aggiornato annualmente) ed è chiamato a definire più profili: obiettivi della performance; gestione del capitale umano; sviluppo organizzativo; obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne; reclutamento; trasparenza ed anticorruzione; pianificazione delle attività; individuazione delle procedure da semplificare e ridisegnare; accesso fisico e digitale; parità di genere; monitoraggio degli esiti procedurali e dell'impatto sugli utenti.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026 dell'Asp di Cosenza è stato elaborato dal gruppo di lavoro aziendale, composto dal Direttore del Dipartimento Amministrativo, Dal Direttore UOC Programmazione e Controllo, dal RPCT aziendale, dal Dirigente Responsabile della UOC Gestione, Valorizzazione, sviluppo e formazione delle Risorse Umane e dal Dirigente Responsabile della UOC Gestione Tecnico- Patrimoniale, secondo lo schema definito con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione e tenendo conto delle indicazioni del PNA 2023-25, del Piano di efficientamento 2023-2025 dell'ASP approvato con deliberazione n° 2323 del 31/10/2023 .

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1. Chi Siamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, costituita dall'accorpamento delle ex ASL n.1 di Paola, ASL n. 2 di Castrovillari, ASL n. 3 di Rossano, ASL n.4 di Cosenza come disposto dall'art 7 della LR n.9 dell'11/5/2007, gode di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art 3 comma 1 bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i., per cui l'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con il presente atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla normativa regionale e dalle disposizioni sul piano di rientro dal debito sanitario.

L'Azienda ha sede in Viale degli Alimena, 8 – 87100 Cosenza

Partita IVA 02853720783

Il Sito Istituzionale è il seguente: www.asp.cosenza.it;

Indirizzo PEC: protocollo@pec.asp.cosenza.it;

Indirizzo mail: direzione.generale@aspcs.it;

Il logo dell'Azienda, per come disposto dal Decreto del Dirigente Generale n° 70 del 23 febbraio 2016, è di seguito rappresentato:



Nella tabella seguente si riporta la classifica delle province della Calabria ordinata per popolazione residente. I dati sono aggiornati al 01/01/2021.

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km²	Densità abitanti/km²	Numero Comuni
1.	Cosenza	676.119	6.709,75	101	150
2.	Città Metropolitana di Reggio Calabria	523.791	3.210,37	163	97
3.	Catanzaro	344.439	2.415,45	143	80
4.	Crotone	164.059	1.735,68	95	27
5.	Vibo Valentia	152.193	1.150,64	132	50
	Totale	1.860.601	15.221,90	122	404

Fonte: tuttitalia.it

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 150 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 676.119 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.710 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza é caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 101 abitanti per Km²) rispetto al dato nazionale (196 abitanti per Km²). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

I 150 Comuni della Provincia di Cosenza sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità, tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono:

Corigliano-Rossano, Rende, Castrovillari, Aciri, S. Giovanni in Fiore, Paola e Cassano allo Jonio. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è organizzato in 6 Distretti socio-sanitari con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat) anno 01/01/2021

DISTRETTI ASP	2018	2019	2020	2021	Diff. 21/20	Superficie Km ²
1 - "TIRRENO"	134.900	134.730	132.006	129.521	-2.485	1.086
2 - "ESARO/POLLINO"	97.546	96.633	94.235	91.600	-2.635	1.350
3 - "JONIO NORD"	101.359	100.931	98.053	95.787	-2.266	1.352
4 - "JONIO SUD"	70.895	70.659	68.638	67.688	-950	766
5 - "VALLE CRATI"	144.138	143.516	141.651	139.115	-2.536	860
6 - "COSENZA/SAVUTO"	159.864	159.284	155.920	152.408	-3.512	1.295
TOTALE DISTRETTI	708.702	705.753	690.503	676.119	-14.384	6.709

Di seguito si riportano i dati della distribuzione per fasce di età della popolazione nella provincia di Cosenza al 01 gennaio 2021:

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	26.198	0	0	0	13.297	12.901	26.198	3,90%
					50,80%	49,20%		
05-09	28.620	0	0	0	14.565	14.055	28.620	4,20%
					50,90%	49,10%		
10-14	30.582	0	0	0	15.710	14.872	30.582	4,50%
					51,40%	48,60%		
15-19	32.467	18	0	0	16.796	15.689	32.485	4,80%
					51,70%	48,30%		
20-24	33.475	458	0	4	17.767	16.170	33.937	5,00%
					52,40%	47,60%		
25-29	32.737	4.030	12	34	18.940	17.873	36.813	5,40%
					51,40%	48,60%		
30-34	26.228	13.474	30	172	19.895	20.009	39.904	5,90%
					49,90%	50,10%		
35-39	18.050	23.321	82	481	21.087	20.847	41.934	6,20%
					50,30%	49,70%		
40-44	13.227	31.225	246	963	22.681	22.980	45.661	6,80%
					49,70%	50,30%		
45-49	10.549	37.229	563	1.496	24.382	25.455	49.837	7,40%
					48,90%	51,10%		
50-54	8.462	40.925	1.104	1.821	25.356	26.956	52.312	7,70%
					48,50%	51,50%		
55-59	6.412	42.391	2.096	1.687	25.413	27.173	52.586	7,80%
					48,30%	51,70%		
60-64	4.565	38.638	3.274	1.403	23.192	24.688	47.880	7,10%
					48,40%	51,60%		
65-69	3.086	33.869	4.792	1.088	20.552	22.283	42.835	6,30%
					48,00%	52,00%		
70-74	2.357	29.440	7.115	834	18.990	20.756	39.746	5,90%
					47,80%	52,20%		
75-79	1.374	16.821	7.159	358	11.950	13.762	25.712	3,80%
					46,50%	53,50%		
80-84	1.203	13.004	9.985	226	10.587	13.831	24.418	3,60%
					43,40%	56,60%		
85-89	854	6.067	8.859	101	6.153	9.728	15.881	2,30%
					38,70%	61,30%		

90-94	392	1.698	4.802	35	2.257	4.670	6.927	1,00%
					32,60%	67,40%		
95-99	120	247	1.271	12	410	1.240	1.650	0,20%
					24,80%	75,20%		
100+	22	33	145	1	47	154	201	0,00%
					23,40%	76,60%		
Totale	280.980	332.888	51.535	10.716	330.027	346.092	676.119	100,00%
					48,80%	51,20%		

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 150 Comuni per come si evince anche dai dati geo-funzionali della ASP di Cosenza distinti per i 6 Distretti:

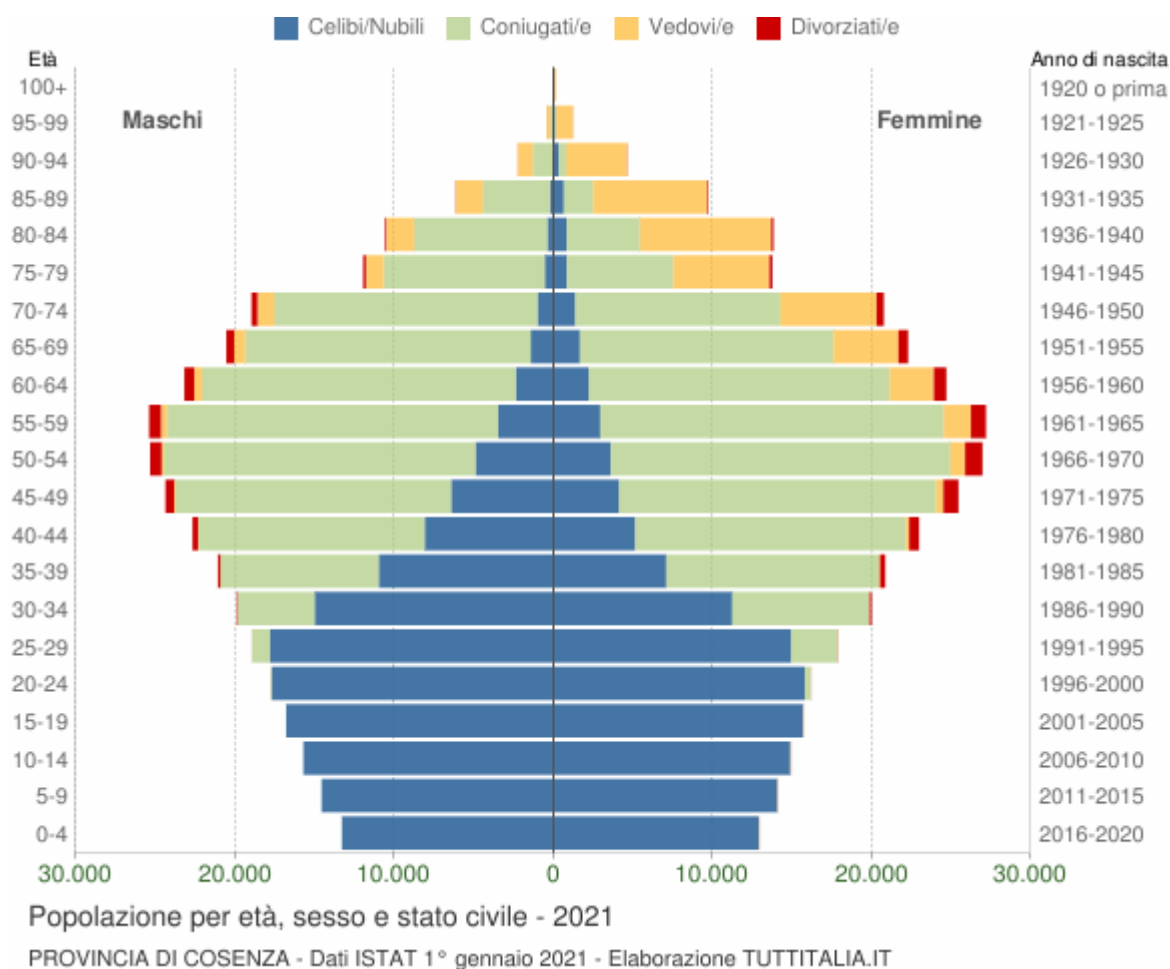
DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
	Anno 2021			
DISTRETTI	popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
1 - "TIRRENO"	129.521	33	940	138
2 - "ESARO/POLLINO"	91.600	28	1.179	78
3- "JONIO NORD"	95.787	21	1.295	74
4 - "JONIO SUD"	67.688	14	1.350	50
5 - "VALLE CRATTI"	139.115	20	1.086	128
6 - "COSENZA/SAVUTO"	152.408	34	860	177
TOTALE DISTRETTI	676.119	150	6.710	101

Si riporta di seguito la classificazione sintetica dei Comuni dell'ASP di Cosenza secondo la densità abitativa e la zona altimetrica estesa:

Densità abitativa Ab/Km2	Valori assoluti	valori percentuali
(0 – 49)	41	26,5
(49,01 – 77)	35	23,9
(77,01 - 157)	39	25,8
(157+)	35	23,9
Totale	150	100

Zona altimetrica estesa x numero di Comuni		
	Valori assoluti	valori percentuali
Montagna interna	50	34,2
Montagna litoranea	27	17,4
Collina interna	43	27,7
Collina litoranea	23	16,1
Pianura	7	4,5
Totale	150	100

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Cosenza per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021.



La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati. I residenti con età 0-14 anni sono 85.400 (12,6%), quelli con età 15-64 anni sono 433.349 (64,2%), quelli con 65 e più anni sono 157.370 (23,2%), nell'intera azienda, con un indice di vecchiaia (popolazione => 65 anni/giovani 0/14), per l'intera azienda pari a 1,84% ovvero 184 anziani ogni 100 giovani (nel 2020 il valore era di 181,3 anziani per ogni 100 giovani, con un valore che di anno in anno cresce costantemente).

1.2.Cosa Facciamo

La **Missione** dell'Azienda Sanitaria di Cosenza è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino in condizioni di bisogno di assistenza, assicurando l'accesso a tutte le tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione: nazionale, regionale e locale. La missione organizzativa aziendale è finalizzata al

miglioramento dello stato di salute della popolazione assistita, nel rispetto del vincolo dell'equilibrio economico e della natura pubblica del Servizio.

La **Visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla qualità ed il miglioramento dei servizi offerti e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute ed alla valorizzazione delle risorse umane presenti al suo interno. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione ed il senso di appartenenza degli operatori, promuove lo sviluppo delle relazioni interne attraverso forme di partecipazione organizzativa, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo dell'Organizzazione.

L'azione dell'Azienda è anche volta alla ricerca ed alla realizzazione di sinergie con le altre Aziende Sanitarie della Regione. L'integrazione è volta a realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare un'elevata qualità a costi sostenibili. L'Azienda assicura altresì pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento di incarichi, allo sviluppo professionale. L'attività dell'ASP di Cosenza si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici Nazionali e Regionali. L'attuazione di detti Principi è assicurata da un Comitato Etico interaziendale con sede presso l'Azienda Ospedaliera.

1.3.Mandato Istituzionale e i principi di riferimento

L'Azienda è un soggetto istituzionale la cui attività è volta ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni qualitative e quantitative, attraverso l'analisi della domanda e sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e dell'utenza.

La Missione Istituzionale dell'Azienda consiste nel garantire la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile.

Il raggiungimento della tutela della salute assume, altresì, rilievo primario e strumentale nella dimensione organizzativa interna dell'Azienda, che dirige i processi gestionali nella direzione della tutela della salute e della sicurezza dei propri lavoratori nei luoghi di lavoro.

La tutela della salute è perseguita fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Tale missione è elaborata, perseguita e realizzata mediante la valorizzazione di quattro fattori connotati da un rapporto di reciproca correlazione e influenza:

- ❖ Percorsi di integrazione (integrazione ospedale-territorio; integrazione tra le diverse professionalità presenti in Azienda);
- ❖ Appropriatezza (del lavoro, delle procedure di ricovero e di accesso e prescrittiva);
- ❖ Trasparenza dell'organizzazione (nei confronti degli utenti interni ed esterni);
- ❖ Qualità (professionale, gestionale, qualità percepita e qualità del servizio);

Cardini essenziali per realizzare la missione sono:

- ❖ l'utente, rispetto al quale garantire il servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- ❖ la comunità, verso la quale professionisti e organizzazione si relazionano rispetto al mandato;
- ❖ il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.

L'azienda conseguentemente assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla pianificazione nazionale e regionale, tutela e promuove la salute di tutti i cittadini, sia adottando misure di prevenzione che erogando prestazioni sanitarie per acuti e prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a domicilio degli utenti e sul territorio in presidi a gestione diretta o in altri presidi pubblici o privati accreditati, secondo i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità.

La Visione Strategica dell'Azienda consiste nello sviluppare integrazioni ed alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno, con il contesto locale, per arricchire il capitale aziendale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute. L'obiettivo è quello dell'accreditamento delle strutture nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale, e di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati;

L'Azienda è quindi tesa a sviluppare e valorizzare la professionalità di tutti gli operatori e di tutti i dipendenti.

L'Azienda garantisce, inoltre, i livelli uniformi di assistenza nell'ambito del territorio provinciale assicurando i massimi livelli di qualità e quantità compatibili con le risorse disponibili, attraverso la ridefinizione del rapporto tra ospedali e territorio, il recupero della mobilità passiva, il completamento della trasformazione gestionale dell'Azienda ed il rafforzamento del "patto di solidarietà" con i cittadini e le loro rappresentanze, le organizzazioni di volontariato, gli operatori del SSN e le Istituzioni.

1.4.Come Operiamo

L'Azienda orienta la propria attività ai seguenti principi:

- ❖ flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari, sociali e culturali del cittadino-cliente;
- ❖ capacità di valorizzare, coinvolgere, gratificare e responsabilizzare tutto il personale sugli obiettivi aziendali, facilitando la comunicazione tra le strutture organizzative, il lavoro di gruppo, l'integrazione delle professionalità e il senso di appartenenza;
- ❖ attenzione allo sviluppo e al monitoraggio dei processi gestionali, al continuo miglioramento delle performance secondo parametri di efficacia, qualità ed efficienza;
- ❖ equilibrio economico di bilancio;
- ❖ sensibilità e apertura nei confronti dell'ambiente esterno e alla società civile in tutte le sue articolazioni politiche, istituzionali, socio-economiche e culturali.

L'azienda si prefigge di assicurare un accesso equo e trasparente ai propri servizi sanitari e socio-sanitari, di ricercare l'eccellenza degli stessi mediante un'organizzazione basata sui principi del Total Quality Management (TQM) nell'interesse unico di tutti i Cittadini che ne hanno necessità, nel rispetto delle diverse esigenze sociali, culturali. La Regione Calabria da anni in emergenza economica, con obiettivi di risparmio e blocco del turnover, una migrazione sanitaria altissima, deve ricevere risposte organizzative tali da restituire ai propri cittadini un nuovo ed efficace sistema sanitario. In tal senso, a fronte della riorganizzazione della rete territoriale e di quella ospedaliera, quest'ultima con una contrazione importante del n. dei posti letto, si impone una riqualificazione del territorio con sviluppo dello stesso attraverso le forme integrate di gestione diretta del paziente.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza è impegnata a finalizzare le proprie risorse per tutelare:

- i pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti- pazienti;

- coloro che mettono la propria professionalità al servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;
 - la legalità, assicurando che gli atti ed i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti sia a livello nazionale che a livello regionale;
 - i portatori di interessi, garantendo relazioni trasparenti e volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato,
- e tutto questo nel rispetto dei seguenti principi:

1. **Uguaglianza:** è esclusa qualsiasi discriminazione legata a razza, nazionalità, sesso, età, religione e convinzione politica. Deve essere garantito il medesimo trattamento, a prescindere dall'area geografica di residenza e/o dalla fascia sociale di appartenenza del cittadino;
2. **Imparzialità:** l'azione dell'ASP di Cosenza è guidata dai criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità;
3. **Efficacia ed efficienza:** è perseguito l'obiettivo del continuo e progressivo miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, adottando le soluzioni tecnologiche, organizzative e procedurali più funzionali allo scopo;

1.5. L'Amministrazione in cifre

1.5.1. Analisi dell'Assistenza Ospedaliera

L'azienda Santaria opera mediante 5 stabilimenti ospedalieri raggruppati in 3 Spoke (Castrovillari, Cetraro/Paola, Rossano/Corigliano), e 2 Ospedali di Montagna (zona disagiata) di Acri e San Giovanni in Fiore) a gestione diretta, 9 case di Cura Convenzionate, oltre al reparto di post-acuzie (lungodegenza) di Trebisacce e di medicina di Praia a mare.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 708 unità (di cui 546 ordinari e 162 in DH/DS), quelli convenzionati sono pari a 663 unità (di cui 597 ordinari e 66 in DH/DS).

Si inserisce di seguito la tabella riassuntiva con i Posti Letto pubblici ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio:

SPOKE CETRARO/PAOLA			POSTI LETTO		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD	DH	TOTALE
STAB. CETRARO	09	CHIRURGIA	0	0	0
STAB. CETRARO	32	NEUROLOGIA	-	-	-
STAB. CETRARO	34	OCULISTICA (MULTIDIS. CHIR.)	-	2	2
STAB. CETRARO	37	OSTETRICIA	22	5	27
STAB. CETRARO	39	PEDIATRIA	12	2	14
STAB. CETRARO	31	NIDO	4	-	4
STAB. CETRARO	40	PSICHIATRIA	8	-	8
STAB. CETRARO	43	UROLOGIA	6	2	9
STAB. CETRARO	49	TER. INTENSIVA	6	-	6
STAB. CETRARO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. CETRARO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. CETRARO	08	CARDIOLOGIA	-	2	2
STAB. CETRARO	26	MEDICINA	10	2	12
STAB. CETRARO	26	MEDICINA COVID	22	-	22
STAB. CETRARO	60	LUNGODEGENZA	12	-	12
Totale Cetraro			98	23	121
STAB. PAOLA	08	CARDIOLOGIA	8	0	8
STAB. PAOLA	09	CHIRURGIA	11	0	11
STAB. PAOLA	26	MEDICINA	24	2	26
STAB. PAOLA	36	ORTOPEDIA	10	4	14
STAB. PAOLA	50	UTIC	6	0	6
STAB. PAOLA	64	ONCOLOGIA	0	14	14
STAB. PAOLA	02	MULTID. MEDICO	-	-	-
STAB. PAOLA	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. PAOLA	49	TERAPIA INTENSIVA	4	-	4
Totale Paola			63	24	87
TOTALE SPOKE CETRARO/PAOLA			161	47	208

SPOKE ROSSANO/CORIGLIANO			POSTI LETTO		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD.	DH	TOTALE
STAB. CORIGLIANO	09	CHIRURGIA	10	1	11
STAB. CORIGLIANO	26	MEDICINA	28	2	30
STAB. CORIGLIANO	32	NEUROLOGIA	8	2	10
STAB. CORIGLIANO	37	OSTETRICIA	25	5	30
STAB. CORIGLIANO	39	PEDIATRIA	12	3	15
STAB. CORIGLIANO	31	NIDO	4	-	4
STAB. CORIGLIANO	40	PSICHIATRIA	8	-	8
STAB. CORIGLIANO	43	UROLOGIA	1	1	2
STAB. CORIGLIANO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. CORIGLIANO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
Totale Corigliano			92	22	114
STAB. ROSSANO	09	CHIRURGIA	17	2	19
STAB. ROSSANO	08	CARDIOLOGIA	17	-	17
STAB. ROSSANO	29	NEFROLOGIA	9	1	10
STAB. ROSSANO	34	OCULISTICA	-	-	-
STAB. ROSSANO	36	ORTOPEDIA	16	5	21
STAB. ROSSANO	38	ORL	-	-	-
STAB. ROSSANO	49	TER. INTENSIVA	6	-	6
STAB. ROSSANO	50	UTIC	5	-	5
STAB. ROSSANO	43	UROLOGIA	-	-	-
STAB. ROSSANO	64	ONCOLOGIA	-	9	9
STAB. ROSSANO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. ROSSANO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. ROSSANO	26	MEDICINA COVID	18	-	18
STAB. ROSSANO	56	RIABILITAZIONE INTENSIVA	8	-	8
STAB. ROSSANO	60	LUNGODEGENZA	-	-	-
Totale Rossano			96	25	85
TOTALE SPOKE ROSSANO/CORIGLIANO			188	47	235

SPOKE CASTROVILLARI			POSTI LETTO		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD.	DH	TOTALE
STAB. CASTROVILLARI	08	CARDIOLOGIA	9	2	11
STAB. CASTROVILLARI	09	CHIRURGIA	17	2	19
STAB. CASTROVILLARI	26	MEDICINA	16	2	18
STAB. CASTROVILLARI	32	NEUROLOGIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	34	OCULISTICA	-	2	2
STAB. CASTROVILLARI	36	ORTOPEDIA	4	-	4
STAB. CASTROVILLARI	37	OSTETRICIA	16	4	20
STAB. CASTROVILLARI	38	ORL	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	39	PEDIATRIA	10	2	12
STAB. CASTROVILLARI	31	NIDO	4	-	4
STAB. CASTROVILLARI	40	PSICHIATRIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	43	UROLOGIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	49	TER. INTENSIVA	6	-	2
STAB. CASTROVILLARI	50	UTIC	7	-	7
STAB. CASTROVILLARI	64	ONCOLOGIA	-	8	8
STAB. CASTROVILLARI	68	PNEUMOLOGIA	6	2	8
STAB. CASTROVILLARI	71	REUMATOLOGIA (MULTIDIS. MEDICO)	-	4	4
STAB. CASTROVILLARI	02	MULTID. MEDICO	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	98	MULTID. CHIR.	-	-	-
TOTALE SPOKE CASTROVILLARI			91	28	119

OSPEDALI DI ZONA DISAGIATA			POSTI LETTO		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD	DH	TOTALE
ACRI	09	CHIRURGIA	-	-	-
ACRI	26	MEDICINA	16	4	20
ACRI	02	MULTID. MEDICO	-	8	8
ACRI	98	MULTID. CHIR.	-	12	12
ACRI		LUNGODEGENZA	15	-	15
		Totale Acri	31	24	55
S. GIOVANNI IN F.	26	MEDICINA	20	-	20
S. GIOVANNI IN F.	60	LUNGODEGENZA	15	-	15
S. GIOVANNI IN F.	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
S. GIOVANNI IN F.	98	MULTID. CHIR.	-	12	12
		Totale S. Giovanni in Fiore	35	16	51
TREBISACCE	60	LUNGODEGENZA	20	-	20
		Totale Trebisacce	20	-	20
PRAIA A MARE	26	MEDICINA	20	-	20
		Totale Praia a Mare	20	-	20
TOTALE OSPEDALI ZONA DISAGIATA			106	40	146
TOTALE POSTI LETTO ASP COSENZA			546	162	708

Come si evince dalle tabelle nell'ASP di Cosenza nel 2023 vi sono attivi 708 posti letto (di cui n°546 PL Ordinari e 162 in DH/DS) e tra i posti letto destinati ai ricoveri ordinari solo 47 posti sono dedicati ai ricoveri per post-acute di lungodegenza, mentre n° 661 sono destinati ai ricoveri per acuti.

Tabella PL strutture private accreditate
(ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per struttura e reparto)

n.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L. Ordinari	P.L. DH/DS	TOT. POSTI LETTO DH/DS/RO
1	Casa di Cura Cascini s.r.l.	09	CHIRURGIA GENERALE	20	2	22
		43	UROLOGIA	10	1	11
		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	2	22
		10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	7	7
		35	ODONTOSTOMATOLOGIA	0	3	3
		60	LUNGODEGENZA	20	0	20
2	Tirrenia Hospital S.r.l. (ex INR - Istituto Ninetta Rosano s.r.l.)	08	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	20	2	22
		50	UTIC	5	0	5
		14	CHIRURGIA VASCOLARE	5	1	6
		09	CHIRURGIA GENERALE	20	2	22
		26	MEDICINA GENERALE	20	2	22
		38	OTORINOLARINGOIATRIA	10	1	11
3	Casa di Cura Arena s.r.l.	56	RIABILITAZIONE	26	4	30
		09	CHIRURGIA GENERALE	24	2	26
4	iGreco ospedali Riuniti s.r.l. (ex La Madonnina s.r.l.)	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	2	20
		38	OTORINOLARINGOIATRIA	5		5
5	iGreco ospedali Riuniti s.r.l. (ex Madonna della Catena)	56	RIABILITAZIONE	81	9	90
		75	RIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA'	18	0	18
6	iGreco ospedali Riuniti s.r.l. (ex Sacro Cuore s.r.l.)	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	34	2	36
		34	OCULISTICA	3	0	3
7	M.Misasi	56	RIABILITAZIONE	40	5	45
		60	LUNGODEGENZA	10	0	10
8	Casa di Cura San Francesco di Rao Rosina s.r.l.	56	RIABILITAZIONE	56	4	60
9	Casa di Cura Scarnati s.r.l.	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40	3	43

10	Casa di Cura Villa Del Sole s.r.l.	09	CHIRURGIA GENERALE	40	4	44
		56	RIABILITAZIONE	26	4	30
				597	66	663

Come si evince dalle tabelle nell'ASP di Cosenza al 2023 vi sono attivi 663 posti letto da strutture private accreditate, con 597 posti letto destinati ai ricoveri ordinari, e 66 posti letto in DH/DS.

Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri, nelle tabelle che seguono si evidenziano il numero delle SDO a consuntivo nel corso dell'ultimo triennio (2019/2021) e le prestazioni specialistiche ambulatoriali prodotte nelle strutture ospedaliere nello stesso periodo:

SINTESI RICOVERI P.O. PUBBLICI - 2020/2022											
Presidio	2020			2021			2022			Scostamento 2020/2021	Scostamento 2021/2022
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		
Cetraro	1.148	794	1.942	864	531	1.395	766	592	1.358	- 547	-37
Paola	2.370	436	2.806	2.622	350	2.972	2.673	514	3.187	166	215
Castrovillari	3.302	763	4.065	3.466	871	4.337	3.244	1.024	4.287	272	-69
Rossano	1.794	430	2.224	1.647	407	2.054	1.913	617	2.530	- 170	476
Corigliano	3.003	451	3.454	2.930	586	3.516	3.110	672	3.782	62	266
Trebisacce	116	-	116	131	-	131	143	-	143	15	12
Acri	537	121	658	688	66	754	721	101	822	96	68
S. Giovanni F.	402	14	416	366	7	373	295	7	302	- 43	-71
Praia a Mare	335	-	335	247	-	247	276	-	276	- 88	29
Totale	13.007	3.009	16.016	12.961	2.818	15.779				- 237	889

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE ESTERNA - OSPEDALI							
Struttura	N° prestazioni 2018	N° prestazioni 2019	N° prestazioni 2020	N° prestazioni 2021	N° prestazioni 2022	Scostamento 2020/2021	Scostamento 2021/2022
ACRI	233.426	239.557	161.017	170.178	176.331	9161	6153
CASTROVILLARI	329.396	382.935	208.760	335.186	377.170	126426	41984
CETRARO	134.974	138.917	104.242	109.574	105.853	5332	-3721
CORIGLIANO	133.614	202.801	166.261	123.439	144.591	-42822	21152
PAOLA	180.397	221.244	187.865	199.171	200.298	11306	1127
ROSSANO	291.520	313.474	251.116	215.568	222.032	-35548	6464
SAN GIOVANNI IN FIORE	201.187	199.318	147.218	162.151	177.006	14933	14855
PRAIA A MARE	125.961	134.490	141.925	197.049	187.667	55124	-9382
TREBISACCE	193.686	211.825	146.539	163.710	169.845	17171	6135
Totale	1.630.475	1.832.736	1.514.943	1.676.026	1.760.793	161083	84767

Nelle tabelle seguenti sono invece riportati i principali indicatori di attività analitici relativi ad ogni singolo Stabilimento ospedaliero, con il confronto e l'andamento nell'anno 2022 con il 2021, ultimi dati disponibili a consuntivo:

SPOKE CASTROVILLARI

Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri	Degenza a Totale	Degenza a Media	Tasso utilizzo	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medi	Valore SDO
-----------------------------	---	----------	---------------------	--------------------	-------------------	------------	-------------------	---------------------	--------------	------------

- SDO I006 - 2022		Ordinar i			Posti Letto				o DRG	
Ospedale civile ferrari - castrovillar i (180006- 18000600)	cardiologia 01 (180006- 00-08-01)	578	4.136	7,2	125,9 %	823	311	53,8%	1,9	3.784.387,0 0
	chirurgia generale 01 (180006-00-09-01)	479	2.886	6,0	46,5%	389	288	60,1%	1,1	1.525.035,0 0
	gastroenterologia 01 (180006-00-58-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale 01 (180006-00-26-01)	461	5.002	10,9	85,7%	38	4	0,9%	1,1	1.581.161,0 0
	nido 01 (180006-00-31- 01)	326	969	3,0	66,4%	0	0	0,0%	0,2	192.953,00
	ortopedia e traumatologia 01 (180006-00-36-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	562	2.123	3,8	36,4%	1.091	214	38,1%	0,5	879.168,00
	pediatria 01 (180006-00- 39-01)	356	1.727	4,9	47,3%	0	1	0,3%	0,4	530.081,00
	pneumologia 01 (180006- 00-68-01)	247	2.168	8,8	99,0%	92	1	0,4%	1,3	989.198,00
	reumatologia 01 (180006- 00-71-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	terapia intensiva 01 (180006-00-49-01)	38	461	12,1	21,1%	53	14	36,8%	3,7	492.080,00
	unità coronarica 01 (180006-00-50-01)	197	1.297	6,6	50,8%	297	97	49,2%	1,7	1.106.438,0 0
Totale 2022		3244	20769			2783	930			11.080.50 1

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
Ospedale Civile ferrari - castrovillari (180006- 18000600)	cardiologia 01 (180006-00-08-01)	642	4.665	7,3	142,0%	911	376	58,6%	2,0	4.507.701€
	chirurgia generale 01 (180006-00-09-01)	467	2.691	5,8	43,4%	425	295	63,2%	1,2	1.629.607€
	medicina generale 01 (180006-00-26-01)	482	4.324	9,0	74,0%	64	1	0,2%	1,1	1.648.107€
	nido 01 (180006-00- 31-01)	350	995	2,8	68,2%	0	0	0,0%	0,2	218.464€
	ortopedia e traumatologia 01 (180006-00-36-01)	31	169	5,5	11,6%	24	23	74,2%	1,2	121.300€
	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	631	2.516	4,0	43,1%	1.217	249	39,5%	0,6	993.667€
	pediatria 01 (180006- 00-39-01)	360	1.681	4,7	46,1%	0	0	0,0%	0,5	555.605€
	pneumologia 01 (180006-00-68-01)	267	2.096	7,9	95,7%	95	2	0,7%	1,3	1.071.627€
	terapia intensiva 01 (180006-00-49-01)	41	241	5,9	11,0%	44	6	14,6%	2,5	301.781€
	unità coronarica 01 (180006-00-50-01)	195	1.245	6,4	48,7%	240	86	44,1%	1,6	992.954€
Totale 2021		3466	20623			3020	1038			12.040.813

Stabiliment o Ospedalier o - SDO I006 -	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricover i DH Attivati	Ricover i DH Conclus i	Access i Totali	Access i Medi	Tasso Utilizz o Posti Letto	% DH su Totale Ricover i	Intervent i	DRG Chirurgic i	% DRG Chirurgic i	Peso Medi o	Valore SDO
---	--	-----------------------------	---------------------------------	--------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------	-----------------------	-------------------------	-------------------	---------------

2022 DH - DS												
ospedale civile ferrari – castrovillari (180006-18000600)	day hospital 01 (180006-00-02-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180006-00-98-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	gastroenterologia 01 (180006-00-58-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oculistica 01 (180006-00-34-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oncologia 01 (180006-00-64-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia e traumatologia 01 (180006-00-36-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	cardiologia 01 (180006-00-08-01)	142	142	300	2,1		20%	118	117	82,4%	1,3	289.473€
	chirurgia generale 01 (180006-00-09-01)	283	283	518	1,8		37%	182	162	57,2%	0,6	220.829€
	medicina generale 01 (180006-00-26-01)	127	127	470	3,7		22%	21	0	0,0%	0,9	102.676€
	nido 01 (180006-00-31-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	285	285	555	1,9		33%	112	108	37,9%	0,4	194.265€
	pediatria 01 (180006-00-39-01)	12	12	32	2,7		3%	0	0	0,0%	0,5	6.703€
	pneumologia 01 (180006-00-68-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	reumatologia 01 (180006-00-71-01)	175	175	959	5,5		100%	0	0	0,0%	1,2	259.789€
	terapia intensiva 01 (180006-00-49-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (180006-00-50-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale DH 2022		1024	1024	2834				433	387			1.073.735

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
Ospedale	cardiologia 01 (180006-00-08-01)	121	121	345	2,9		16%	97	97	80,2%	1,0	192.504 €

civile ferrari castrovillar i (180006- 18000600)	chirurgia generale 01 (180006-00-09- 01)	219	219	410	1,9		32%	144	131	59,8%	0,7	177.385 €
	day hospital 01 (180006-00-02-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180006-00-98-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	gastroenterologia 01 (180006-00-58- 01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180006-00-26- 01)	110	110	415	3,8		19%	7	0	0,0%	0,9	90.374€
	nido 01 (180006- 00-31-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oculistica 01 (180006-00-34-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oncologia 01 (180006-00-64-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia e traumatologia 01 (180006-00-36-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	266	266	603	2,3		30%	98	95	35,7%	0,4	190.539 €
	pediatria 01 (180006-00-39-01)	17	17	58	3,4		5%	0	0	0,0%	0,6	12.226€
	pneumologia 01 (180006-00-68-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	reumatologia 01 (180006-00-71-01)	138	138	806	5,8		100%	0	0	0,0%	1,2	219.322 €
	terapia intensiva 01 (180006-00-49- 01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (180006-00-50- 01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale DH 2021		871	871	2637				346	323			882.35 0

SPOKE CETRARO PAOLA

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 – 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale cetraro (180012- 18001201)	lungodegenti 01 (180012-01-60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale 01 (180012-01-26-01)	5	417	83,4	11,4%	1	0	0,0%	0,9	49.124,00
	medicina generale 03 (180012-01-26-03)	207	3.080	14,9	38,4%	24	3	1,4%	1,1	776.563,00
	neurologia 01 (180012- 01-32-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	nido 01 (180012-01-31- 01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	oculistica 01 (180012-01- 34-01)	1	76	76,0	0,0%	1	1	100,0%	0,6	13.943,00
	ostetricia e ginecologia 01 (180012-01-37-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	pediatria 01 (180012-01- 39-01)	363	2.050	5,6	46,8%	65	0	0,0%	0,5	557.244,00
	pneumologia 01 (180012- 01-68-01)	1	22	22,0	0,2%	0	0	0,0%	1,2	3.802,00
	psichiatria 01 (180012- 01-40-01)	119	2.105	17,7	72,1%	0	0	0,0%	0,7	230.956,00
	terapia intensiva 01 (180012-01-49-01)	45	961	21,4	43,9%	5	5	11,1%	2,0	341.306,00

	urologia 01 (180012-01-43-01)	25	88	3,5	4,0%	20	20	80,0%	0,7	44.585,00
Totale ordinari 2022		766	8799			116	29			2.017.523

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale cetraro (180012-18001201)	lungodegenti 01 (180012-01-60-01)	30	890	29,7	20,3%	13	0	0,0%	1,4	131.886€
	medicina generale 01 (180012-01-26-01)	178	3.332	18,7	91,3%	70	8	4,5%	1,5	930.047€
	medicina generale 03 (180012-01-26-03)	54	987	18,3	12,3%	4	0	0,0%	1,6	305.890€
	nido 01 (180012-01-31-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	ostetricia e ginecologia 01 (180012-01-37-01)	1	7	7,0	0,1%	0	0	0,0%	0,4	725€
	pediatria 01 (180012-01-39-01)	329	1.552	4,7	35,4%	94	1	0,3%	0,5	478.934€
	pneumologia 01 (180012-01-68-01)	56	1.177	21,0	10,7%	5	0	0,0%	1,6	332.824€
	psichiatria 01 (180012-01-40-01)	127	1.934	15,2	66,2%	0	0	0,0%	0,7	232.771€
	terapia intensiva 01 (180012-01-49-01)	61	743	12,2	33,9%	9	1	1,6%	2,0	434.516€
	urologia 01 (180012-01-43-01)	28	138	4,9	6,3%	32	18	64,3%	0,7	53.839€
Totale ordinari 2021		864	10760			227	28			2.901.432

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attive	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale cetraro (180012-18001201)	cardiologia 01 (180012-01-08-01)	82	82	298	3,6		100%	0	0	0,0%	0,7	60.761€
	day hospital 01 (180012-01-02-01)	2	2	12	6,0		100%	2	2	100,0%	0,9	3.230€
	medicina generale 01 (180012-01-26-01)	62	62	320	5,2		93%	25	0	0,0%	0,9	75.417€
	medicina generale 03 (180012-01-26-03)	24	24	30	1,3		10%	0	0	0,0%	0,6	6.456€
	oculistica 01 (180012-01-34-01)	117	117	397	3,4		99%	108	105	89,7%	0,8	170.343€
	pediatria 01 (180012-01-39-01)	261	261	613	2,3		42%	6	1	0,4%	0,5	120.583€
	pneumologia 01 (180012-01-68-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	psichiatria 01 (180012-01-40-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	terapia intensiva 01 (180012-01-49-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€

urologia 01 (180012-01-43-01)	44	44	78	1,8	64%	27	24	54,5%	0,5	28.921€
Totale DH/DS 2022	592	592	1748			168	132			465.711

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale cetraro (180012-18001201)	cardiologia 01 (180012-01-08-01)	41	41	144	3,5		100%	0	0	0,0%	0,7	29.688€
	chirurgia generale 01 (180012-01-09-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day hospital 01 (180012-01-02-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180012-01-98-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	lungodegenti 01 (180012-01-60-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180012-01-26-01)	91	91	368	4,0		34%	27	0	0,0%	0,8	80.798€
	medicina generale 03 (180012-01-26-03)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	neurologia 01 (180012-01-32-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oculistica 01 (180012-01-34-01)	68	68	231	3,4		100%	62	61	89,7%	0,8	99.605€
	ostetricia e ginecologia 01 (180012-01-37-01)	12	12	31	2,6		92%	6	6	50,0%	0,8	12.553€
	pediatria 01 (180012-01-39-01)	241	241	670	2,8		42%	0	0	0,0%	0,5	128.778€
	pneumologia 01 (180012-01-68-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	psichiatria 01 (180012-01-40-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	terapia intensiva 01 (180012-01-49-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	urologia 01 (180012-01-43-01)	78	78	180	2,3		74%	9	13	16,7%	0,6	49.485€
Totale DH/DS 2022		531	531	1624				104	80			400.907

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
--	--	-------------------	----------------	---------------	----------------------------	------------	----------------	------------------	----------------	------------

ospedale paola (180012- 18001202)	cardiologia 02 (180012-02-08-02)	243	1.715	7,1	85,4%	125	17	7,0%	1,0	718.453,00
	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	624	4.296	6,9	107,0%	685	310	49,7%	1,2	2.325.708,00
	medicina generale 02 (180012-02-26-02)	840	7.164	8,5	81,8%	111	9	1,1%	1,3	3.370.105,00
	oncologia 02 (180012-02-64-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ortopedia e traumatologia 02 (180012-02-36-02)	614	3.911	6,4	107,2%	821	570	92,8%	1,5	3.447.306,00
	unità coronarica 02 (180012-02-50-02)	352	2.599	7,4	94,9%	328	113	32,1%	1,5	1.635.419,00
Totale Ordinari 2022		2673	19685			2070	1019			11.496.991

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale paola (180012- 18001202)	cardiologia 02 (180012-02-08-02)	415	3.219	7,8	110,2%	228	90	21,7%	1,2	1.565.409€
	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	533	3.733	7,0	93,0%	397	259	48,6%	1,0	1.513.576€
	medicina generale 02 (180012-02-26-02)	947	7.841	8,3	89,5%	195	26	2,7%	1,3	3.865.508€
	ortopedia e traumatologia 02 (180012-02-36-02)	491	3.585	7,3	98,2%	503	452	92,1%	1,5	2.692.039€
	unità coronarica 02 (180012-02-50-02)	234	1.848	7,9	84,4%	119	44	18,8%	1,2	872.195€
Totale Ordinari 2021		2620	20226			1442	871			10.508.727

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
Ospedale paola (180012- 18001202)	cardiologia 02 (180012-02-08-02)	34	34	65	1,9		8%	0	0	0,0%	0,8	13.843€
	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	48	48	84	1,8		8%	34	21	43,8%	0,8	43.049€
	day surgery 02 (180012-02-98-02)	3	3	3	1,0		60%	2	2	66,7%	0,8	3.677€
	medicina generale 02 (180012-02-26-02)	177	177	383	2,2		16%	1	0	0,0%	0,7	79.631€
	oncologia 02 (180012-02-64-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia e traumatologia 02 (180012-02-36-02)	88	88	116	1,3		15%	82	81	92,0%	0,9	143.200€
	unità coronarica 02 (180012-02-50-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale DH/DS 2022		350	350	651				119	104			283.400

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale paola	cardiologia 02 (180012-02-08-02)	181	181	356	2,0		43%	1	0	0,0%	0,7	74.080€

(180012-18001202)	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	51	51	115	2,3	8%	53	33	64,7%	1,0	57.810€
	medicina generale 02 (180012-02-26-02)	196	196	413	2,1	19%	1	1	0,5%	0,7	86.135€
	ortopedia e traumatologia 02 (180012-02-36-02)	86	86	110	1,3	12%	81	81	94,2%	0,9	140.669€
	unità coronarica 02 (180012-02-50-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2021	514	514	994			136	115			358.694

SPOKE CORIGLIANO ROSSANO

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale rossano (180010-18001002)	astanteria 02 (180010-02-51-02)	5	128	25,6	0,0%	1	0	0,0%	1,6	34.129,00
	cardiologia 01 (180010-02-08-01)	195	1.793	9,2	28,9%	18	6	3,1%	0,9	531.891,00
	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	534	4.149	7,8	66,9%	700	382	71,5%	1,5	2.553.277,00
	lungodegenti 01 (180010-02-60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale 02 (180010-02-26-02)	330	6.645	20,1	101,1%	101	3	0,9%	1,3	1.527.064,00
	nefrologia 01 (180010-02-29-01)	178	1.974	11,1	60,1%	123	13	7,3%	1,2	692.694,00
	oncologia 01 (180010-02-64-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ortopedia e traumatologia 01 (180010-02-36-01)	451	3.043	6,7	52,1%	405	359	79,6%	1,2	1.803.933,00
	otorinolaringoiatria 02 (180010-02-38-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	recupero riabilitazione funzionale 02 (180010-02-56-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	terapia intensiva 01 (180010-02-49-01)	54	809	15,0	36,9%	89	13	24,1%	2,7	522.417,00
	unità coronarica 01 (180010-02-50-01)	166	1.141	6,9	62,5%	18	10	6,0%	0,9	438.009,00
	Totale ordinari 2022	1913	19682			1455	786			8.103.414

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo P.L.	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale rossano (180010-18001002)	cardiologia 01 (180010-02-08-01)	257	2.392	9,3	38,5%	8	6	2,3%	1,0	732.455€
	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	463	3.830	8,3	61,7%	577	285	61,6%	1,5	2.326.984€
	medicina generale 02 (180010-02-26-02)	245	5.509	22,5	83,9%	28	1	0,4%	2,0	1.754.891€
	nefrologia 01 (180010-02-29-01)	177	1.939	11,0	59,0%	127	13	7,3%	1,2	697.149€
	ortopedia e traumatologia 01 (180010-02-36-01)	449	2.650	5,9	45,4%	413	363	80,8%	1,3	1.830.880€

Recupero riabilitazione funzionale 02 (180010-02-56-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0	0,0	0€
terapia intensiva 01 (180010-02-49-01)	54	895	16,6	40,9%	101	18	33,3%	753.015€
unità coronarica 01 (180010-02-50-01)	1	1	1,0	0,1%	0	0	0,0%	215€
Totale ordinari 2021	1646	17216			1254	686		8.095.589

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
Ospedale rossano (180010-18001002)	cardiologia 01 (180010-02-08-01)	22	22	31	1,4		8%	18	18	81,8%	1,0	30.971€
	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	236	236	347	1,5		34%	165	114	48,3%	0,8	197.885€
	day hospital 02 (180010-02-02-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 02 (180010-02-98-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 02 (180010-02-26-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	nefrologia 01 (180010-02-29-01)	16	16	52	3,3		8%	11	3	18,8%	1,2	18.998€
	oncologia 01 (180010-02-64-01)	4	4	11	2,8		100%	0	0	0,0%	0,7	2.124€
	ortopedia e traumatologia 01 (180010-02-36-01)	113	113	302	2,7		20%	77	75	66,4%	0,9	156.673€
	otorinolaringoiatria 02 (180010-02-38-02)	16	16	51	3,2		94%	16	12	75,0%	0,9	21.973€
	terapia intensiva 01 (180010-02-49-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (180010-02-50-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2022	407	407	794				287	222			428.624

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
Ospedale rossano (180010-18001002)	astanteria 02 (180010-02-51-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	cardiologia 01 (180010-02-08-01)	15	15	29	1,9		7%	15	12	80,0%	1,0	21.552€
	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	333	333	609	1,8		38%	171	151	45,3%	0,8	295.824 €
	medicina generale 02 (180010-02-26-02)	148	148	165	1,1		31%	139	0	0,0%	0,7	36.258€
	nefrologia 01 (180010-02-29-01)	11	11	45	4,1		6%	1	1	9,1%	1,0	12.961€
	oncologia 01 (180010-02-64-01)	6	6	22	3,7		100%	0	0	0,0%	0,5	3.403€
	ortopedia e traumatologia 01 (180010-02-36-01)	93	93	147	1,6		17%	75	69	74,2%	0,8	124.834 €
	otorinolaringoiatria 02 (180010-02-38-02)	11	11	26	2,4		100%	14	9	81,8%	0,9	14.795€
	terapia intensiva 01 (180010-02-49-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (180010-02-50-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2021	617	617	1043				415	242			509.627

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
Ospedale corigliano (180010-18001001)	chirurgia generale 02 (180010-01-09-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale 01 (180010-01-26-01)	638	7.660	12,0	75,0%	42	3	0,5%	1,1	1.982.199,00
	neurologia 01 (180010-01-32-01)	241	1.831	7,6	62,7%	0	0	0,0%	0,9	630.706,00
	nido 01 (180010-01-31-01)	741	1.954	2,6	133,8%	167	0	0,0%	0,4	1.279.967,00
	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	1.090	3.352	3,1	36,7%	1.908	412	37,8%	0,6	1.672.540,00
	pediatria 01 (180010-01-39-01)	287	1.099	3,8	25,1%	111	0	0,0%	0,5	424.932,00
	psichiatria 01 (180010-01-40-01)	113	1.606	14,2	55,0%	0	0	0,0%	0,7	211.289,00
	urologia 01 (180010-01-43-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
Totale ordinari 2022		3110	17502			2228	415			6.201.633

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale corigliano (180010-18001001)	chirurgia generale 02 (180010-01-09-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale 01 (180010-01-26-01)	584	7.247	12,4	70,9%	37	6	1,0%	1,1	1.854.035€
	neurologia 01 (180010-01-32-01)	215	1.662	7,7	56,9%	1	0	0,0%	1,0	622.907€
	nido 01 (180010-01-31-01)	734	2.026	2,8	138,8%	41	0	0,0%	0,4	1.387.600€
	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	1.037	3.346	3,2	36,7%	2.106	412	39,7%	0,6	1.636.049€
	pediatria 01 (180010-01-39-01)	262	953	3,6	21,8%	5	1	0,4%	0,5	398.443€
	psichiatria 01 (180010-01-40-01)	98	1.253	12,8	42,9%	0	0	0,0%	0,7	174.602€
	urologia 01 (180010-01-43-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
Totale ordinari 2021		2930	16487			2190	419			6.073.636

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivi	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale corigliano (180010-18001001)	chirurgia generale 02 (180010-01-09-02)	19	19	28	1,5		100%	26	14	73,7%	0,8	23.958€
	medicina generale 01 (180010-01-26-01)	180	180	522	2,9		22%	1	16	8,9%	0,7	130.700€



	neurologia 01 (180010-01-32-01)	48	48	283	5,9		17%	0	0	0,0%	0,8	54.529€
	nido 01 (180010-01-31-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia ginecologia 01 (180010-01-37-01)	290	290	545	1,9		21%	104	85	29,3%	0,5	188.104€
	pediatria 01 (180010-01-39-01)	135	135	199	1,5		32%	55	2	1,5%	0,5	46.470€
	psichiatria 01 (180010-01-40-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2022	672	672	1577				186	117			443.761

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricove ri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale corigliano (180010- 18001001)	chirurgia generale 02 (180010-01-09-02)	55	55	79	1,4		100%	58	33	60,0%	0,8	59.367€
	day hospital 01 (180010- 01-02-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180010- 01-98-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180010-01-26-01)	151	151	575	3,8		21%	1	9	6,0%	0,8	134.340€
	neurologia 01 (180010- 01-32-01)	33	33	162	4,9		13%	0	0	0,0%	0,8	31.975€
	nido 01 (180010-01- 31-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia e ginecologia 01 (180010- 01-37-01)	292	292	596	2,0		22%	91	88	30,1%	0,5	191.818€
	pediatria 01 (180010-01- 39-01)	55	55	100	1,8		17%	10	0	0,0%	0,4	20.348€
	psichiatria 01 (180010- 01-40-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	urologia 01 (180010-01- 43-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2021	586	586	1512				160	130			437.848

OSPEDALE DI ACRI

Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
-----------------------------	--	----------------------	-------------------	------------------	-------------------	------------	-------------------	---------------------	----------------------	------------

- SDO I006 - 2022					Posti Letto					
p.o.beato angelico (180011- 18001100)	chirurgia generale 01 (180011-00-09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	day surgery 01 (180011-00-98-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	lungodegenti 01 (180011-00-60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale 01 (180011-00-26-01)	659	6.081	9,2	104,1%	10	4	0,6%	0,9	1.643.227,00
	medicina generale 02 (180011-00-26-02)	62	1.249	20,1	21,4%	0	0	0,0%	1,3	259.380,00
	ostetricia e ginecologia 01 (180011-00-37-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
Totale ordinari 2022		721	7330			10	4			1.902.607

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011- 18001100)	chirurgia generale 01 (180011-00-09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	lungodegenti 01 (180011-00-60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale 01 (180011-00-26-01)	609	5.221	8,6	89,4%	12	2	0,3%	0,9	1.545.088€
	medicina generale 02 (180011-00-26-02)	79	1.946	24,6	33,3%	2	0	0,0%	1,4	385.806€
Totale ordinari 2021		688	7167			14	2			1.930.894

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Rico veri DH Attiv ati	Rico veri DH Con clusi	Acce ssi Total i	Acce ssi Medi	Tass o Utiliz zo Post i Lett o	% DH su Totale Ricove ri	Inter vent i	DRG Chirur gici	% DRG Chirur gici	Pes o Me dio	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011- 18001100)	day surgery 01 (180011-00- 98-01)	1	1	2	2,0		100%	0	0	0,0%	0,4	358€
	medicina generale 01 (180011-00-26-01)	75	75	461	6,1		10%	0	0	0,0%	0,8	98.281€
	medicina generale 02 (180011-00-26-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Ostetricia/ginecologia 01 (180011-00-37-01)	25	25	49	2,0		100%	2	19	76,0%	0,5	21.514€
Totale DH/DS 2022		101	101	512				2	19			120.153

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Rico veri DH Attiv ati	Rico veri DH Con clusi	Acce ssi Total i	Acce ssi Medi	Tasso Utilizz o Posti Letto	% DH su Tota le Rico veri	Interve nti	DRG Chiru rgici	% DRG Chirur gici	Peso Med io	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011- 18001100)	chirurgia generale 01 (180011-00-09-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180011-00- 98-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180011-00-26-01)	61	61	325	5,3		9%	1	0	0,0%	0,9	71.316€
	medicina generale 02 (180011-00-26-02)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€

	Ostetricia/ginecologia 01 (180011-00-37-01)	5	5	17	3,4		100 %	1	4	80,0%	0,7	7.247€
	Totale DH/DS 2021	66	66	342				2	4			78.563

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIORE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale civile SGF (180015-18001500)	chirurgia generale 01 (180015-00-09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	lungodegenti 01 (180015-00-60-01)	2	52	26,0	0,9%	0	0	0,0%	0,9	8.008,00
	medicina generale 01 (180015-00-26-01)	293	2.627	9,0	36,0%	9	0	0,0%	0,9	689.607,00
	Totale Ordinari 2022	295	2679			9	0			697.615

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale civile SGF (180015-18001500)	lungodegenti 01 (180015-00-60-01)	3	88	29,3	1,6%	0	0	0,0%	1,2	13.552€
	medicina generale 01 (180015-00-26-01)	363	3.497	9,6	47,9%	23	0	0,0%	0,9	860.927€
	Totale Ordinari 2022	366	3585			23	0			874.479

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile SGF (180015-18001500)	chirurgia generale 01 (180015-00-09-01)	3	3	3	1,0		100%	3	2	66,7%	0,7	2.974€
	lungodegenti 01 (180015-00-60-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180015-00-26-01)	4	4	12	3,0		1%	0	0	0,0%	0,9	2.592€
	Totale DH/DS 2022	7	7	15				3	2			5.666

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	Tasso Utilizzo Posti Letto	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile SGF (180015-00-09-01)	chirurgia generale 01 (180015-00-09-01)	0	0	0	0,0		0%	0	0	0,0%	0,0	0€

(180015-18001500)	day hospital 01 (180015-00-02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (180015-00-98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	lungodegenti 01 (180015-00-60-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (180015-00-26-01)	7	7	32	4,6	2%	2	0	0,0%	0,9	7.034€
	ostetricia e ginecologia 01 (180015-00-37-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale DH/DS 2021		7	7	32			2	0			7.034

OSPEDALE DI PRAIA A MARE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o. praia a mare (180008-18000800)	medicina generale 01 (180008-00-26-01)	276	4.000	14,5	54,8%	32	2	0,7%	0,9	743.276,00

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o. praia a mare (180008-18000800)	medicina generale 01 (180008-00-26-01)	247	4.232	17,1	58,0%	35	2	0,8%	1,0	791.992,00€

OSPEDALE DI TREBISACCE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o. trebisacce (180016-18001600)	lungodegenti 01 (180016-00-60-01)	143	2.017	14,1	27,6%	2	1	0,7%	1,0	310.618,00

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2021	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o. trebisacce (180016-18001600)	lungodegenti 01 (180016-00-60-01)	131	1.867	14,3	25,6%	1	1	0,8%	1,0	287.518€

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera, distinta per presidio e relativi all'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2022 sul 2021. Gli indicatori riportati sono da riferire ai dati complessivi per singolo Presidio Ospedaliero:
Sintesi dei dati di produzione ospedaliera più significativi

P.O. Castrovillari	Ricoveri Ordinari	Diff.	Ricoveri DH/DS	Diff.
--------------------	-------------------	-------	----------------	-------

Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	3.466	3.244	- 222	871	1.024	153
Degenza/Accessi	20.623	20.769	146	2.637	2.834	197
Interventi	3.020	2.783	- 237	346	433	87
DRG Chirurgici	1.038	930	- 108	323	387	64
Valore DRG	12.040.813	11.080.501	- 960.312	882.350	1.073.735	191.385

P.O. Cetraro	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	864	766	- 98	531	592	61
Degenza/Accessi	10.760	8.799	- 1.961	1.624	1.748	124
Interventi	227	116	- 111	104	168	64
DRG Chirurgici	28	29	1	80	132	52
Valore DRG	2.901.432	2.017.523	- 883.909	400.907	465.711	64.804

P.O. Paola	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	2.620	2.673	53	514	350	- 164
Degenza/Accessi	20.226	19.685	- 541	994	651	- 343
Interventi	1.442	2.070	628	136	119	- 17
DRG Chirurgici	871	1.019	148	115	104	- 11
Valore DRG	10.508.727	11.496.991	988.264	358.694	283.400	- 75.294

P.O. Rossano	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	1.646	1.913	267	617	407	- 210
Degenza/Accessi	17.216	19.682	2.466	1.043	794	- 249
Interventi	1.254	1.455	201	415	287	- 128
DRG Chirurgici	686	786	100	242	222	- 20
Valore DRG	8.095.589	8.103.414	7.825	509.627	428.624	- 81.003

P.O. Corigliano	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	2.930	3.110	180	586	672	86
Degenza/Accessi	16.487	17.502	1.015	1.512	1.577	65
Interventi	2.190	2.228	38	160	186	26
DRG Chirurgici	419	415	- 4	130	117	- 13
Valore DRG	6.073.636	6.201.633	127.997	437.848	443.761	5.913

P.O. Acri	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	688	721	33	66	101	35
Degenza/Accessi	7.167	7.330	163	342	512	170
Interventi	14	10	- 4	2	2	-

DRG Chirurgici	2	4	2	4	19	15
Valore DRG	1.930.894	1.902.607	- 28.287	78.563	120.153	41.590

P.O. S. Giovanni F.	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	366	295	- 71	7	7	-
Degenza/Accessi	3.585	2.679	- 906	32	15	- 17
Interventi	23	9	- 14	2	3	1
DRG Chirurgici	-	-	-	-	2	2
Valore DRG	874.479	697.615	- 176.864	7.034	5.666	- 1.368

P.O. Praia a Mare	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	247	276	29	-	-	-
Degenza/Accessi	4.232	4.000	- 232	-	-	-
Interventi	35	32	- 3	-	-	-
DRG Chirurgici	2	2	-	-	-	-
Valore DRG	791.992	743.276	- 48.716	-	-	-

P.O. Trebisacce	Ricoveri Ordinari		Diff.	Ricoveri DH/DS		Diff.
Anno	2021	2022	Diff.22/21	2021	2022	Diff.22/21
Ricoveri	131	143	12	-	-	-
Degenza/Accessi	1.867	2.017	150	-	-	-
Interventi	1	2	1	-	-	-
DRG Chirurgici	1	1	-	-	-	-
Valore DRG	287.519	310.618	23.099	-	-	-

Le tabelle di attività soprariportate sono riferite alle prestazioni di ricovero erogate da ogni singolo presidio ospedaliero. Dai dati si evidenzia che per i P.O. di Castrovillari e Cetraro i ricoveri ordinari nell'anno 2022 sono diminuiti rispetto al 2021, così come gli interventi chirurgici e di conseguenza i ricavi diminuiscono di circa 900.000 euro per entrambi i P.O. Al contrario si registra un incremento dei ricoveri in DH/DS, e degli interventi, con i ricavi che si incrementano di 191.385 euro per Castrovillari, e di 64.804 euro per Cetraro, nel 2022 sul 2021.

Per quanto riguarda il P.O. di Paola e quello di Rossano, si registra un incremento dei ricoveri ordinari in entrambi, con incremento degli interventi chirurgici e dei ricavi; questi ultimi aumentano di euro 988.264 per Paola e quasi stabili per Rossano; in entrambi i presidi vi è una riduzione dei ricoveri in DH/DS, con una riduzione dei ricavi di circa 80.000 euro nel 2022 sul 2021.

Contrariamente per il P.O. di Corigliano si registra un incremento sia dei ricoveri ordinari che in DH/DS, sia degli interventi chirurgici che dei ricavi.

Anche per l'ospedale di Acri si registra un incremento dei dati di ricovero ordinari e diurni, con soltanto una lieve riduzione dei ricavi in ordinario di euro 28.000 circa.

I dati relativi ai P.O. di San Giovanni in Fiore e Praia evidenziano una tendenza alla riduzione dei ricoveri nel complesso, mentre un incremento lieve dei ricoveri nel 2022 sul 2021 si registra per il P.O. di Trebisacce.

Per i dati di ogni singolo reparto è opportuno consultare i dati riportati nelle tabelle analitiche riportate nello stato di fatto.

Di seguito si riportano invece gli indicatori relativi agli interventi per parto cesareo e per fratture di femore nei soggetti di età superiore ai 65 anni, obiettivo regionale oltre che nazionale.

Tabella relativa al numero e % di parti cesarei totali

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Istituto Ricovero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	N. Parti Cesarei	N. Parti	% Parti Cesarei	Scostamento Da Anno Precedente
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	143	387	36,95%	-5,55%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	228	726	31,40%	-0,65%

Tabella relativa al numero e % sui primi parti cesarei

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Istituto Ricovero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	N. Parti Cesarei Primari	N. Parti nessun Pregresso Cesareo	% Parti Cesarei Primari (Soglie LEA 2015-2016)	Scostamento Anno Precedente
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	92	334	27,54	-6,90%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	127	619	20,52	-0,83%

Nelle tabelle precedenti sono riportati i dati relative al numero dei parti cesarei totali e quelli primari rispetto all'anno precedente; dai dati riportati si evince che la percentuale di parti cesarei totale nel 2022 si è ridotta di 5,55 punti % per la Ostetricia e Ginecologia di Castrovillari, e dello 0,65% per la Ostetricia e ginecologia di Corigliano; anche per i parti cesarei primari si registra una tendenza alla riduzione con una diminuzione dello 0,83% per la ostetricia di Corigliano, e del 6,90% per la ostetricia e ginecologia di Castrovillari. A partire dal 1985, la comunità medica internazionale ha ritenuto che il tasso ideale di tagli cesari dovesse essere compreso tra il 10% e il 15%, e comunque il valore target normale indicato dall'Agenas è =< al 20%; l'ASP nel 2022 rientra nello scostamento minimo indicato dall'Agenas (20-26%) .

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori riferiti all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei; per il triennio 2020, 2021 e 2022, i dati di attività relativi al numero di nati e numero di parti cesarei sono riportati nella seguente tabella:

PARTI CESAREI PUNTI NASCITA PUBBLICI ASP - TRIENNIO 2020/2021/2022								
Struttura	Totale parti cesarei 2020	Totale parti cesarei 2021	Totale parti cesarei 2022	Incidenza cesarei su nati 2020	Incidenza cesarei su nati 2021	Incidenza a cesarei su nati 2022	Scostam. % cesarei su nati 2021/2020	Scostam. % cesarei su nati 2022/2021
P.O.CASTROVILLARI	213	190	143	46,0%	42,5%	36,95%	-3,49%	- 5,55
P.O. CETRARO **	0	0	0	0,0%	0,0%	0	0,00%	0
P.O. CORIGLIANO	246	234	228	35,8%	32,1%	31,40%	-3,75%	- 0,65

Totale	459	424	371	39,9%	35,9%	33,1%	-4,03%	- 3,10
--------	-----	-----	-----	-------	-------	-------	--------	--------

** Il Punto Nascita del PO di Cetraro risulta chiuso da Agosto 2019.

Dalla tabella si evince che l'andamento degli indicatori per i parti cesarei, sia totali che per i primi cesarei, presentano una tendenza al decremento costante, pari a meno 4,03% nel 2021 sul 2020, e meno 3,10% nel 2022 rispetto al 2021, con una riduzione complessiva aziendale nell'ultimo biennio dei parti cesarei totali pari ad oltre il 7%;

Nella seguente tabella sono riportati invece gli indicatori ed i dati 2020, 2021 e 2022 sul rapporto tra parti cesarei e primi parti cesarei:

PRIMI PARTI CESAREI PUNTI NASCITA PUBBLICI ASP - BIENNIO 2019/2020 /2022								
Struttura/P.O.	Totale primi cesarei 2020	Totale primi cesarei 2021	Totale primi cesarei 2022	Incidenza primi cesarei 2020	Incidenza primi cesarei 2021	Incidenza primi cesarei 2022	Scostam. primi % cesarei 2021/2020	Scostam. primi % cesarei 2022/2021
CASTROVILLARI	152	134	92	38,10%	34,45%	27,54%	-3,65%	- 6,90%
CETRARO **	0	0	0	-	-	0	0	
CORIGLIANO	146	133	127	25,17%	21,35%	20,52%	-3,82%	- 0,83%
Totale	298	267		30,40%	27,90%	24,03%	- 2,50%	- 3,86%

** Il Punto Nascita del PO di Cetraro risulta chiuso da Agosto 2019.

Dalla tabella si evince stesso discorso per i primi parti cesarei, che si sono ridotti nel 2021 del 2,50% complessivo sul 2020, e di un ulteriore 3,86% nel 2022 rispetto al 2021; la riduzione complessiva nelle strutture aziendali nell'ultimo biennio è stata per i primi cesarei pari al 6,36%.

Si riportano, nella tabella seguente, i dati relative agli interventi per frattura di femore nei soggetti con 65 anni e più sottoposti ad intervento entro le 48 ore.

Tabella relativa al numero e % di assistiti (età 65+) con diagnosi frattura femore entro 48 ore.

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Assistiti (età 65+) con diagnosi frattura femore operati entro 2 gg in regime ordinario	Assistiti (età 65+) con diagnosi frattura femore in regime ordinario	% Assistiti (età 65+) con diagnosi frattura femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LEA 2015)	% Assistiti (età 65+) con diagnosi frattura femore operati entro 2 gg in regime ordinario (LEA 2016- 2017)
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale rossano (180010- 18001002)	ortopedia e traumatologia 01 (180010- 02-36-01)	79	133	59,40%	59,40%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale paola (180012- 18001202)	ortopedia e traumatologia 02 (180012- 02-36-02)	140	224	62,50%	62,50%

Nella tabella sono riportati i dati della percentuale di assistiti ultrasessantacinquenni che vengono operati entro 2 gg. in regime ordinario con diagnosi di frattura di femore, i cui dati sono nettamente migliorati superando come Azienda il valore target => 55% indicato dall'Agens quale percentuale di pazienti operati entro i 2 giorni; infatti per l'ortopedia di Rossano l'indicatore per l'anno 2022 è pari al 59,40% , mentre per l'ortopedia di Paola l'indicatore è pari al 62,50% con una media del 60,95% aziendale, a fronte del 52,9% del 2021.

Di seguito si riportano due tabelle riassuntive relative al sul numero di accessi effettuati da pazienti presso le postazioni di Pronto soccorso (PS) e di Punti di Primo Intervento (PPI), nonché il numero delle prestazioni erogate dalle stesse postazioni nel 2022 rispetto al 2021, 2020, 2019 ed al 2018:

ACCESSI P.S. E P.P.I. Anni 2018-2022									
Presidio	Tipo Servizio	N° accessi 2018	N° accessi 2019	N° accessi 2020	N° accessi 2021	N° accessi 2022 psweb	Scostamento 2020/2019	Scostamento 2021/2020	Scostamento 2022/2021
ACRI	PS	8.856	9.050	6.683	6.406	7.226	-2.367	-277	820
CASTROVILLARI	PS	18.108	17.591	11.921	11.787	13.086	-5.670	-134	1.299
CETRARO	PS	17.104	16.141	8.450	9.404	10.068	-7.691	954	664
CORIGLIANO	PS	17.648	17.451	11.571	11.976	15.047	-5.880	405	3.071
PAOLA	PS	13.086	12.581	9.644	10.730	11.940	-2.937	1.086	1.210
ROSSANO	PS	18.765	18.754	12.835	11.612	16.020	-5.919	-1.223	4.408
SGF	PS	6.539	6.370	4.669	4.178	4.133	-1.701	-491	-45
PRAIA A MARE	PS	6.633	6.417	4.699	4.879	5.432	-1.718	180	553
TREBISACCE	PS	8.459	8.114	5.219	5.880	6.602	-2.895	661	722
CARIATI	PPI	8.664	9.147	6.175	7.019	7.395	-2.972	844	376
LUNGRO	PPI			285	0	0	285	-285	0
SAN MARCO	PPI	3.287	3.241	2.289	2.795	3.116	-952	506	321
Totale		127.149	124.857	84.440	86.666	100.065	-40.417	2.226	13.399

Dalla tabella si evince che gli accessi ai pronto soccorso aziendali sono complessivamente aumentati di 12.702 casi nel 2022 rispetto al 2021, passando dai 76.852 casi del 2021 agli 89.554 casi del 2022. L'incremento si registra coerentemente in tutti pronto soccorso di tutti i presidi ospedalieri presenti in Azienda, se si eccettua una riduzione di 45 casi per SGF. Anche gli accessi ai CAP/Cds si sono incrementati di 697 casi in più nel 2022.

Pertanto i casi complessivamente lavorati nei pronto soccorso e nei PPI dell'ASP corrispondono a n° 100.065 accessi, con un incremento nel 2022 di 13.399 casi rispetto al 2021.

I dati riportati sono riferiti ai flussi derivanti dal sistema PSWeb aziendale.

1.5.2. Analisi dell'Assistenza Territoriale

L'azienda opera mediante sei Distretti sanitari, in cui insistono 172 strutture a gestione diretta e 144 strutture Accreditate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono l'Attività clinica, la Diagnostica strumentale, l'attività di laboratorio, l'attività di consultorio familiare, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza per tossicodipendenza, l'assistenza AIDS, l'assistenza agli anziani, l'assistenza idrotermale, l'assistenza ai disabili fisici, l'assistenza ai disabili psichiatrici e l'assistenza ai malati terminali, riassunte per le strutture pubbliche nella seguente tabella:

Strutture a gestione diretta												
	Attività clinica	Diagnostica strumentale	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	assistenza psichiatrica	assistenza per tossicodipendenti	assistenza aids	assistenza agli anziani	assistenza idrotermale	assistenza ai disabili fisici	assistenza ai disabili psichiatrici	assistenza ai malati terminali

ambulatorio laboratorio	51	15	14										
Struttura residenziale								3					
Struttura semi residenziale												1	
Altro tipo di Struttura	23	5	5	23	15	7	2			7	1	1	
	74	20	19	23	15	6	2	3	0	7	1	2	

Segue analitico delle strutture territoriali e delle attività in esse erogate:

Codice	Struttura	Attività clinica	Diagnostica strum. e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossic/alcol	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
5101	AMBULATORIO GINECOLOGIA PREVENTIVA	Si											
4601	AMBULATORIO NEUROFISIOPATOLOGIA	Si											
4701	AMBULATORIO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ROSSA	Si											
603	AMBULATORIO SAN GIOVANNI IN FIORE			Si									
180114	CAPT - CASA DELLA SALUTE CARIATI	Si	Si	Si									
180119	CAPT - LUNGRO	Si	Si	Si									
180113	CAPT - MORMANNO	Si	Si	Si									
180179	CAPT SAN MARCO ARGENTANO	Si	Si	Si									
9107	CENTRO ASCOLTO DONNA	Si											
3104	CENTRO RIABIL SAN MARCO ARG.										Si		
2003	CENTRO RIABIL. CASTROVILLARI										Si		
3203	CENTRO RIABIL. FAGNANO CASTELLO										Si		
1402	CENTRO RIABIL. LUNGRO										Si		
3202	CENTRO RIABIL. ROGGIANO GRAVINA										Si		
2903	CENTRO RIABIL. SARACENA										Si		
3003	CENTRO RIABIL. SPEZZANO ALBANESE										Si		
7002	CENTRO SALUTE MENTALE PAOLA	Si				Si							
7003	CENTRO SALUTE MENTALE SCALEA	Si				Si							
6104	CENTRO SALUTE MENTALE ACRI	Si				Si							
7001	CENTRO SALUTE MENTALE AMANTEA	Si				Si							
4001	CENTRO SALUTE MENTALE CARIATI	Si				Si							
1000	CENTRO SALUTE MENTALE CASTROVILLARI	Si				Si							
4102	CENTRO SALUTE MENTALE CORIGLIANO	Si				Si							
6102	CENTRO SALUTE MENTALE COSENZA	Si				Si							
6101	CENTRO SALUTE MENTALE MONTALTO	Si				Si							
6100	CENTRO SALUTE MENTALE RENDE	Si				Si							
1900	CENTRO SALUTE MENTALE ROGGIANO	Si				Si							
6103	CENTRO SALUTE MENTALE ROGLIANO	Si				Si							
3901	CENTRO SALUTE MENTALE ROSSANO	Si				Si							
11800	CENTRO SALUTE MENTALE SAN GIOVANNI IN FIORE	Si				Si							
4101	CENTRO SALUTE MENTALE TREBISACCE	Si				Si							



Codice	Struttura	Attività clinica	Diagnostica strum. e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per toss./alcol	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
5202	Centro semires. Hospice Cassano												Si
7014	CONSULTORIO FAMILIARE ACRI				Si								
7004	CONSULTORIO FAMILIARE AMANTEA				Si								
3603	CONSULTORIO FAMILIARE ARCAVACATA				Si								
401	CONSULTORIO FAMILIARE CARIATI				Si								
2802	CONSULTORIO FAMILIARE CASSANO IONIO				Si								
300	CONSULTORIO FAMILIARE CASTROVILLARI				Si								
9106	CONSULTORIO FAMILIARE CELICO				Si								
2201	CONSULTORIO FAMILIARE CORIGLIANO				Si								
7012	CONSULTORIO FAMILIARE COSENZA				Si								
7015	CONSULTORIO FAMILIARE COSENZA				Si								
3500	CONSULTORIO FAMILIARE DI SAN LORENZO DEL VALLO				Si								
7013	CONSULTORIO FAMILIARE DIAMANTE				Si								
7016	CONSULTORIO FAMILIARE MONTALTO UFFUGO				Si								
3401	CONSULTORIO FAMILIARE ORIOLO				Si								
7005	CONSULTORIO FAMILIARE PAOLA				Si								
7011	CONSULTORIO FAMILIARE RENDE				Si								
3604	CONSULTORIO FAMILIARE ROGLIANO				Si								
1202	CONSULTORIO FAMILIARE ROSSANO				Si								
116000	CONSULTORIO FAMILIARE SAN GIOVANNI IN FIORE				Si								
3404	CONSULTORIO FAMILIARE SAN MARCO ARGENTANO				Si								
2100	CONSULTORIO FAMILIARE SAN SOSTI				Si								
7006	CONSULTORIO FAMILIARE SCALEA				Si								
3102	CONSULTORIO FAMILIARE TREBISACCE				Si								
1001	DAY HOSPITAL PSICHIATRICO					Si							
5201	HOSPICE												Si
180104	P.O. ACRI	Si	Si	Si									
502	P.O. SAN GIOVANNI IN FIORE	Si											
303	POLIAMBULATORIO DI ACRI	Si											
7000	POLIAMBULATORIO DI AMANTEA	Si	Si	Si									
9102	POLIAMBULATORIO DI APRIGLIANO	Si											
604	POLIAMBULATORIO DI BELVEDERE MARITTIMO	Si											
8200	POLIAMBULATORIO DI BISIGNANO	Si	Si										
101	POLIAMBULATORIO DI BOCCHIGLIERO	Si											
102	POLIAMBULATORIO DI CAMPANA	Si											
302	POLIAMBULATORIO DI CARIATI	Si											
8300	POLIAMBULATORIO DI CASOLE BRUZIO	Si		Si									
2801	POLIAMBULATORIO DI CASSANO IONIO	Si											
9100	POLIAMBULATORIO DI CASTROLIBERO	Si											
2301	POLIAMBULATORIO DI CORIGLIANO	Si											
	POLIAMBULATORIO DI COSENZA	Si											
1200	POLIAMBULATORIO DI DIAMANTE	Si											
801	POLIAMBULATORIO DI LONGOBUCCO	Si											
1501	POLIAMBULATORIO DI LUNGRO	Si											
8500	POLIAMBULATORIO DI LUZZI	Si	Si	Si									
701	POLIAMBULATORIO DI MIRTO-CROSIA	Si											
8700	POLIAMBULATORIO DI MONTALTO UFFUGO	Si											
1603	POLIAMBULATORIO DI MORMANNO			Si									
2900	POLIAMBULATORIO DI PAOLA	Si											



Codice	Struttura	Attività clinica	Diagnostica strum. e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per toss./alcol	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
8800	POLIAMBULATORIO DI QUATTROMIGLIA	Si	Si	Si									
5001	POLIAMBULATORIO DI ROCCA IMPERIALE	Si											
3900	POLIAMBULATORIO DI ROGGIANO GRAVINA	Si											
8900	POLIAMBULATORIO DI ROGLIANO	Si											
1101	POLIAMBULATORIO DI ROSSANO SCALO	Si											
2501	POLIAMBULATORIO DI SAN DEMETRIO CORONE	Si											
1701	POLIAMBULATORIO DI SAN MARCO ARGENTANO	Si											
2101	POLIAMBULATORIO DI SAN SOSTI	Si											
3700	POLIAMBULATORIO DI SCALEA	Si											
3702	POLIAMBULATORIO DI SPEZZANO ALBANESE	Si											
3800	POLIAMBULATORIO DI TERRANOVA DI SIBARI	Si											
74	POLIAMBULATORIO DI TREBISACCE	Si	Si	Si									
3101	POLIAMBULATORIO DI TREBISACCE	Si											
8600	POLIAMBULATORIO EX CC. DD.	Si											
1103	POLIAMBULATORIO P. O. CETRARO	Si	Si	Si									
3000	POLIAMBULATORIO P. O. PAOLA	Si	Si	Si									
180011	POLIAMBULATORIO P.O. BEATO ANGELICO	Si	Si	Si									
73	POLIAMBULATORIO P.O. CORIGLIAN	Si	Si	Si									
600	POLIAMBULATORIO P.O. DI CASTROVILLARI	Si	Si	Si									
71	POLIAMBULATORIO P.O. ROSSANO	Si	Si	Si									
3301	POLIAMBULATORIO POLO CASTROVILLARI	Si											
7009	POLIAMBULATORIO SPEC. CETRARO	Si											
C18002	PRESIDIO SANITARIO CARCERE CASTROVILLARI	Si											
C18004	PRESIDIO SANITARIO CARCERE COSENZA	Si	Si										
C18001	PRESIDIO SANITARIO CARCERE PAOLA	Si											
C18003	PRESIDIO SANITARIO CARCERE ROSSANO	Si	Si										
8450	RADIOLOGIA		Si										
180112	RIABILITAZIONE ESTENSIVA MORMANNO	Si									Si		
180115	RSA MEDICALIZZATA CARIATI										Si		
180120	RSA MEDICALIZZATA LUNGRO										Si		
180109	RSA MEDICALIZZATA PRAIA A MARE												
180178	RSA MEDICALIZZATA SAN MARCO ARGENTANO										Si		
180117	RSA MEDICALIZZATA TREBISACCE												
601	SERT CASTROVILLARI						Si						
4301	SERT CORIGLIANO						Si						
6105	SERT COSENZA						Si						
7007	SERT PAOLA						Si	Si					
4201	SERT ROSSANO-CARIATI						Si						
7008	SERT SCALEA						Si	Si					
4401	SERT TREBISACCE						Si						
3801	SERVIZIO RIABILITATIVO CORIGLIANO	Si											
3701	SERVIZIO RIABILITATIVO ROSSANO	Si											
	SERVIZIO RIABILITATIVO TREBISACCE	Si											

Di seguito si riporta in modo sintetico il numero delle strutture private accreditate con l'ASP di Cosenza, che erogano le diverse prestazioni di assistenza territoriale:

Per le strutture convenzionate:

Strutture Accreditate												
	Attività clinica	diagnostica strumentale	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	assistenza psichiatrica	assistenza per tossicodipendenti	assistenza aids	assistenza agli anziani	assistenza idrotermale	assistenza ai disabili fisici	assistenza ai disabili psichiatrici	assistenza ai malati terminali
ambulatorio laboratorio	15	8	51									
Struttura residenziale					12	6		17		12	1	
Struttura semi residenziale										4		
Altro tipo di Struttura									3			
Medico Singolo	15											
Totale	30	8	51	0	12	6		17	3	16	1	0

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26, L. n. 833/1978 sono 16, per complessivi 206 posti letto residenziali e 90 posti letto semiresidenziali accreditati.

Le strutture private che erogano prestazioni per conto dell'ASP di Cosenza sono strutture accreditate con provvedimento regionale secondo quanto previsto dalla legge regionale n° 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i.

Relativamente alla Medicina Generale, l'Azienda nel 2022 ha operato mediante **491 medici di base** (nel 2021 erano 568) di cui 344 maschi e 147 femmine, che assistono complessivamente una **popolazione pari a 563.167** unità, e **77 pediatri** (nel 2021 erano 77), di cui 33 maschi e 54 femmine, che assistono complessivamente una popolazione pari a 65.301 unità.

Sintesi attività Assistenza Domiciliare (ADI) anni 2018-2022 - tot. Pazienti						
DISTRETTO	Tot. Pz ADI 2018	Tot. Pz ADI 2019	Tot. Pz ADI 2020	Tot. Pz ADI 2021	Tot. Pz ADI 2022	Scost. Pz ADI 2022/2021
COSENZA SAVUTO	708	1.227	1.060	845	1037	192
JONIO NORD	641	689	701	671	838	167
JONIO SUD	708	406	407	396	387	-9
ESARO POLLINO	511	556	512	499	436	-63
TIRRENO	933	811	1.072	1072	1968	896
VALLE CRATI	689	844	752	913	945	32
TOTALI	4.190	4.533	4.504	4.396	5.611	1.215

Sintesi attività Assistenza Domiciliare (ADI) anni 2018-2022 - Pz. Over 65						
DISTRETTO	Pz over 65 2018	Pz over 65 2019	Pz over 65 2020	Pz over 65 2021	Pz over 65 2022	Scost. Over 65 2022/ 2021
COSENZA SAVUTO	605	785	914	670	887	217
JONIO NORD	557	552	632	591	720	129
JONIO SUD	638	358	343	327	306	-21
ESARO POLLINO	434	508	388	359	349	-10
TIRRENO	830	722	896	896	1722	826
VALLE CRATI	609	733	643	774	713	-61
TOTALI	3.673	3.658	3.816	3.617	4.697	1080

Sintesi attività Assistenza Domiciliare (ADI) anni 2018-2022 - Pz. Terminali						
DISTRETTO	Pz. terminali 2018	Pz. terminali 2019	Pz. terminali 2020	Pz. terminali 2021	Pz. terminali 2022	Scost. Terminali 2020/2021
COSENZA SAVUTO	480	153	375	230	220	-10
JONIO NORD	127	137	107	168	118	-50
JONIO SUD	113	199	153	153	81	-72
ESARO POLLINO	87	127	124	140	98	-42
TIRRENO	43	67	52	52	246	194
VALLE CRATI	230	340	166	169	200	31
TOTALI	1.080	1.023	977	912	963	51

Per quanto riguarda le attività di Assistenza domiciliare dalle tabelle soprariportate si evidenzia che nel 2022 le prestazioni erogate a domicilio sono complessivamente aumentate rispetto al 2021 sia per ciò che riguarda quelle a favore dei pazienti ADI in generale (con un incremento di 1215 casi), ma anche per i pazienti over 65 (che si sono incrementati di n°1080 casi), che terminali con un incremento di n° 51 casi).

Di seguito si riportano le prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate nelle strutture aziendali, comprensive di quelle APA-PAC, e riportate per tipologia e per sede:

Prestazioni ambulatoriali consultori

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse	2021	2022	Diff. Num.	Diff. %
Temporaneo (Prestaz. per sede di erogazione)			2022-2021	2022-2021
consultorio familiare cassano ionio (180201002802)	153	113	- 40	-26,14
consultorio familiare corigliano (180201002201)		1	1	
consultorio familiare rende (180201007011)	74	118	44	59,46
consultorio familiare san giovanni in fiore (180201116000)	147	235	88	59,86
consultorio familiare trebisacce (180201003102)	728	402	- 326	-44,78
Totale	1102	869	- 233	-21,14

Prestazioni ambulatoriali Centri Salute Mentale

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse	2021	2022	Diff. Num.	Diff. %
Temporaneo (Prestaz. per sede di erogazione)			2022-2021	2022-2021
centro salute mentale amantea (180201007001)	869	795	- 74	-8,52
centro salute mentale carciati (180201004001)	202	131	- 71	-35,15
centro salute mentale castrovillari (180201001000)	2.965	2.917	- 48	-1,62
centro salute mentale corigliano (180201004102)	610	1.076	466	76,39
centro salute mentale cosenza (180201006102)	2.689	2.841	152	5,65
centro salute mentale montalto (180201006101)	2.994	2.447	- 547	-18,27
centro salute mentale paola (180201007002)	1.372	1.199	- 173	-12,61
centro salute mentale rende (180201006100)	2.505	1.868	- 637	-25,43
centro salute mentale roggiano (180201001900)	1.998	1.363	- 635	-31,78
centro salute mentale rogliano (180201006103)	978	1.083	105	10,74
centro salute mentale rossano (180201003901)	231	266	35	15,15
centro salute mentale scalea (180201007003)	1.050	519	- 531	-50,57
centro salute mentale trebisacce (180201004101)	383	41	- 342	-89,30
Totale	18846	16546	- 2.300	-12,20

Prestazioni ambulatoriali Distretti

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse	2021	2022	Diff. Num.	Diff. %
Temporaneo (Prestaz. per sede di erogazione)			2022-2021	2022-2021
ambulatorio diamante (180201001200)	4.710	4.007	- 703	-14,93
ambulatorio spec. cetraro (180201007009)	3.664	3.457	- 207	-5,65
capt lungro (180201180119)	13.037	11.261	- 1.776	-13,62
capt mormanno (180201180113)	3.398	3.744	346	10,18
capt s.marco a. (180201180179)	172.320	161.579	- 10.741	-6,23
capt-casa della salute carciati (180201180114)	40.373	24.309	- 16.064	-39,79
poliambulatorio montalto uffugo (180201008700)	5.197	4.348	- 849	-16,34
poliamb. polo san. s.marco arg (180201001701)	15.949	16.038	89	0,56



poliamb. polo. san. mormanno (180201001603)	3.131	2.908	- 223	-7,12
poliamb. spec. amantea (180201007000)	101.051	111.053	10.002	9,90
poliamb. spec. di corigliano s (180201002301)	17.316	16.044	- 1.272	-7,35
poliamb. spec. praia a mare (180201003100)	3.844	3.697	- 147	-3,82
poliamb. spec. rocca imperiale (180201005001)	572	770	198	34,62
poliamb. spec. scalea (180201003700)	9.340	12.006	2.666	28,54
poliamb. specialist. paola (180201002900)	9.255	8.130	- 1.125	-12,16
poliamb.spec. di cassano jonio (180201002801)	158.298	143.112	- 15.186	-9,59
poliamb.spec. di trebisacce (180201003101)	8.760	8.223	- 537	-6,13
poliamb.spec.di rossano scalo (180201001101)	29.097	27.622	- 1.475	-5,07
poliamb.spec.longobucco (180201000801)	983	572	- 411	-41,81
poliamb.spec.s.demetrio corone (180201002501)	232	45	- 187	-80,60
poliambul. polo castrovillari (180201003301)	42.274	46.888	4.614	10,91
poliambulatorio casole bruzio (180201008300)	3.757	3.426	- 331	-8,81
poliambulatorio castrolibero (180201009100)	7.414	5.739	- 1.675	-22,59
poliambulatorio di aprigliano (180201009102)		2	2	
poliambulatorio di belvedere marittimo (180201000604)	2.950	2.822	- 128	-4,34
poliambulatorio di carciati (180201000302)	10.070	7.226	- 2.844	-28,24
poliambulatorio di luzzi (180201008500)	6.149	5.754	- 395	-6,42
poliambulatorio di mirto-crosia (180201000701)	3.169	2.069	- 1.100	-34,71
poliambulatorio di san giovanni in fiore (180201000603)	11.799	12.494	695	5,89
poliambulatorio quattromiglia (180201008800)	207.007	195.130	- 11.877	-5,74
poliambulatorio roggiano grav (180201003900)	2.334	1.294	- 1.040	-44,56
poliambulatorio spezzano alban (180201003702)	4.117	4.014	- 103	-2,50
poliamulatorio bisignano (180201008200)	4.856	3.683	- 1.173	-24,16
poliamulatorio di acri (180201000303)	14.435	12.851	- 1.584	-10,97
poliamulatorio di cosenza (180201008600)	46.920	51.830	4.910	10,46
poliamulatorio di rogliano (180201008900)	10.503	8.815	- 1.688	-16,07
presidio sanitario carcere castrovillari (180201C18002)	1.208	618	- 590	-48,84
presidio sanitario carcere cosenza (180201C18004)	20	99	79	395,00
Totale	979.509	927.679	- 51.830	-5,29

Prestazioni ambulatoriali Ospedali

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse	2021	2022	Diff. Num.	Diff. %
Temporaneo (Prestaz. per sede di erogazione)			2022-2021	2022-2021

ambulatorio p.o praia a mare (180201180008)	197.049	187.667	- 9.382	-4,76
ambulatorio p.o. trebisacce (180201180116)	163.710	169.845	6.135	3,75
lab del p.o. beato angelico (180201180011)	170.178	176.331	6.153	3,62
poliamb.osped.di castrovillari (180201000600)	335.186	377.170	41.984	12,53
poliambulatorio p.o rossano (180201000071)	215.568	222.032	6.464	3,00
poliambulatorio p.o. coriglian (180201000073)	123.439	144.591	21.152	17,14
poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore (180201000502)	162.151	177.006	14.855	9,16
presidio ospedaliero paola (180201003000)	199.171	200.298	1.127	0,57
presidio ospedaliero spoke paola cetraro (180201001103)	109.574	105.853	- 3.721	-3,40
Totale	1.676.026	1.760.793	30.404	1,14

Sintesi attività del Dipartimento di salute mentale anno 2022

Tipologia	numero
Numero totale prestazioni	67.572
Numero nuovi utenti	4.330
Numero prestazioni psico-educazionali	10.681
Numero cartelle inserite su sigemona	3.046

Di seguito la tabella riassuntiva relativa alla produzione di attività di ricoveri effettuati in SPDC e relativi ai DRG n° 426, 428, 430, negli anni 2019, 2020, 2021, 2022, con relativi scostamenti, presso le strutture del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Cosenza:

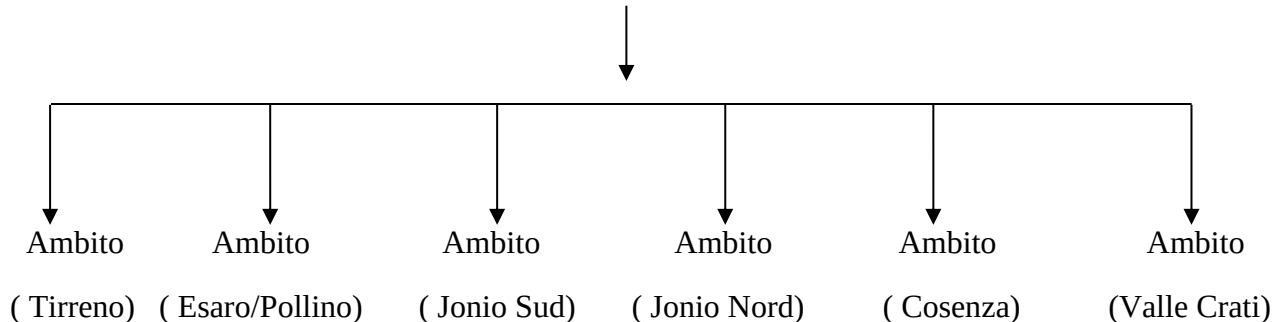
DRG 426-428-430 su ric. Ord.						
Presidio	2019	2020	2021	2022	diff. 2021/2020	diff. 2022/2021
SPDC- c/o A.O. Cosenza	157	292	152	57	-140	-95
SPDC-Cetraro	134	115	98	101	-17	3
SPDC-Corigliano	113	52	88	101	36	13
Totali	404	459	338	259	-121	-79

1.5.3. 1.5.3 L'assistenza Sanitaria Collettiva in Ambienti di Vita e di Lavoro

DESCRIZIONE DELLO STATO ORGANIZZATIVO:

Le strutture che operano nell'ambito del Dipartimento strutturale di Prevenzione sono n. 10 (dieci) con sedi operative distribuite sul territorio in tutti i Distretti sanitari aziendali con vari livelli di decentramento in relazione alla tipologia di prestazioni da erogare, secondo il seguente stato organizzativo:

AMBITI TERRITORIALI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



Organizzazione dei singoli ambiti per disciplina afferente e definizione dei Centri di Responsabilità e servizi decentrati:

AMBITO DISTRETTO TIRRENO				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Paola	Amantea,	Cetraro	
IGIENE ALIMENTI E NUTR. (SIAN)	Paola,	Amantea	Cetraro-Diamante	Praia a Mare
MEDICINA LEGALE	Paola	Amantea,	Cetraro-Diamante	Praia a Mare-Scalea
SANITA' ANIMALE - AREA A	Paola	Amantea	Cetraro	Praia a M. - Belvedere
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B		Amantea		Praia a mare
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C			Cetraro	

AMBITO DISTRETTO ESARO-POLLINO				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Castrovillari	S.Marco A.		
IGIENE ALIMENTI E NUTR. (SIAN)	Castrovillari	S.Marco A.		
SPISAL	Castrovillari			
MEDICINA LEGALE	Castrovillari	S.Marco A.		
SANITA' ANIMALE - AREA A	Castrovillari	S.Marco A.	Roggiano	Spezzano A.- Morm.
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B	Castrovillari	S.Marco A.		
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	Castrovillari			

AMBITO DISTRETTO JONIO SUD				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Rossano	Cariati		
IGIENE ALIMENTI E NUTR. (SIAN)	Rossano	Cariati		
PISAL	Rossano			
MEDICINA LEGALE	Rossano	Cariati	Crosia	
SANITA' ANIMALE - AREA A	Rossano	Cariati		
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B	Rossano	Cariati		
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	Rossano			

AMBITO DISTRETTO JONIO NORD				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Corigliano	Trebisacce		
IGIENE ALIMENTI E NUTR. (SIAN)	Corigliano	Trebisacce		
MEDICINA LEGALE	Corigliano	Trebisacce	Cassano J.	
SANITA' ANIMALE - AREA A	Corigliano	Trebisacce		
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B	Corigliano	Trebisacce		
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	Corigliano			

AMBITO DISTRETTO COSENZA COSENZA/SAVUTO.				
Disciplina	SEDE CENTRALE	Sedi servizio		
U.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COSENZA	Rogliano	S.Giovanni in F.	
U.O.C. MEDICINA LEGALE	COSENZA	Rogliano	S.Giovanni in F.	
U.O.C. IGIENE ALIMENTI E N. (SIAN)	COSENZA	Rogliano	S.Giovanni in F.	
U.O.S.D. EPIDEMIOLOGIA E SS	COSENZA			
U.O.S.D. TOSSICOLOGIA	COSENZA			
U.O.C. MEDICINA DELLO SPORT	COSENZA			
U.O.C. SPISAL (Prev. Sic. Amb. Lav.)	COSENZA			
U.O.C. SANITA' ANIMALE - AREA A	COSENZA	Rogliano	S.Giovanni in F.	
U.O.C. IGIENE ALIM. ORIG. ANIM.-AREA B	COSENZA	Rogliano	S.Giovanni in F.	
U.O.C. IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	COSENZA			

AMBITO DISTRETTO VALLE CRATI				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Rende	Montalto Uffugo	-Acri.	
MEDICINA LEGALE	Rende	Montalto Uffugo	-Acri.	
IGIENE DEGLI ALIMENTI E N. (SIAN)	Rende	Montalto Uffugo	-Acri.	
SANITA' ANIMALE - AREA A	Rende	Montalto Uffugo	-Acri.	
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B	Rende	Taverna di Mont.	-Acri.	
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	Rende			

a) Area attività prevenzione

- **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN):** Nel corso dell'anno 2022 è stata rispettata la frequenza dei controlli a seguito di registrazione delle attività e della successiva categorizzazione del rischio; sono stati effettuati 1570 controlli ufficiali. E' stato svolto volume di attività svolta pari al 100% di RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), e completato gli specifici piani regionali e nazionali; sono state registrate n° 14232 per l'anagrafica degli stabilimenti, ed effettuati n° 257 campionamenti delle matrici alimentari dei controlli PIC del programma regionale; sono stati effettuati n° 1382 controlli esterni delle acque destinate al consumo umano;
- **Servizio Veterinario Igiene alimenti origine animale (SVET-B):** è stata effettuata l'implementazione della anagrafica stabilimenti riconosciuti e registrati, controlli sulla macellazione degli animali, controlli sulla lavorazione e trasformazione dei prodotti e preparazioni a base di carne, controlli su commercializzazione trasformazione e preparazione prodotti della pesca, controllo impianti, macellerie, pescherie, ristorazione, mense collettive, controlli su partite alimenti destinati a paesi terzi, gestione corretta degli stati di allerta alimenti di origine animale; Il servizio ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 21/2021.
- **Servizio Sanità Animale (SVET-A):** sono stati attuati i piani di profilassi per Tubercolosi, Brucellosi bovina, Leucosi, Brucellosi ovi-caprina, aggiornamento banca dati, anagrafe zootecniche, anagrafe apiaria ed aviaria, piani di monitoraggio BSE-SCRAFIE, Malattia di Aujeszky, sorveglianza PSA attiva, piano di sorveglianza blue tongue e aethina tumida; sono state effettuate n° 892 sterilizzazioni di cani e 316 di gatti. Il servizio ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 21/2021.
- **Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni zootecniche (SVET-C):** il servizio di igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche ha garantito tutte le attività istituzionali previste nei LEA in relazione alle risorse disponibili. Il servizio ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 21/2021.
- **Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL):** Le attività di vigilanza effettuate dallo SPISAL nella provincia di Cosenza nel corso del 2022 sono state pianificate, in coerenza con gli obiettivi LEA indicati dalla Regione Calabria, e sono state programmate e svolte nei settori produttivi di edilizia,

agricoltura ed altri settori produttivi; le attività sono state condotte in modo diffuso e articolato su tutto il territorio provinciale. Inoltre sono state svolte le necessarie indagini UPG nei casi di infortuni gravi e mortali, disposte principalmente su delega delle Autorità Giudiziarie Competenti territorialmente o su iniziativa del servizio, e nei casi di malattie professionali invalidanti segnalati dall'INAIL. Sono stati effettuati controlli complessivamente in 1134 Aziende, rispetto alle 1066 quale "obiettivo LEA assegnato dal Dipartimento Salute della Regione Calabria". Inoltre sono stati avviate le attività dei programmi PP03, PP06, PP07, PP08 del Piano di prevenzione regionale. L'attività sanitaria dello SPISAL oltre al supporto delle attività di vigilanza, con particolare riferimento al confronto con i medici competenti in relazione alle attività di sorveglianza sanitaria e del controllo delle cartelle sanitario di rischio, è consistita nell'erogare prestazioni a richiesta degli utenti. Presso le sedi di Cosenza e Rossano, è attivo lo sportello di assistenza sullo stress Lavoro Correlato e sui rischi di natura psio-sociale nei luoghi di lavoro.

- **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP):** E' stata garantita attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19; sono stati registrati giornalmente i dati sulla piattaforma ISS e sottoposti a sorveglianza con chiusura dei casi; in particolare sono stati registrati n° 154.329 casi, rispetto ai 23.423 casi del 2021; Sono state attuate le prerogative della COT: la centrale di Cosenza ha pienamente svolto il ruolo di interfaccia tra pazienti e ASP per tutto il 2022. Nei primi 7 mesi dell'anno il numero di contatti telefonici è stato di 42.432 e la percentuale di risposta all'utenza è stata di circa l'85% (tra 82 e 91%). Negli ulteriori 5 mesi, per l'andamento pandemico, si è ridotto il numero di chiamate a 4684, per un totale di circa 47.000. E' stato implementato il sistema di registrazione delle vaccinazioni e attualmente tutti i centri vaccinali dell'ASP registrano le vaccinazioni sul sistema GIAVA, in attuazione del calendario vaccinale regionale.

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2022, gli obiettivi strategici aziendali programmati nel piano della performance anno 2022, assegnati ai CDR dell'area prevenzione dell'ASP a seguito di concertazione, quali obiettivi operativi, possono ritenersi nel complesso raggiunti con risultati accettabili, in relazione alle risorse disponibili.

1.5.4. Analisi Mobilità ASP Cosenza Extraregione – Infraregione - Attiva e Passiva

In ambito regionale è da precisare che la mobilità dell'ASP di Cosenza rappresenta in valore economico circa il 30% della mobilità passiva extraregione dell'intera Regione Calabria.

Di seguito è riportata tabella sintetica dell'andamento della mobilità passiva extraregione che riguarda la ASP di Cosenza, rispetto alle diverse tipologie di prestazioni, come valore economico e riferita agli ultimi dati disponibili:

MOBILITA' PASSIVA ASP EXTRAREGIONE ANNI 2021-2022 - PER VALORE ECONOMICO			
Tipologia prestazione	Valore 2021	Valore 2022	Diff. 2022/2021
RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL	71.211.591	72.110.464	898.873
MEDICINA GENERALE	799.830	646.910	-152.920
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	12.836.108	13.235.042	398.934
FARMACEUTICA	1.257.577	1.174.903	-82.674
CURE TERMALI	86.165	76.637	-9.528
SOMM. DIRETTA DI FARMACI	9.204.546	9.742.243	537.697
TRASPORTI	257.801	381.287	123.486
Totale	95.653.619	97.367.488	1.713.869

Dalla tabella si evince che nel corso dell'anno 2022, il valore della mobilità passiva extraregione si è incrementato di circa 1.700.000 euro rispetto al 2021.

Di seguito è riportata tabella sintetica dell'andamento della mobilità passiva infraregione che riguarda la ASP di Cosenza, rispetto alle diverse tipologie di prestazioni, come valore economico e riferita agli ultimi dati disponibili:

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONE ASP ANNI 2020-2022 - PER VALORE ECONOMICO			
Tipologia prestazione	Valore 2021	Valore 2022	Diff. 2022/2021
RICOVERI ORDINARI E DH/DS	108.512.409,18	108.977.478,32	465.069,1
MEDICINA GENERALE	102.375,00	133.005,00	30.630
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	25.229.904,42	26.029.678,38	799.774
FARMACEUTICA	357.040,96	578.991,23	221.950,3
CURE TERMALI	30.189,42	12.347,08	-17.842,3
SOMM. DIRETTA DI FARMACI	15.468.820,13	13.809.931,93	-1.658.888
TRASPORTI	3.095,40	000	3.095,4
Totale	149.703.834,51	149.241.431,94	-462.403

Dalla tabella si evince che il valore economico della mobilità passiva infraregionale, nel 2022 si è ridotto di circa 460.000 euro rispetto al 2021.

Nella tabella seguente è riportata la mobilità passiva extraregionale per regione creditrice:

Mobilità Passiva Interregionale anno 2022 dopo controdeduzioni	Ricoveri Ordinari e DH/DS	
	n° casi	Valore
REGIONE CREDITRICE		
10 - PIEMONTE	376	1.883.034,49
20 - VALLE DAOSTA	8	55.372,59
30 - LOMBARDIA	2.642	13.848.826,96
31 - ACISMOM LOMBARDIA (MOBILITA')	0	0
41 - PROV.AUT. BOLZANO	24	115.488,00
42 - PROV.AUT. TRENTO	32	127.244,47
50 - VENETO	458	2.474.306,15
60 - FRIULI VENEZIA GIULIA	14	46.600,00
70 - LIGURIA	238	662.581,26
71 - ACISMOM LIGURIA (MOBILITA')	0	0
80 - EMILIA ROMAGNA	1.381	6.715.894,49
90 - TOSCANA	992	3.557.807,95
100 - UMBRIA	208	695.903,35
110 - MARCHE	119	622.558,39
120 - LAZIO	3.043	13.398.965,74
121 - BAMBIN GESU' (PER MOBILITA')	1.318	2.841.799,56
122 - ACISMOM LAZIO (MOBILITA')	11	107.299,06
130 - ABRUZZO	54	195.175,96
140 - MOLISE	102	750.083,30
150 - CAMPANIA	1.408	6.359.633,01
151 - ACISMOM CAMPANIA (MOBILITA')	0	0
160 - PUGLIA	2.060	10.528.941,27
161 - ACISMOM PUGLIA (MOBILITA')	0	0

170 - BASILICATA	2.329	7.165.658,88
190 - SICILIA	173	811.003,56
200 - SARDEGNA	17	90.951,96
Totale	17007	73.055.130,40

Dalla analisi della tabella precedente si evince che le principali Regioni creditrici per mobilità passiva extraregione, sono rappresentate in ordine decrescente da: Lazio con 3.043 casi, Lombardia con 2.642 casi, Basilicata con 2.329 casi, Puglia con 2.060 casi, Campania con 1.408 casi, Emilia Romagna con 1.381 casi, Bambin Gesù con 1.318 casi; questi ultimi sommati alla mobilità della Regione, costituiscono un volume di casi pari a 4.361 casi complessivi per la Regione Lazio (1/4 del totale).

Sintesi Domanda prestazioni e Mobilità

Domanda prestazioni ricovero provincia Cosenza (consuntivo 2022)		
Erogatore	numero ricoveri	importo
ASP Cosenza	32.691	106.960.230
Mobilità passiva extraregione	17.007	73.055.130
Azienda Osped. Cosenza	19.654	78.286.324
Altre strutture regione	6.863	35.622.348
Totale	76.215	293.924.032

La tabella precedente illustra la domanda complessiva di prestazioni di ricovero per i residenti della ASP di Cosenza.

Nella tabella seguente sono illustrate le attività erogate in libera professione intramoenia:

Etichette di riga	attività intramoenia VOL 2022
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	2.932
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	1.724
DISTRETTO MEDIA VALLE CRATI	14
DISTRETTO COSENZA SAVUTO	1.479
DISTRETTO ESARO POLLINO	595
DISTRETTO JONIO NORD	544
DISTRETTO JONIO SUD	1.516
DISTRETTO MEDIA VALLE CRATI	1.362
DISTRETTO TIRRENO	41

P.O. DI SGF	4
SPOKE CASTROVILLARI\ACRI	3.378
SPOKE CORIGLIANO\ROSSANO	3.751
SPOKE PAOLA\CETRARO	1.770
Totale complessivo	19.110

1.5.5 Analisi del Benessere Organizzativo

La rilevazione del Benessere Organizzativo, già prevista dal D.L.vo n°150 che attribuiva agli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) il compito di “*curare annualmente la realizzazione d’indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione, nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale*”, rimane uno strategico strumento conoscitivo, un’occasione unica per focalizzare molteplici aspetti della struttura lavorativa.

Per l’esercizio 2022, la procedura ha registrato un incremento di adesione pur essendo per la prima volta, la rilevazione svincolata dalla valutazione, pertanto, appare ancor più positivo il risultato registrato.

Infatti, la partecipazione spontanea alla rilevazione del benessere organizzativo rappresenta il segnale che si sta cogliendo l’importanza dell’indagine.

Tuttavia la procedura non essendo obbligatoria, resta ancora disattesa dalla maggioranza dei dipendenti con il risultato di perdere un’opportunità di partecipazione “bottom-up”, poiché da tale indagine il personale dipendente è chiamato a esprimersi in prima persona sull’Amministrazione, permettendo di conoscere le opinioni sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, evidenziando sia le note positive sia le criticità sulle quali è necessario agire.

Come per i precedenti esercizi, anche per il 2022 la procedura informatica adottata ha garantito il totale anonimato, poiché il sistema utilizzato registra esclusivamente l’informazione relativa all’avvenuta compilazione del questionario, non acquisendo dai record delle risposte fornite nessun dato identificativo relativo al compilatore. L’elaborazione dei dati è stata effettuata, da questa struttura, in forma aggregata in modo tale da non compromettere il principio di tutela della privacy.

MODALITÀ OPERATIVE

Per la realizzazione dell’indagine si è optato, come per l’esercizio dell’anno precedente, per una rilevazione totale, adottando per la somministrazione del questionario una modalità on line sul sito aziendale, nell’apposita area utilizzata congiuntamente per la valutazione annuale dei dipendenti.

Dopo la compilazione on line della modulistica la stessa viene automaticamente inoltrata in forma anonima alla Struttura Tecnica Permanente dell’O.I.V.

Al fine di ottenere la massima partecipazione, la nota di avvio all’esercizio valutativo anno

2022 è stata pubblicata sul sito aziendale dell'ASP raccomandando la compilazione del questionario di rilevazione e ribadendo l'anonimato, garantito per ciascun dipendente.

Chiusa la rilevazione si è proceduto all'aggregazione dei dati per classi tali da produrre una numerosità sufficiente a rendere impossibile l'associazione delle risposte a gruppi ristretti di compilatori.

METODOLOGIA DI ANALISI

La struttura del questionario, secondo lo schema proposto con delibera del 29 maggio 2014 dalla CIVIT (oggi ANAC) si articola in tre diverse sezioni, una per ciascuna delle tre diverse indagini, suddivise a loro volta in ambiti tematici; per ogni ambito è individuato un gruppo di domande rispetto alle quali il compilatore è chiamato a esprimere il proprio grado di condivisione in una scala da 1 a 6.

La Struttura Tecnica Permanente dell'O.I.V., già nelle precedenti note di avvio alla rilevazione, sia nelle costanti azioni di tutoraggio, ha reiteratamente posto l'attenzione su alcune asserzioni presentate nel citato questionario CIVIT (oggi ANAC) a polarità negativa; ossia tali per cui una condivisione elevata rappresenterebbe un basso grado di benessere.

STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Il questionario si articola in tre sezioni, ciascuna mirata a un particolare aspetto dell'attività svolta dal personale più una sezione anagrafica:

Nove gli ambiti della prima sezione dedicata al **benessere organizzativo** in senso stretto:

- A. "Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato";
- B. "Le discriminazioni";
- C. "L'equità nella mia amministrazione";
- D. "Carriera e sviluppo professionale",
- E. "Il mio lavoro";
- F. "I miei colleghi";
- G. "Il contesto del mio lavoro";
- H. "Il senso di appartenenza";
- I. "L'immagine della mia amministrazione".

Tre quelli della seconda sezione sull'**importanza degli ambiti di indagine** e sul **grado di condivisione del sistema di valutazione**:

- A. "La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato";
- B. "Le discriminazioni";
- C. "L'equità nella mia amministrazione";
- D. "La carriera e lo sviluppo professionale;
- E. "Il mio lavoro;
- F. "I miei colleghi";

- G. “Il contesto del mio lavoro;
- H. “Il senso di appartenenza”;
- I. “L’immagine della mia amministrazione”;
- L. “La mia organizzazione”;
- M. “Le mie performance”;
- N. “Il funzionamento del sistema”.

Due quelli della terza sezione sulla **valutazione del superiore gerarchico**:

- O. “Il mio capo e la mia crescita”;
- P. “Il mio capo e l’equità”.

Sezione Anagrafica

1. Sono:

- 1.1. Donna**
- 1.2. Uomo

2. Il mio contratto di lavoro:

- 2.1. A tempo determinato
- 2.2. A tempo indeterminato

3. La mia età:

- 3.1. Fino a 30 anni
- 3.2. Dai 31 ai 40 anni
- 3.3. Dai 41 ai 50 anni
- 3.4. Dai 51 ai 60 anni
- 3.5. Oltre i 60 anni

4. La mia anzianità di servizio:

- 4.1. Meno di 5 anni
- 4.2. Da 5 a 10 anni
- 4.3. Da 11 a 20 anni
- 4.4. Oltre i 20 anni

5. La mia qualifica:

- 5.1. Dirigente
- 5.2. Non Dirigente.

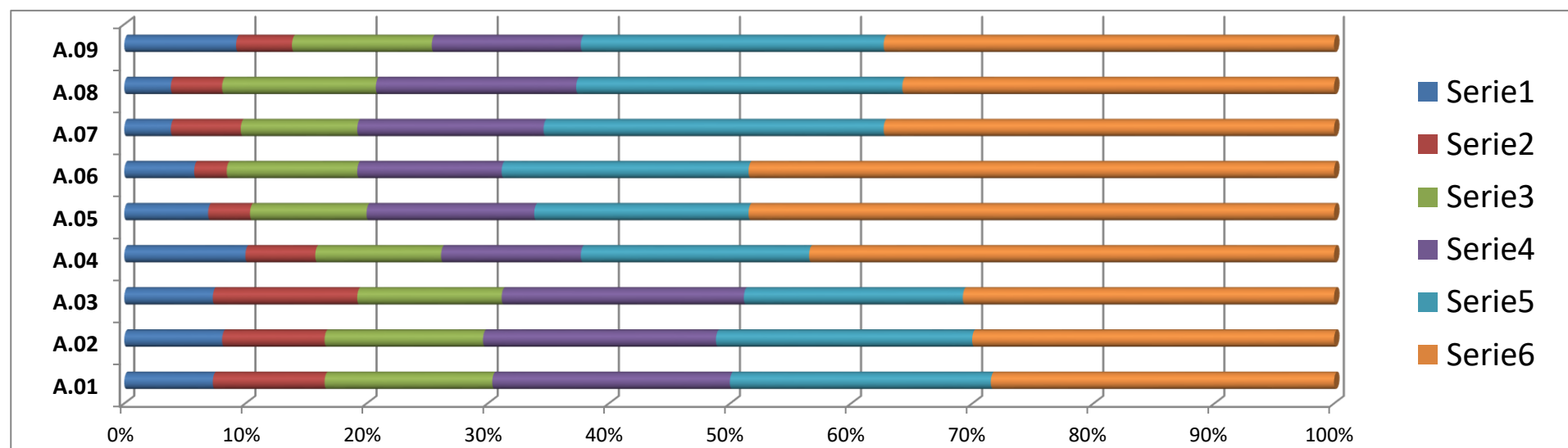
Nelle domande che seguono viene richiesto di esprimere la propria valutazione attraverso una scala sempre identica che impiega 6 classi in ordine crescente.

L'intervistato per ogni domanda e/o affermazione esprime il proprio grado di valutazione in relazione a quanto è d'accordo o meno con l'affermazione o a quanto la ritiene importante o non importante.

A – Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato

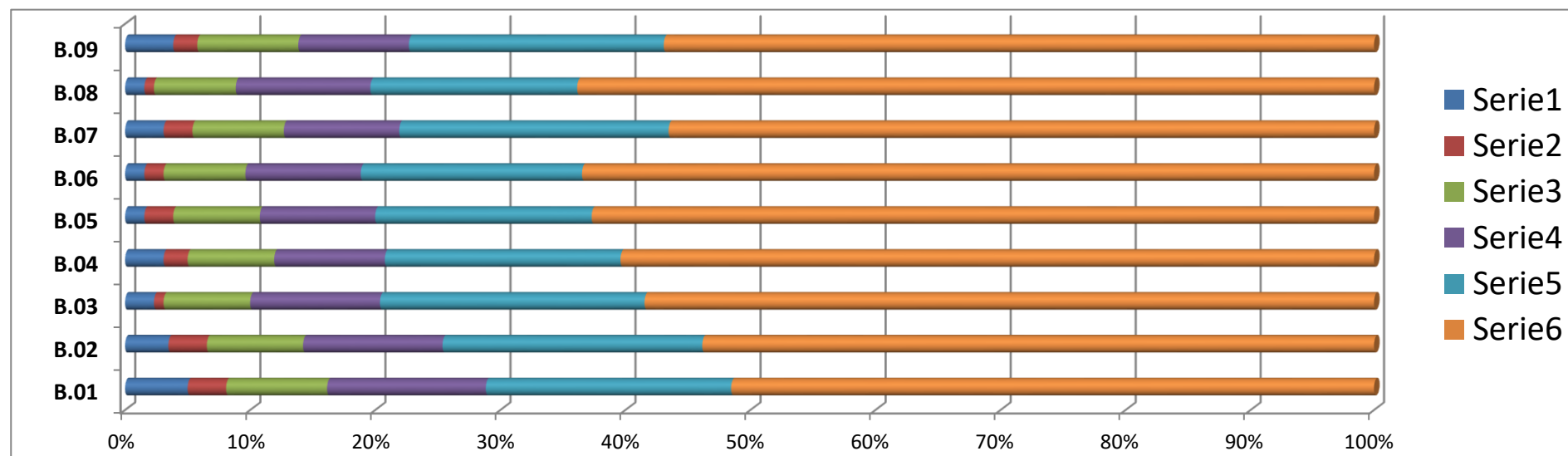
Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
A.01	Il mio luogo di lavoro è sicuro (impianti elettrici, misure antincendio e di emergenza, ecc.)	4,24
A.02	Ho ricevuto informazione e formazione appropriate sui rischi connessi alla mia attività lavorativa e sulle relative misure di prevenzione e protezione	4,27
A.03	Le caratteristiche del mio luogo di lavoro (spazi, postazioni di lavoro, luminosità, rumorosità, ecc.) sono soddisfacenti	4,22
A.04	Ho subito atti di mobbing (demansionamento formale o di fatto, esclusione di autonomia decisionale, isolamento, estromissione dal flusso delle informazioni, ingiustificate disparità di trattamento, forme di controllo esasperato, ...)	4,54
A.05	Sono soggetto/aa molestie sotto forma di parole o comportamenti idonei a ledere la mia dignità e a creare un clima negativo sul luogo di lavoro	4,77
A.06	Sul mio luogo di lavoro è rispettato il divieto di fumare	4,84
A.07	Ho la possibilità di prendere sufficienti pause	4,70
A.08	Posso svolgere il mio lavoro con ritmi sostenibili	4,66

A.09	Avverto situazioni di malessere o disturbi legati allo svolgimento del mio lavoro quotidiano (insofferenza, disinteresse, sensazione di inutilità, assenza di iniziativa, nervosismo, senso di depressione, insonnia, mal di testa, mal di stomaco, dolori muscolari o articolari, difficoltà respiratorie ...)	4,51
------	---	------



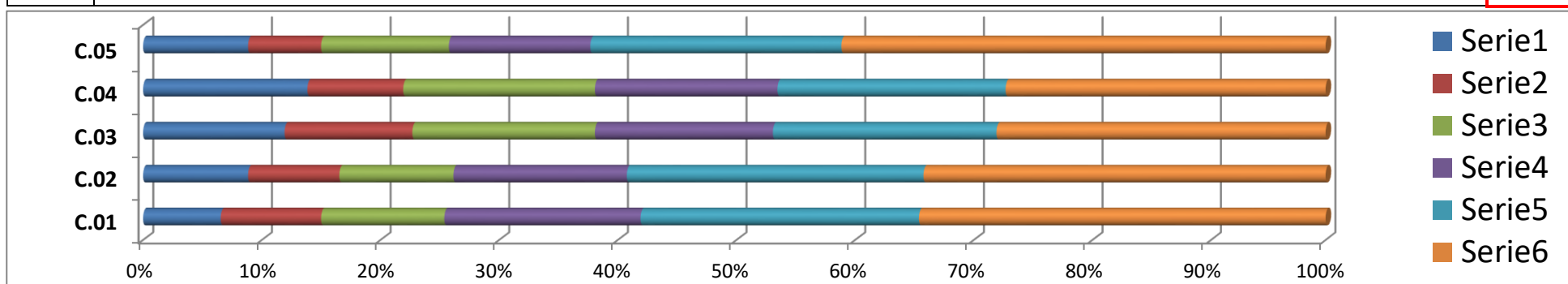
B-Le discriminazioni

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
B.01	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia appartenenza sindacale	4,93
B.02	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento politico	5,04
B.03	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia religione	5,23
B.04	La mia identità di genere costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro	5,20
B.05	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia etnia e/o razza	5,27
B.06	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia lingua	5,30
B.07	La mia età costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro	5,13
B.08	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento sessuale	5,32
B.09	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia disabilità (<i>se applicabile</i>)	5,11

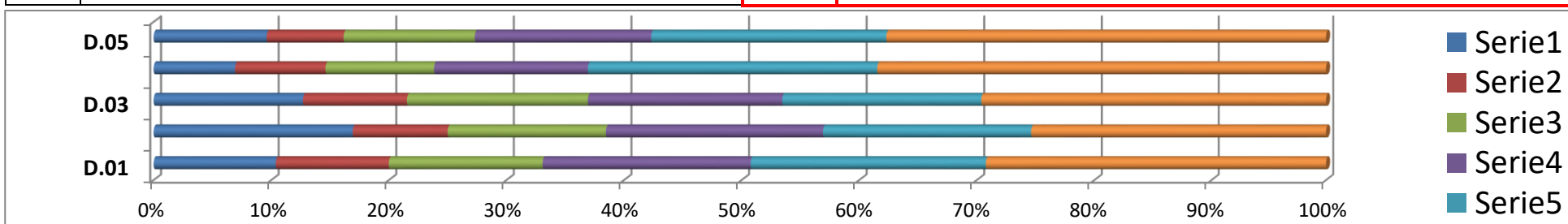


C - L'equità nella mia amministrazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
C.01	Ritengo che vi sia equità nell'assegnazione del carico di lavoro	4,46
C.02	Ritengo che vi sia equità nella distribuzione delle responsabilità	4,42
C.03	Giudico equilibrato il rapporto tra l'impegno richiesto e la mia retribuzione	4,02
C.04	Ritengo equilibrato il modo in cui la retribuzione viene differenziata in rapporto alla quantità e qualità del lavoro svolto	4,00
C.05	Le decisioni che riguardano il lavoro sono prese dal mio responsabile in modo imparziale	4,54

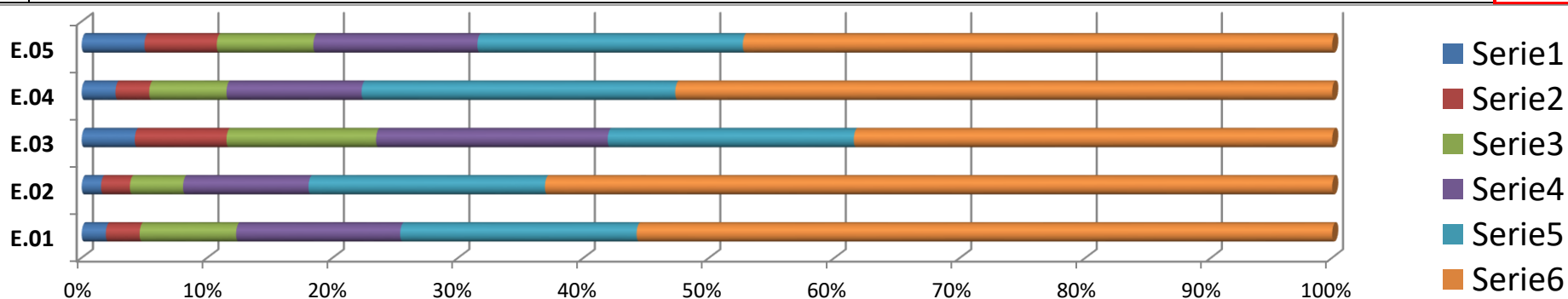


D - Carriera e sviluppo professionale			
Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media	
D.01	Nel mio ente il percorso di sviluppo professionale di ciascuno è ben delineato e chiaro	4,15	
D.02	Ritengo che le possibilità reali di fare carriera nel mio ente siano legate al merito	3,88	
D.03	Il mio ente dà la possibilità di sviluppare capacità e attitudini degli individui in relazione ai requisiti richiesti dai diversi ruoli	4,05	
D.04	Il ruolo da me attualmente svolto è adeguato al mio profilo professionale	4,56	
D.05	Sono soddisfatto del mio percorso professionale all'interno dell'ente	4,42	



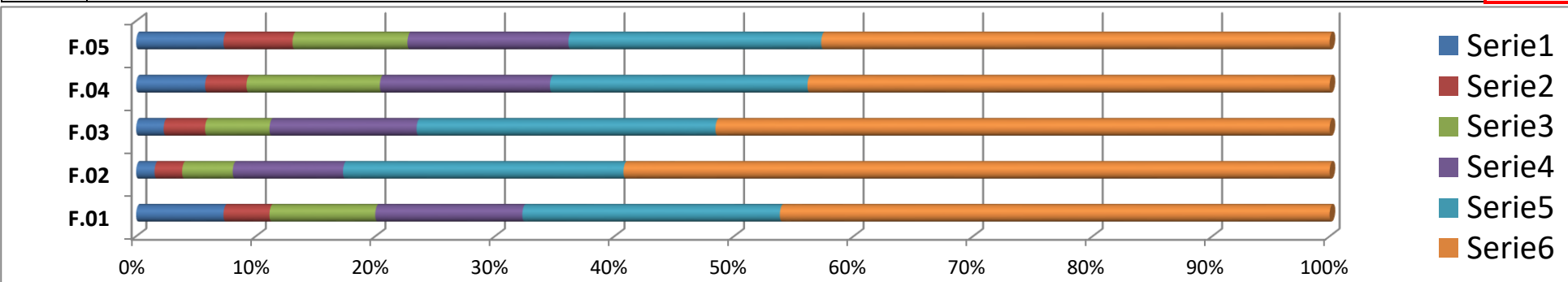
- Il mio lavoro

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
E.01	So quello che ci si aspetta dal mio lavoro	5,12
E.02	Ho le competenze necessarie per svolgere il mio lavoro	5,32
E.03	Ho le risorse e gli strumenti necessari per svolgere il mio lavoro	4,57
E.04	Ho un adeguato livello di autonomia nello svolgimento del mio lavoro	5,11
E.05	Il mio lavoro mi dà un senso di realizzazione personale	4,82



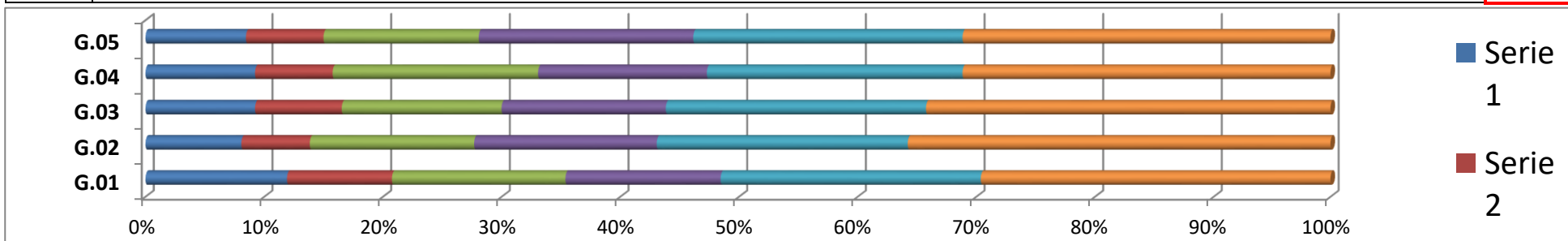
F - I miei colleghi

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
F.01	Mi sento parte di una squadra	4,75
F.02	Mi rendo disponibile per aiutare i colleghi anche se non rientra nei miei compiti	5,28
F.03	Sono stimato e trattato con rispetto dai colleghi	5,09
F.04	Nel mio gruppo chi ha un'informazione la mette a disposizione di tutti	4,74
F.05	L'organizzazione spinge a lavorare in gruppo e a collaborare	4,63



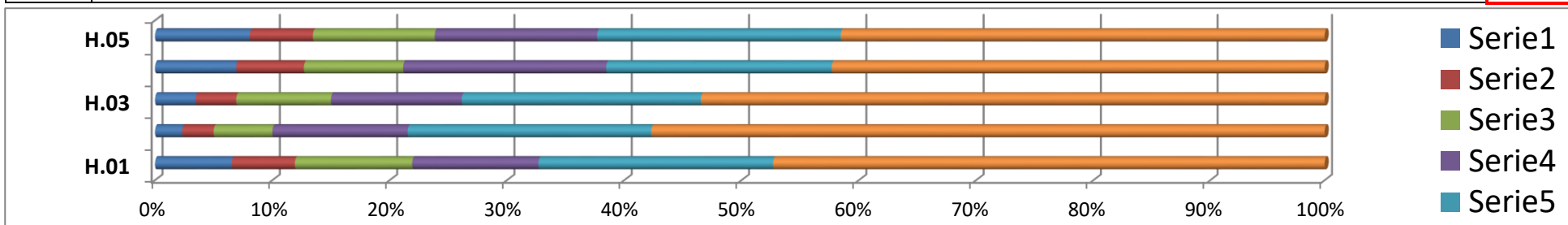
G - Il contesto del mio lavoro

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
G.01	La mia organizzazione investe sulle persone, anche attraverso un'adeguata attività di formazione	4,13
G.02	Le regole di comportamento sono definite in modo chiaro	4,43
G.03	I compiti e ruoli organizzativi sono ben definiti	4,35
G.04	La circolazione delle informazioni all'interno dell'organizzazione è adeguata	4,26
G.05	La mia organizzazione promuove azioni a favore della conciliazione dei tempi lavoro e dei tempi di vita	4,33



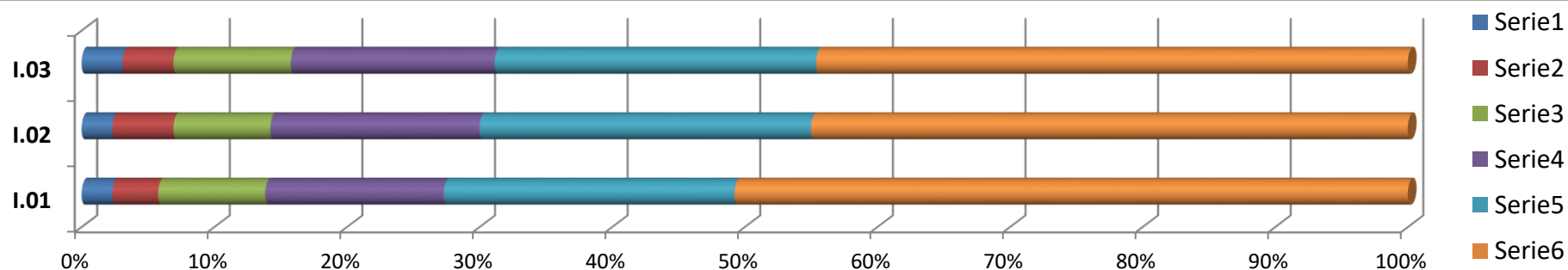
H - Il senso di appartenenza

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
H.01	Sono orgoglioso quando dico a qualcuno che lavoro nel mio ente	4,74
H.02	Sono orgoglioso quando il mio ente raggiunge un buon risultato	5,19
H.03	Mi dispiace se qualcuno parla male del mio ente	5,02
H.04	I valori e i comportamenti praticati nel mio ente sono coerenti con i miei valori personali	4,63
H.05	Se potessi, comunque cambierei ente	4,58



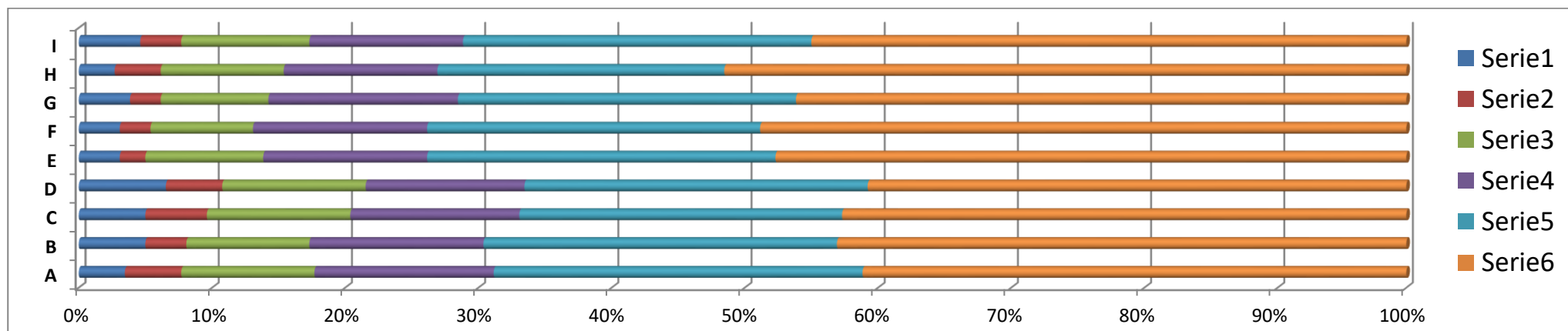
I - L'immagine della mia amministrazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
I.01	La mia famiglia e le persone a me vicine pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività	5,02
I.02	Gli utenti pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per loro e per la collettività	4,92
I.03	La gente in generale pensa che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività	4,88



Importanza degli ambiti di indagine

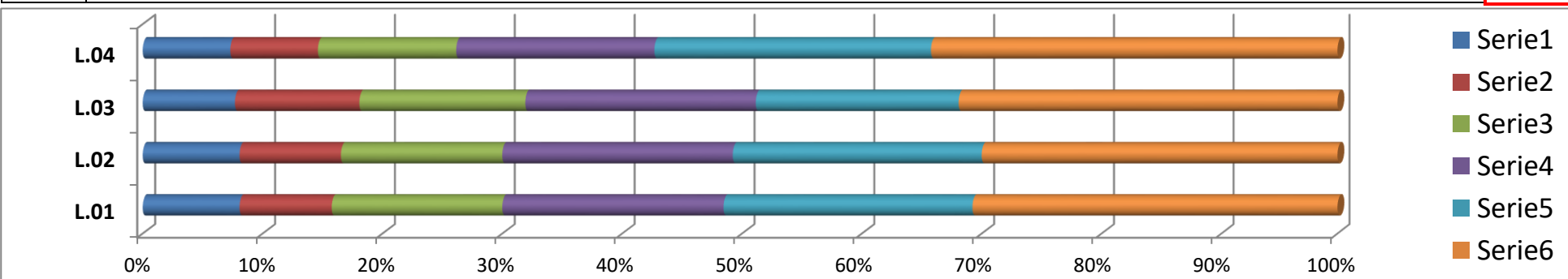
Quanto considera importanti per il suo benessere organizzativo i seguenti ambiti?		Media
A	La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato	4,81
B	Le discriminazioni	4,82
C	L'equità nella mia amministrazione	4,75
D	La carriera e lo sviluppo professionale	4,68
E	Il mio lavoro	5,00
F	I miei colleghi	5,01
G	Il contesto del mio lavoro	4,93
H	Il senso di appartenenza	5,00
I	L'immagine della mia amministrazione	4,87



1_Questionario grado di condivisione del sistema di valutazione

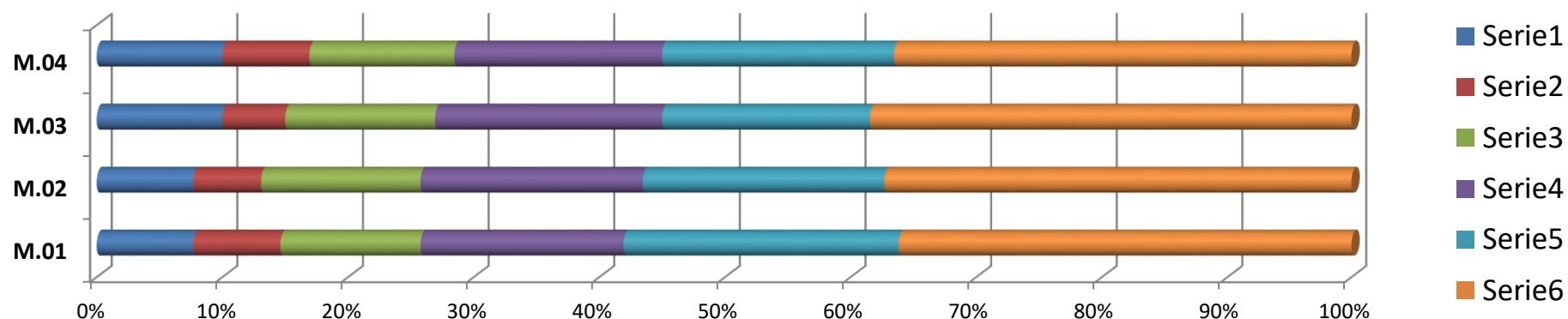
L - La mia organizzazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
L.01	Conosco le strategie della mia amministrazione	4,28
L.02	Condivido gli obiettivi strategici della mia amministrazione	4,26
L.03	Sono chiari i risultati ottenuti dalla mia amministrazione	4,23
L.04	È chiaro il contributo del mio lavoro al raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione	4,43



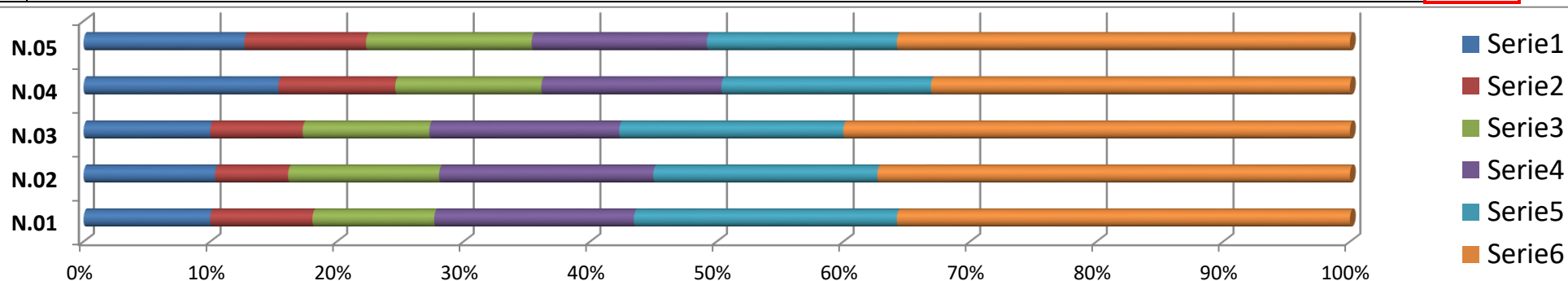
M - Le mie performance

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
M.01	Ritengo di essere valutato sulla base di elementi importanti del mio lavoro	4,46
M.02	Sono chiari gli obiettivi e i risultati attesi dall'amministrazione con riguardo al mio lavoro	4,47
M.03	Sono correttamente informato sulla valutazione del mio lavoro	4,42
M.04	Sono correttamente informato su come migliorare i miei risultati	4,36



N - Il funzionamento del sistema

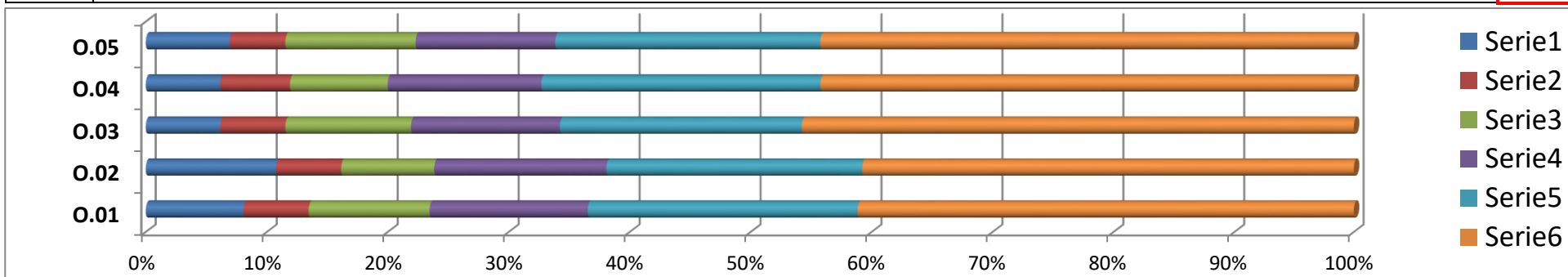
Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
N.01	Sono sufficientemente coinvolto nel definire gli obiettivi e i risultati attesi dal mio lavoro	4,37
N.02	Sono adeguatamente tutelato se non sono d'accordo con il mio valutatore sulla valutazione della mia performance	4,38
N.03	I risultati della valutazione mi aiutano veramente a migliorare la mia performance	4,43
N.04	La mia amministrazione premia le persone capaci e che si impegnano	4,07
N.05	Il sistema di misurazione e valutazione della performance è stato adeguatamente illustrato al personale	4,16



2 Questionario valutazione del superiore gerarchico

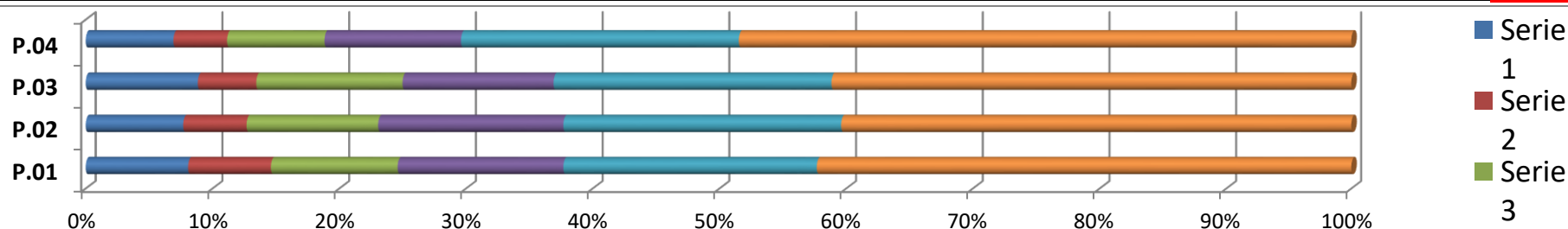
O - Il mio capo e la mia crescita

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
O.01	Mi aiuta a capire come posso raggiungere i miei obiettivi	4,60
O.02	Riesce a motivarmi a dare il massimo nel mio lavoro	4,52
O.03	È sensibile ai miei bisogni personali	4,72
O.04	Riconosce quando svolgo bene il mio lavoro	4,73
O.05	Mi ascolta ed è disponibile a prendere in considerazione le mie proposte	4,70



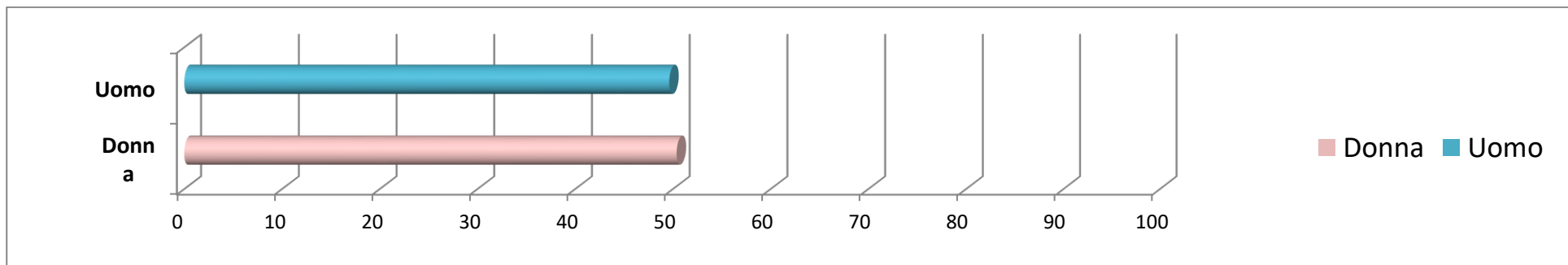
P - Il mio capo e l'equità

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?		Media
P.01	Agisce con equità, in base alla mia percezione	4,57
P.02	Agisce con equità, secondo la percezione dei miei colleghi di lavoro	4,59
P.03	Gestisce efficacemente problemi, criticità e conflitti	4,57
P.04	Stimo il mio capo e lo considero una persona competente e di valore	4,82

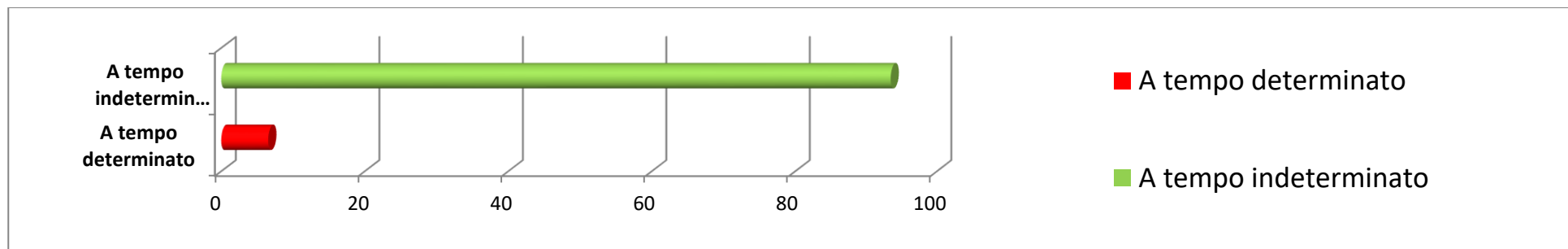


3 Dati anagrafici

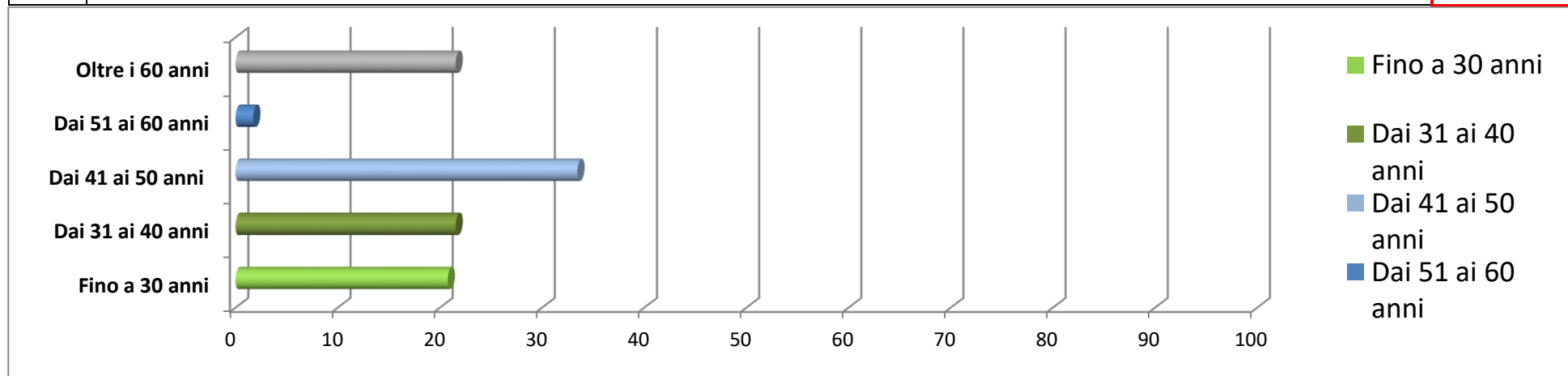
1 Sono		percentuali
1.1	Donna	50,38%
1.2	Uomo	49,62%



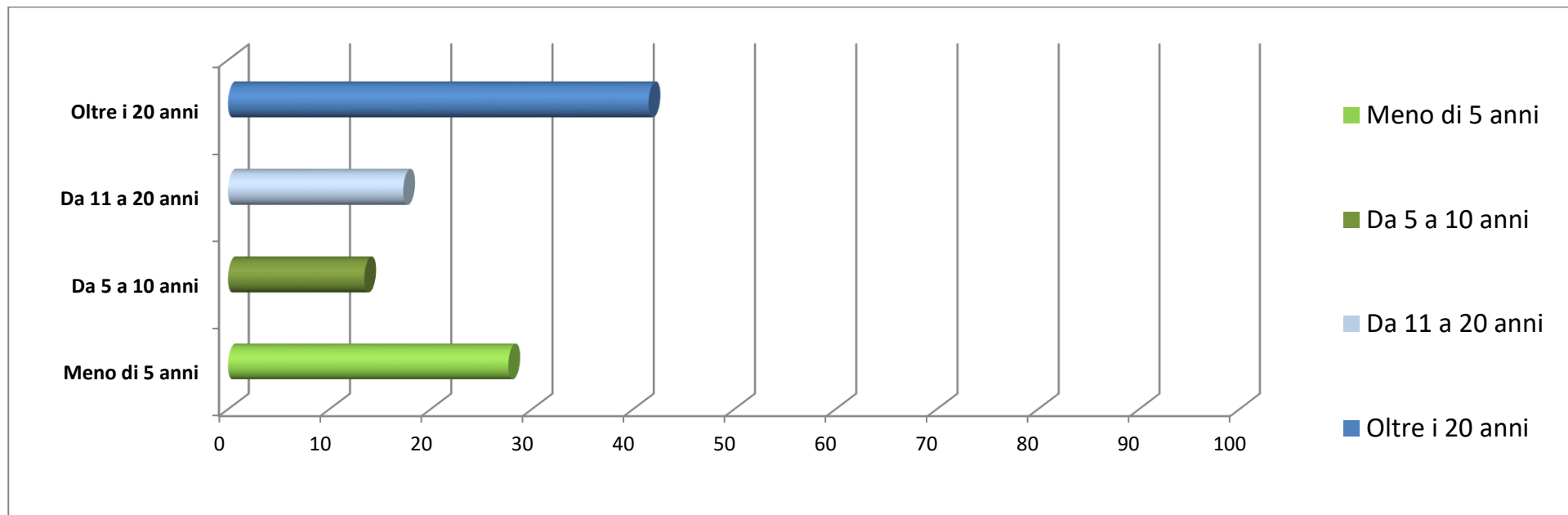
2		percentuali
2.1	A tempo determinato	6,54%
2.2	A tempo indeterminato	93,46%



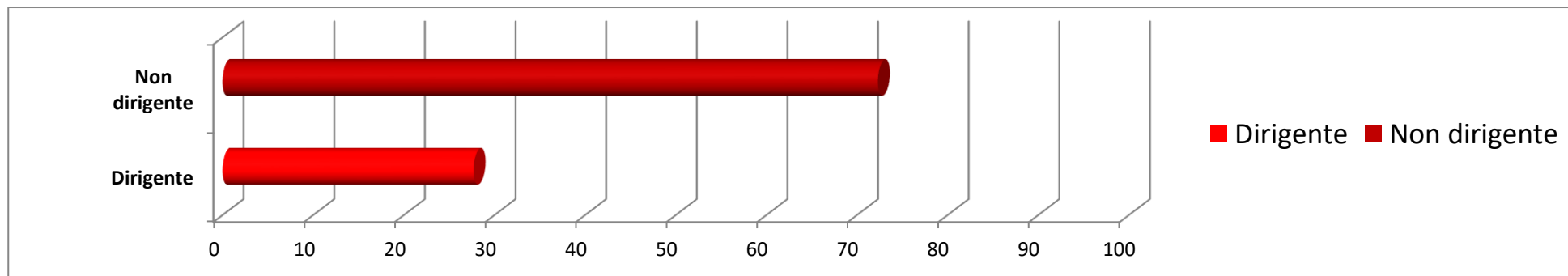
3		percentuali
3.1	Fino a 30 anni	20,77%
3.2	Dai 31 ai 40 anni	21,54%
3.3	Dai 41 ai 50 anni	33,46%
3.4	Dai 51 ai 60 anni	1,73%
3.5	Oltre i 60 anni	21,54%



4		percentuali
4.1	Meno di 5 anni	27,69%
4.2	Da 5 a 10 anni	13,46%
4.3	Da 11 a 20 anni	17,31%
4.4	Oltre i 20 anni	41,54%



5		percentuali
5.1	Dirigente	27,69%
5.2	Non dirigente	72,31%



1.6. Le risorse umane

Questa ASP, negli ultimi anni, è stata impegnata in un piano di riassetto organizzativo aziendale, scandito dall'adozione di numerosi provvedimenti.

A causa delle limitazioni imposte dalla normativa regionale e nazionale sulla spesa sanitaria, non solo avere la dotazione organica è cosa difficile, ma, addirittura, ogni anno si assiste ad un assottigliamento delle unità in forza, dovuto alle cessazioni che avvengono per pensionamenti o per cause diverse; sicché si è costretti, quotidianamente a misurarsi con le ristrette possibilità di gestione delle risorse a disposizione.

Una carenza accentuata di personale, si registra nella dirigenza medica e nel profilo infermieristico, in particolare nelle aree più critiche dell'emergenza: Pronto Soccorso, Cardiologia e UTIC, Anestesia, Chirurgia, Radiologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Psichiatria, Neurologia.

Una forte criticità si registra nell'area amministrativa, tecnica e professionale dovuta a carenza di personale, funzionari e dirigenti di tutte le aree operative centrali e periferiche; tale criticità rischia di creare i presupposti per grosse difficoltà operative stante la necessità di alcune specifiche figure quali ad esempio quella degli ingegneri informatici.

Negli Ospedali Spoke, vi sono importanti strutture ai limiti della funzionalità per carenza di personale dedicato che pur in presenza dell'espletamento di procedure di mobilità o concorsuali, non si riesca a reperire per indisponibilità di figure professionali, nonostante gli sforzi prodotti nell'ultimo anno sia dalla Direzione Generale dell'Asp che dalla Direzione Commissariale Regionale.

Allo stato è possibile assistere al crescente depauperamento degli organici a danno di servizi che, pur carenti dei previsti requisiti organizzativi, devono comunque garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e prestazioni indifferibili per l'attività delle strutture aziendali.

Pertanto, si è reso necessario ed urgente un investimento razionale e programmato della spesa del personale su nuove assunzioni, nonché alla completa attuazione del processo di stabilizzazione che, oltre ad apportare un beneficio in termini di ingresso di nuove risorse nelle Unità Operative più carenti, può contribuire a riqualificare l'Assistenza Sanitaria in termini prestazionali e di interventi di qualità diretti al malato, nonché a rispettare la normativa vigente in materia di turnazioni del personale (L. 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis"). Per tali finalità l'ASP di Cosenza, secondo le linee di indirizzo del D.M. 08/05/2018, applicando la metodologia di calcolo le linee guida del DCA n° 192/2019, in coerenza con il DCA n° 64/2016 e dell'atto aziendale, ha adottato il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2022/2024, adeguato ai dati di produzione riferiti all'anno 2021, secondo quanto disposto con DCA n° 113 del 06/09/2022; il Piano assunzionale aziendale, approvato dall'ASP di Cosenza con delibera n° 1611 del 06/10/2022, è stato successivamente autorizzato dalla struttura Commissariale regionale con DCA n° 124 dell'11/10/2022, per le assunzioni a tempo indeterminato necessarie al ripristino dei requisiti organizzativi minimi. Il suddetto Piano del Fabbisogno risulta ancora vigente in quanto è in itinere la procedura di ricognizione e aggiornamento della metodologia per la definizione dei nuovi piani dei Fabbisogni a livello regionale. Il piano del fabbisogno non è interamente comprensivo delle determinazioni dei Commissari ad acta per i presidi di Trebisacce e Praia a mare.

Al 31/12/2023 le risorse umane di cui dispone l'Azienda sono le seguenti:

	TOTALE PRESENTI AL 31/12/2023		
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO			
DIRIGENTI MEDICI	733		
	TOT.	733	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	88		
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO PROF.	5		
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO TEC.	7		
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM.	9		
	TOT.	109	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	2098		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO PROF.	8		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN	439		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	540		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM.	375		
	TOT.	3460	
	TOTALE TEMPO IND.		4302
DIRIGENTI AMM.VI 15/7	1		
	TOTALE 15/7	1	1
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO			
DIRIGENTI MEDICI	50	50	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	32		
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM.	1		
	TOT.	33	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	179		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN	46		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	7		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM.	8		
	TOT.	240	
	TOTALE TEMPO DET.		323
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Sanitario	0		
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Non Sanitario	0		
RESTANTE PERSONALE (PERS.RELIG.)	5		
ALTRI	0		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN. - COMANDO	1		
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM. - COMANDO	2		
	TOTALE RESTANTE PERS.	8	8
TOTALE	4634		4634

1.7. Attrezzature

L'ASP di Cosenza dispone delle necessarie attrezzature che le consentono di garantire i LEA; inoltre svolge mensilmente l'attività di monitoraggio dello stato di attuazione di ogni singolo intervento relativo alla categoria "attrezzature"/"mezzi di trasporto" provvedendo nei tempi indicati dal Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari" - Settore n. 9 "Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici" a trasmettere le informazioni necessarie per i monitoraggi e per la predisposizione dei piani/programmi per gli investimenti tecnologici.

Con nota n° 117613 del 24/10/2023 la direzione dell'Area tecnico-patrimoniale ha formulato e reso noto il Piano degli investimenti per il triennio 2024-2026, che si allega al presente PIAO (Allegato 5).

1.8. Coerenza con la Programmazione Economica-Finanziaria e di Bilancio

Le risorse finanziarie ed economiche programmate e pertanto definite con l'adozione del bilancio preventivo 2024, di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi. Nel corso del 2023 si è provveduto a recuperare l'arretrato accumulato nella registrazione delle fatture in contabilità generale; è in corso la circolarizzazione dei fornitori, e sono state avviate le procedure per l'elaborazione dei bilanci preventivi e consuntivi.

Per l'ASP di Cosenza, secondo il DCA 217 del 02/08/2023 sono previsti i seguenti finanziamenti del FSR:

Budget 2023 (quota A)	Budget 2023 risorse per Piano Efficientamento riqualificazione (quota B)	Budget 2023 Risorse obiettivi di sviluppo (quota C)	Totale Budget provvisorio 2023
1.269.320.369,96	38.619.727,65	6.883.435,17	1.314.823.532,78

Nel suddetto DCA la quota A è riferito al minor valore tra il finanziamento determinato sulla base dei criteri utilizzati per il riparto delle risorse per le aziende sanitarie territoriali mediante il criterio della quota capitaria corretta l'anno 2022, ed il finanziamento determinato sulla base dei costi dei fattori produttivi desunti dai conti economici consuntivi 2022 adottati dalle singole aziende rideterminati con il saldo della mobilità extraregionale e comprensivi della voce accantonamenti; la quota B è una quota di finanziamento destinata alle Aziende del SSR che in ragione della proiezione delle previsioni contabili 2023 conseguenti al finanziamento della quota A sono chiamate, anche in relazione a quanto stabilito nel DCA n° 146 del 09/06/2023 alla predisposizione di un Piano di Efficientamento e Riqualificazione (PER), al fine di razionalizzare la struttura dei costi di produzione al livello dei servizi erogati perseguendo obiettivi di incremento della produttività attraverso interventi ed azioni correttive oggetto di valutazione da parte della Regione. Il piano di efficientamento è stato regolarmente predisposto ed approvato dall'Azienda Sanitaria con delibera n°2324 del 31/10/2023 di approvazione del Bilancio di previsione.

La quota C è relativa a risorse aggiuntive attribuite alle Aziende per il perseguimento di obiettivi di sviluppo dei servizi da perseguire ad iniziare dal 2023 e proseguirle 2024.

Si prevede un aumento della produzione derivante dall'incremento delle attività che l'Azienda Sanitaria di Cosenza intende mettere in atto in conseguenza del potenziamento di alcune strutture

aziendali quali, le sale operatorie, l'emodinamica con le Cardiologie, derivanti dagli interventi di potenziamento di tali strutture. Nel piano inoltre si prevedono le aperture di strutture già in programma quali il reparto di Ortopedia di Castrovillari, la Medicina generale di Trebisacce, la Lungodegenza di Praia a mare (le criticità sono relative alla carenza di personale), la riapertura della Ostetricia e ginecologia di Cetraro con punto nascita, nonché il potenziamento dei reparti che erogano prestazioni di ricovero (DRG) ed ambulatoriali oggetto di mobilità passiva;

Gli obiettivi assegnati al D.G., di competenza dei Servizi Finanziari, si possono perseguire in maniera completa entro i tempi di rito perseguendo i seguenti obiettivi da parte dei dirigenti responsabili di struttura (Ingegneria Clinica, Uff. Tecnico Patrimoniale, Acquisizione Beni e Servizi, Uff. Legale, Protesica Distrettuale, Erogatori, UOC Anziani e Disabili, Distretti Sanitari, DPC, Farmaceutica T. e O. ecc):

- Registrazione immediata delle fatture pervenute (simultanea all'emissione). Se dalla verifica le stesse risultano non dovute richiedere immediatamente note di credito (soprattutto nel caso delle fatture emesse dalle Case di Cura - RSA – CP a titolo di extrabudget). Oggi ci sono ancora 4.000 circa fatture non registrate che giacciono sulle rispettive scrivanie provocando ritardi poi nella liquidazione e nel pagamento;
- Liquidazione fatture entro e non oltre i 30 gg. dal ricevimento sullo SDI. Eventuali ritardi nella liquidazione provocheranno inevitabili ritardi nel pagamento;
- Ai mancati/ritardati riscontri alle richieste del GREF, ignorate sovente dalla maggior parte degli uffici aziendali, prevedere sanzioni disciplinari per il dirigente anche di tipo pecuniario con conseguente valutazione negativa;
- Infine, onde evitare ulteriori aggravii di spesa (interessi e spese legali) e contenzioso oltre che inutile spreco di tempo, è opportuno che l'Area Legale man mano che pervengono i DD.II. intervenga, con il supporto del GREF e degli uffici che detengono il contratto, per il tramite della ditta fornitrice o del legale di controparte, procedendo all'immediata registrazione - liquidazione e pagamento delle fatture oggetto di decreto così da rimuovere inutili controversie.

Nonostante diverse criticità, i Servizi Finanziari sono riusciti comunque, a raggiungere gli obiettivi assegnati, tant'è che oltre all'approvazione del bilancio preventivo 2024, e del bilancio di esercizio 2022, nel 2023 si è avuta un miglioramento dell'ITP.

Per ciò che riguarda l'indicatore di tempestività dei pagamenti occorre evidenziare infatti che a partire dal 2016 si è registrato un calo raggiungendo valori pari a ITP 41,03 nel 2021, 28,27 nel 2022, mentre nel terzo trimestre 2023 si hanno valori pari a 16,27 quindi con netta tendenza al miglioramento.

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 3 trim	2023 4 trim
Indicatore di tempestività	130,50	90,82	49,85	36,88	58,37	41,03	28,27	16,27	28,00

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

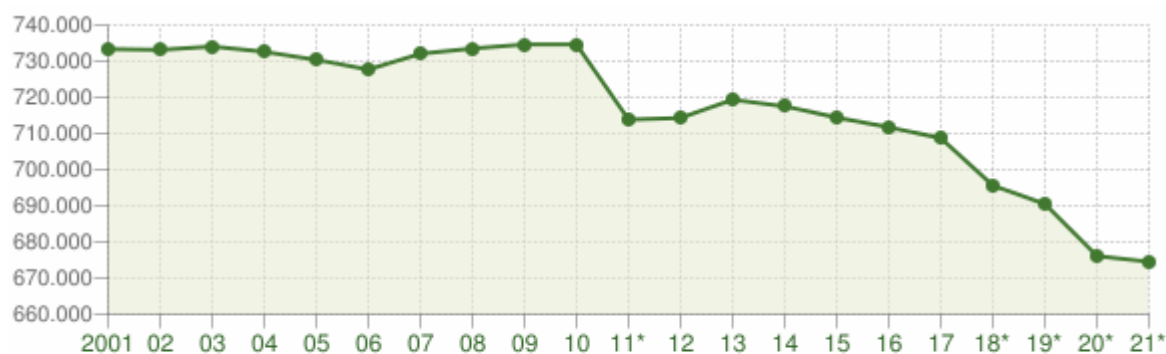
2.1.1. Contesto Interno ed esterno

Nei paragrafi precenti è stata già illustrata la situazione di fatto del contesto in cui opera L'Asp di Cosenza. Di seguito altre informazioni che integrano e ben specificano attraverso indicatori il contesto esterno ed interno.

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 150 Comuni per come si evince anche dai dati geo-funzionali della ASP di Cosenza distinti per gli ex 15 Distretti:

DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
	Anno 2021			
DISTRETTI	popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
1 - "TIRRENO"	129.521	33	940	138
2 - "ESARO/POLLINO"	91.600	28	1.179	78
3 - "JONIO NORD"	95.787	21	1.295	74
4 - "JONIO SUD"	67.688	14	1.350	50
5 - "VALLE CRATI"	139.115	20	1.086	128
6 - "COSENZA/SAVUTO"	152.408	34	860	177
TOTALE DISTRETTI	676.119	150	6.710	101

Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Cosenza** dal 2001 al 2021. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre anno 2021.



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Il movimento naturale della popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

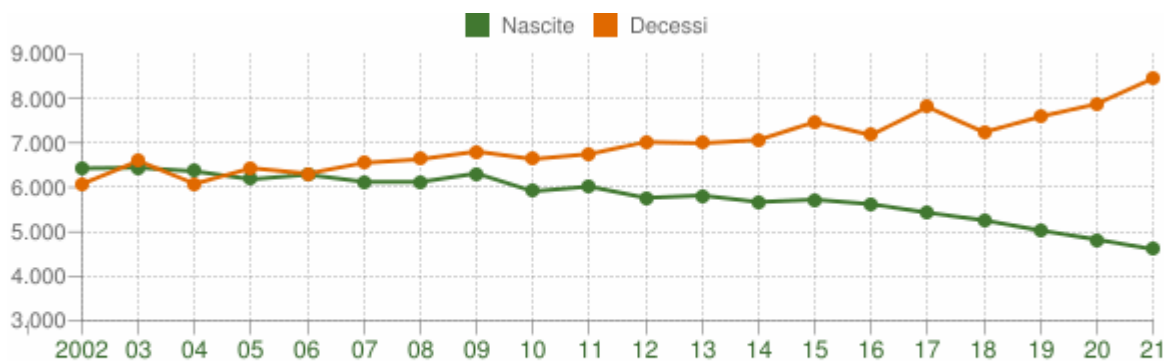


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

In effetti l'esame del grado di invecchiamento (**indice di vecchiaia**) nella popolazione della provincia di Cosenza, nel 2019 è stato pari a 175,4 anziani ogni 100 giovani (ISTAT 2019) mentre nel 2021 è stato di 189,7 anziani ogni 100 giovani.

Il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19) - **indice di ricambio della popolazione attiva** - in provincia di Cosenza nel 2022 è 151,5 e significa che la popolazione in età evolutiva è molto anziana.

Economia

Con i suoi 150 comuni è la prima provincia calabrese per numero di comuni. Ospita, presso Arcavacata di Rende, l'Università della Calabria (UNICAL).

La superficie territoriale è suddivisa in 3.604 km² di montagna, 2.696 km² di collina e 352 km di pianura. La provincia ha anche 228 km di coste, che affacciano sul mar Tirreno ad ovest e sul mare Jonio ad est.

Le attività produttive prevalenti si possono ricondurre al settore edile, al settore agricolo forestale ed allevamenti di bestiame, al settore turistico – alberghiero e balneare.

Edilizia

L'edilizia riguarda soprattutto la costruzione di civili abitazioni concentrate nei centri più grandi e nelle aree costiere. Ciò, fatto salvo i centri più grandi, avviene anche per il lento ma costante fenomeno dell'abbandono dei centri montani.

Una parte rilevante del settore edile è impegnato nella costruzione e nella manutenzione di opere stradali e nella costruzione di opifici industriali.

Agricoltura

L'agricoltura è, come nel resto della regione, il settore più importante sia per numero di occupati che di aziende.

La piana di Sibari, è il cuore pulsante di questo settore, ed è dedicato soprattutto alla coltivazione di piantagioni di alberi da frutta (agrumi, pesche, melograni) ed ortaggi vari;

Le valli del Savuto e la valle del Crati, sono in prevalenza ricche di vigneti ed anche qui insistono una discreta presenza di piantagioni di alberi da frutta.

Inoltre, sparsa su tutto il territorio provinciale, sia nelle valli che nelle aree pedemontane ai piedi del Pollino e della Sila vi è una importante coltivazione di ulive.

Pesca ed allevamento

Il settore ittico è un settore importante e variamente diffuso nell'intera provincia. L'attività si concentra soprattutto in alcuni importanti centri costieri nei quali è presente una rilevante flotta peschereccia; tra questi spiccano, tra le due coste dello Ionio e del Tirreno, centri importanti quali: Corigliano Calabro e Trebisacce sulla costa ionica, Paola e Cetraro sul Tirreno.

Per quel che concerne l'allevamento questo è praticamente diffuso su tutto il territorio, dalla costa alle aree montane. In queste ultime aree si concentra maggiormente l'allevamento bovino, mentre nelle zone collinari della provincia e sulla costa è diffuso l'allevamento di ovini e caprini e di animali domestici di razza avicola (polli e tacchini).

Industria e commercio

L'industria è il settore che più di altri ha avuto nel corso del tempo uno sviluppo a macchia di leopardo su tutto il territorio. Attività industriali di un certo rilievo si trovano solo in alcune aree della provincia, mentre altre aree, specie le zone più interne, che soffrono della carenza di infrastrutture adeguate, presentano attività più che altro artigianali.

La provincia è priva di distretti industriali; questo ha comportato la mancanza del know-how necessario ad uno sviluppo industriale con basi più solide su tutto il territorio.

Non mancano tuttavia rilevanti attività industriali, in particolar modo, nel campo dell'industria agro-alimentare, che si concentrano prevalentemente nell'area urbana di Cosenza, nell'area Corigliano-Rossano e nei centri più grandi del tirreno.

Energia

Il settore energetico occupa una parte consistente dell'industria cosentina. Rilevanti sono le centrali idroelettriche realizzate nei primi decenni del secolo scorso site nei comuni di Acri e San Giovanni in Fiore, merita di essere ricordata la Centrale termoelettrica di Rossano, che attualmente conosce un certo declino.

Attualmente vi sono in funzione le nuove centrali idroelettriche di Tarsia, la Centrale a Biomasse di Laino Borgo e la Centrale a gas di Altomonte.

Il settore delle fonti energetiche rinnovabili è in crescita, grazie alla creazione di parchi eolici realizzati nella valle del Crati e nella piana di Sibari.

Il mercato dell'energia nel complesso, è un settore ancora in crescita nella provincia cosentina.

Terziario e servizi

Quello del terziario e dei servizi è il settore più in crescita nella provincia, conseguente ad un travaso di lavoratori da parte del settore manifatturiero verso questo settore.

Il polo urbano di Cosenza con il suo hinterland è il maggiore centro erogatore di servizi.

Un secondo polo urbano di una certa importanza è quello di Corigliano-Rossano sulla costa ionica e Castrovillari nell'area del Pollino.

Cosenza e il suo hinterland forniscono pressoché tutti i servizi principali della provincia, oltreché servizi avanzati collocati soprattutto nella cittadina di Rende e Castrovillari.

Turismo

Il turismo della provincia di Cosenza è il più variegato fra quello delle province calabresi, poiché all'ormai consolidato turismo estivo delle località marittime e a quello culturale e religioso dei principali centri interni, la provincia di Cosenza negli ultimi anni ha acquisito anche un turismo montano pressoché costante nell'intero anno.

Infrastrutture e trasporti

Linee ferroviarie

Il sistema ferroviario della provincia si divide in:

- Ferrovie gestite da Ferrovie dello Stato
- Ferrovie gestite da Ferrovie Calabro Lucane

I tratti ferroviari di competenza statale sono i tratti costieri tirrenici molto servito e quello ionico che denuncia qualche precarietà. Vi sono poi alcuni tratti interni che si snodano tra Cosenza e Sibari e tra Paola e Cosenza.

I tratti di competenza regionali sono la Ferrovia Cosenza-Catanzaro Lido che collega i due capoluoghi, la Ferrovia Cosenza-Camigliatello-San Giovanni in Fiore che è una trasversale.

Dati di contesto su fenomeno corruttivo

Determinante ai nostri fini, risulta l'approfondimento delle problematiche che caratterizzano la presenza e le possibilità di sviluppo del fenomeno corruttivo nello specifico settore della sanità e l'approfondimento delle caratteristiche del contesto territoriale nell'ambito del quale opera la nostra Azienda.

Per quanto riguarda le caratteristiche del fenomeno corruttivo in ambito sanitario, a seguito della constatazione della forte incidenza, dei conseguenti costi e dell'impatto sulla erogazione dei servizi, si sono succeduti, negli ultimi anni, alcuni importanti studi che, oltre a sistematizzare la specifica letteratura sull'argomento, hanno rilevato gli elementi portanti del sistema corruttivo in ambito sanitario, delineandone i diversi profili.

Nell'ambito del settore sanitario diversi studi mettono in evidenza sei tipologie di corruzione nelle aree di assistenza sanitaria prese in esame:

- ✓ corruzione nell'erogazione dei servizi medici;
- ✓ corruzione nell'aggiudicare gli appalti;
- ✓ rapporti commerciali illeciti;
- ✓ uso improprio di posizioni di prestigio;
- ✓ richieste di rimborso ingiustificate;
- ✓ truffe e malversazioni relative a medicinali e a dispositivi medici.

Le **inefficienze** e gli **sprechi** più macroscopici fanno invece riferimento a :

- ✓ sacche di resistenza a far interagire e ad interfacciarsi dei diversi comparti del sistema;
- ✓ attraverso procedure trasparenti e gestionalmente efficaci;
- ✓ scarsa interoperabilità dei sistemi informatici;
- ✓ bassa produttività delle attrezzature diagnostiche;
- ✓ liste di attesa prolungate;
- ✓ scarsa reingegnerizzazione dei sistemi sanitari verso la domanda di salute a livello territoriale;
- ✓ inadeguatezza dei sistemi di controllo degli standard di qualità;
- ✓ incapacità di codecisione con tutti gli stakeholders del sistema.

Il complesso sistema di sprechi, inefficienze e corruzione, genera dei costi indotti per i quali si stima che possano incidere per il 20% della spesa sanitaria pubblica.

La conoscenza specifica delle problematiche corruttive che interessano il settore sanitario in generale definisce lo specifico “contesto” operativo nell’ambito del quale posizionare la programmazione di un efficace sistema di prevenzione della corruzione.

L’analisi del contesto è un processo conoscitivo che l’azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

- fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
- stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nell’attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall’ambiente di riferimento;
- verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione.

Contesto interno

PRODUZIONE LIVELLO OSPEDALIERO 2022/2021

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
	13.141	102.463	9,1	46,2%	8.705	3.186	24,2%		42.554.178
Stabilimento Ospedaliero – SDO I006 - 2021	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
	12.961	102.174	7,9	45,3%	8.206	3.047	23,5%		43.512.032
Stabilimento Ospedaliero – SDO I006 - 2022-2021	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
	+ 180	+ 289	+ 1,20	+ 0,90%	+ 499	+ 139	+ 0,70%		-957.854

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 – 2022 DH - DS	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
	3.527	3.527	8.723	2,4	21%	1.343	1.014	55,30%	0,8	2.977.247
Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 – 2021 DH - DS	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
	2.818	2.818	7.592	2,6	19%	1.020	863	59,80%	0,9	2.518.726
Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 – 2022-2021 DH - DS	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
	+ 709	+ 709	+ 1.131	- 0,20	+ 2%	+ 323	+ 151	-4%	- 0,10	+ 458.521

Dall’esame dei report anno 2022 e 2021 si evince quanto segue:

- ✓ Principali **indicatori ospedalieri** in regime ordinario anno 2022, e scostamenti rispetto all'anno 2021; dall'esame dei relativi report, si evince che:
- ✓ per ciò che riguarda la **degenza media**, l'andamento complessivo negli Spoke è nel senso dell'incremento dell'indicatore, che è passato mediamente dai 7,9 giorni del 2021 a 9,1 giorni del 2022, superando i valori medi nazionali.
- ✓ Per ciò che concerne i **casi chirurgici** complessivamente si è registrato, nel 2022 rispetto al 2021, un incremento di 148 casi e 628 interventi presso il Presidio di Paola, di 100 casi e 201 interventi presso il Presidio di Rossano, ed una riduzione di 108 casi e 237 interventi nel P.residio di Castrovillari, anche derivante dalla temporanea chiusura delle sale operatorie;
- ✓ Per ciò che concerne il **peso medio dei DRG** si è registrato negli Spoke una sostanziale stazionarietà dei valori ed in linea con la media nazionale nonostante le difficoltà organizzative.
- ✓ Il **numero complessivo dei ricoveri** è in aumento complessivamente di 180 casi ordinari nel 2022 rispetto al 2021, e di 709 casi in DH/DS, con riduzione dei casi per i PP.OO. di Castrovillari, Cetraro, San Giovanni in fiore, ed incremento nei rimanenti. Per ciò che riguarda le tipologie, nel biennio sono in aumento sia i DH/DS che i ricoveri ordinari.
- ✓ Il **tasso di occupazione** dei posti letto ordinari negli Ospedali Spoke risulta con tendenza in aumento nel 2022 rispetto al 2021 in tutti gli stabilimenti;
- ✓ **interventi per frattura di femore** sono stati nel 2022 pari a n° 224 casi a Paola (di cui 140 effettuati entro i 2 giorni dal ricovero, con un indice pari a 62,50%), n° 133 casi a Rossano (di cui 79 effettuati entro i 2 giorni dal ricovero, con un indice pari al 59,40%), nessun caso a Castrovillari. La media aziendale nel 2022 risulta pari al 60,95% con miglioramento rispetto al 52,9% del 2021; da segnalare che dai dati del preconsuntivo risulta che l'indice nel 2023 è ulteriormente migliorati con una percentuale media pari a circa il 75% .
- ✓ per ciò che riguarda gli **indicatori di parto** dei reparti di Ostetricia e Ginecologia, è da segnalare che nel 2022 nel P.O. di Castrovillari vi è stata un'incidenza dei primi cesarei del 27,54% in riduzione rispetto al 34,45% del 2021 (-6,90%); nel P.O. di Corigliano vi è stata un'incidenza di primi parti cesarei del 20,52%, con una lieve riduzione pari al 21,35% (-0,83); la media aziendale dei due presidi è pari al 24,03%, con una riduzione del 3,86% sul 2021 (-3,86) e tendenza quindi al miglioramento. Il dato di Cetraro è assente nel 2020, 2021 e 2022 in quanto risulta chiuso da Luglio 2019.
- ✓ per quanto riguarda l'attività specialistica ambulatoriale degli Ospedali, vi è da segnalare che le prestazioni, ridottesi sensibilmente nel 2020 di 317.793 unità, nel 2021 hanno registrato una tendenza al recupero con un incremento complessivo pari a 428.285 unità rispetto al 2020; Nel 2022, rispetto al 2021, si registra un incremento delle prestazioni di 30.404 unità in tutti gli stabilimenti, tranne che presso lo stabilimento di Praia Amara in cui si registra la tendenza alla riduzione pari a 9.382 prestazioni rispetto al 2021 e presso lo stabilimento di Cetraro dove si registra una riduzione di 3.721 casi. Quindi complessivamente nell'area ospedaliera si è registrato il recupero dei volumi ante Covid.
- ✓ Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nei Distretti sanitari, che nel 2020 si erano ridotte di n° 473.748 prestazioni, hanno registrato nel 2021 una tendenza all'incremento con recupero rispetto al 2020 di 198.466 prestazioni. Nel 2022 si registra una riduzione delle prestazioni pari a 51.830 casi rispetto all'anno 2021.
- ✓ per ciò che riguarda gli **accessi al Pronto soccorso e nei Punti di Primo Intervento**, c'è da registrare nel 2022 rispetto al 2021 un incremento degli accessi di 13.399 casi; l'incremento ha riguardato tutti i Pronto Soccorso e PPI aziendali indistintamente.
- ✓ Anche per le prestazioni erogate dai Pronto soccorso e PPI, nel 2020 si è registrata una riduzione pari a 289.991 prestazioni, con una ripresa nel 2021 erogazione delle prestazioni pari a 44.064

rispetto al 2020. Anche in questo caso solo gli stabilimenti di Rossano e San Giovanni in F. hanno mantenuto un trend negativo con ulteriore perdita di oltre 20.000 prestazioni complessivamente rispetto al 2020.

- ✓ tra le principali prestazioni erogate dall'area territoriale, dall'esame dei report si evince:

Attività ADI

SINTESI ATTIVITA' ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) - BIENNIO 2020/2021															
DISTRETTO	Tot. Pz ADI 2019	Tot. Pz ADI 2020	Tot. Pz ADI 2021	Tot. paz. ADI 2022	Scost. Pz ADI 2022/2021	Pz over 65 2019	Pz over 65 2020	Pz over 65 2021	Pz. over 65 2022	Scost. Over 65 2022/2021	Pz. terminali 2019	Pz. terminali 2020	Pz. terminali 2021	Pz. terminali 2022	Scost. Terminali 2022/2021
COSENZA SAVUTO	1.227	1.060	845	1037	192	785	914	670	887	217	153	375	230	220	-10
JONIO NORD	689	701	671	838	167	552	632	591	720	129	137	107	168	118	-50
JONIO SUD	406	407	396	387	-9	358	343	327	306	-21	199	153	-	81	-72
ESARO POLLINO	556	512	499	436	-63	508	388	359	349	-10	127	124	140	98	-42
TIRRENO	811	1.072	1072	1968	896	722	896	896	1722	826	67	52	52	246	194
VALLE CRATI	844	752	913	945	32	733	643	774	713	-61	340	166	169	200	31
	4.533	4.504	4.396	5611	1.215	3.658	3.816	3.617	4697	1.080	1.023	977	759	963	51

Per quanto riguarda le attività di Assistenza domiciliare dalla tabella si evidenzia che nel 2022 le prestazioni erogate a domicilio sono complessivamente aumentate rispetto al 2021 sia per ciò che riguarda quelle a favore dei pazienti ADI in generale, ma anche per i pazienti over 65 e terminali; infatti complessivamente le prestazioni si sono incrementate di 1.215 nel 2022 rispetto al 2021, con un incremento delle prestazioni per over 65 pari a n° 1.080, e per pazienti terminali di 963 prestazioni in più nel 2022.

Liste di Attesa

Si riportano di seguito i tempi medi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale, riferiti a tutta l'ASP di Cosenza:

TEMPI MEDI D'ATTESA ASP DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO NAZIONALE - L'ANALISI E' STATA EFFETTUATA SU DUE PERIODI: APRILE 2022 E APRILE 2023		
Prestazione	apr-22	apr-23
Visita Cardiologica 89.7	59	49
Visita Chirurgica vascolare 89.7	61	50
Visita Endocrinologica 89.7	44	64
Visita Neurologica 89.13	40	41
Visita Oculistica 95.02	65	62
Visita Ortopedica 89.7	51	50
Visita Ginecologica 89.26	32	37
Visita Otorinolaringoiatrica 89.7	37	48
Visita Urologica 89.7	46	37
Visita Dermatologica 89.7	37	43

Visita Fisiatrica 89.7	47	42
Visita Gastroenterologica 89.7	47	47
Visita Oncologica 89.7	10	11
Visita Pneumologica 89.7	36	22
Mammografia Bilaterale 87.37.1	102	49
Mammografia Monolaterale 87.37.2	50	65
TC del Torace 87.41	25	40
TC del Torace con MDC senza e con MDC 87.41.1	30	59
TC addome superiore 88.01.1	5	17
TC addome superiore senza e con MDC 88.01.2	44	46
TC Addome inferiore 88.01.3	1	3
TC addome inferiore senza e con MDC 88.01.4	26	38
TC addome completo 88.01.5	5	6
TC addome completo senza e con MDC 88.01.6	35	42
TC Cranio - encefalo 87.03	16	29
TC Cranio - encefalo senza e con MDC 87.03.1	43	42
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale 88.38.1	24	29
Tac bacino con e senza contrasto 88.38.05	41	40
Rmn cervello e tronco encefalico 88.91.1	41	32
Rmn cervello e tronco encefalico senza e con MDC 88.91.2	39	39
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC 88.95.5	34	36
RM della colonna in toto 88.93	27	44
RM della colonna in toto senza e con MDC 88.93.1	44	50
Ecografia del capo e del collo 88.71.4	72	64
Ecocolordoppler cardiaco 88.72.3	66	41
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici 88.73.5	76	75
Ecografia addome superiore 88.74.1	59	59
Ecografia addome inferiore 88.75.1	42	38
Ecografia addome completo 88.76.1	62	60
Ecografia bilaterale della mammella 88.73.1	95	88
Ecografia bilaterale della mammella 88.73.2	35	34
Ecografia ostetrica 88.78	29	30
Ecografia ginecologica 88.78.2	82	62
Ecocolordoppler dei vasi periferici 88.77.2	68	69
Colonscopia totale con endoscopia flessibile 45.23	93	78
Esofagogastroduodenoscopia 45.13	58	55
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 45.16	30	27
Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile 45.24	182	n.p.
Elettrocardiogramma Holter 89.50	63	58
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile 89.41	57	51
Elettrocardiogramma 89.52	56	35
Esame audiometrico tonale 95.41.1	59	50
Spirometria semplice 89.37.1	56	48
Spirometria globale 89.37.2	46	40
Elettromiografia 93.08.01	64	60
Fondo oculare 95.11	97	78

I dati riportati si riferiscono ai tempi medi di attesa registrati nella ASP di Cosenza per le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale su due periodi di osservazione, aprile 2022 ed aprile 2023; dai dai

si registra una tendenza al miglioramento per diverse tipologie di prestazioni, che dovrà continuare e migliorare nel corso del 2024.

Per ciò che attiene alle attività erogate nel corso dell'anno 2022, dall'esame dei dati di attività dell'ASP risultanti a consuntivo sui sistemi aziendali alla data del 31 dicembre 2022, e rapportato con le attività svolte nell'anno 2021, 2020 e anno 2019 si rileva quanto di seguito meglio specificato:

Prestazione	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Scost. 22/21
Ricoveri	22.544	16.016	15.779	16.675	896
Accessi PS	124.857	84.440	86.666	100.065	13.399
Prestazioni Specialistica amb. Osped.	1.832.736	1.514.943	1.676.026	1.760.793	84.727
Prestazioni Specialistica amb. Distr.	1.388.019	914.271	770.329	744.201	-26.128
Prestazioni Specialistica amb. CAPT	264.365	187.729	229.128	200.893	-28.235
Assistenza ADI over 65	3.658	3.816	3.317	4.697	1.080
Specialistica amb. DSM	41.279	23.357	27.935	67.572	39.637

Dai dati riportati in tabella e rilevati dal sistema informativo di rilevazione delle attività si evince chiaramente che le prestazioni erogate dall'ASP di Cosenza nel corso dell'anno 2020 hanno subito un crollo rispetto allo stesso periodo dell'anno 2019, con una lieve ripresa nel 2021.

Infatti si registra, per l'ASP di Cosenza, una riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli interventi chirurgici di oltre il -30%, così come della specialistica ambulatoriale sia delle prestazioni erogate negli ospedali che negli ambulatori distrettuali; stesso discorso per le prestazioni erogate nei CAPT e nei pronto soccorso e per quelle erogate come APA-PAC; le prestazioni erogate dal Dipartimento di Salute Mentale si sono ridotte di oltre il 45%.

Si registra peraltro, nel corso del 2020 un incremento al contrario, delle prestazioni erogate in Assistenza Domiciliare.

Nel corso dell'anno 2022, invece, per tutte le tipologie di prestazioni si registra una inversione di tendenza, con incremento delle prestazioni erogate in tutti gli ambiti rispetto al 2021, ma tale incremento non recupera i quasi mai i volumi prestazionali pre pandemia, se si eccettua per quelle del Dipartimento di Salute Mentale.

Di seguito si riporta l'andamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per disciplina negli anni 2021 e 2022, con relativi scostamenti:

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse Temporaneo Sistema Sec Sistr – Prestazioni per Disciplina	2021	2022
allergologia (01)	4.004	4.540
anatomia ed istologia patologica (03)	7.830	7.878
anestesia (82)	2.055	2.359
angiologia (05)	4.393	3.900
cardiologia (08)	55.582	51.207
centro trasfusionale immunoematologia (85)	4.869	5.833
chirurgia generale (09)	13.824	13.669
chirurgia maxillo facciale (10)	52.856	55.140
chirurgia vascolare (14)	7.021	6.469
cure palliative/hospice (99)	3.192	2.788
dermatologia (52)	12.293	11.654
detenuti (97)	2.397	1.852
dietetica e dietologia (94)	623	739



ematologia (18)	288	231
emodialisi (54)	59.630	51.542
gastroenterologia (58)	7.036	5.693
geriatria (21)	7.970	7.228
immunologia (20)	12.520	10.873
laboratorio analisi chimico clinica (83)	1.973.729	2.011.816
lungodegenti (60)	83	60
malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (19)	35.147	29.354
medicina generale (26)	10.796	8.139
medicina sportiva (15)	3.662	3.627
nefrologia (29)	65.318	65.181
neurologia (32)	25.285	23.712
neuropsichiatria infantile (33)	4.762	6.040
neuro-riabilitazione (75)	9.854	12.672
oculistica (34)	31.164	33.767
odontoiatria e stomatologia (35)	1.562	1.858
oncologia (64)	20.169	19.505
ortopedia e traumatologia (36)	28.941	29.188
ostetricia e ginecologia (37)	9.400	11.198
otorinolaringoiatria (38)	24.008	21.060
pediatria (39)	4.643	4.205
pneumologia (68)	7.678	8.294
poliambulatorio ospedaliero (90)	1.976	2.022
pronto soccorso (89)	12.397	17.673
psichiatria (40)	23.858	25.065
radiodiagnostica (tac, risonanza, pet) (86)	2.492	3.043
radiologia (69)	55.762	64.675
recupero e riabilitazione funzionale (56)	47.623	44.217
reumatologia (71)	6.134	6.420
urologia (43)	10.657	9.501
Totale complessivo	2.675.483	2.705.887

Dalla tabella si evince che complessivamente si è registrato un miglioramento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ASP di Cosenza nel corso dell'anno 2022 rispetto al 2021 (+30.404) con un incremento percentuale dell'1,14%; da segnalare, in riferimento alle discipline erogate, un incremento delle prestazioni erogate in pronto soccorso, di diagnostica radiologica, di pneumologia, ostetricia e ginecologia, di ortopedia, di oculistica, di laboratorio analisi e quelle di allergologia.

Sintesi attività Dipartimento salute mentale anno 2022

Tipologia	numero
Numero totale prestazioni	67.572
Numero nuovi utenti	4.330
Numero prestazioni psico-educazionali	10.681
Numero cartelle inserite su sigemona	3.046

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale del Dipartimento di Salute mentale, passate da n°41.279 casi nel 2019, ridotte a n° 23.357 nel 2020 con un decremento in concomitanza con la emergenza Covid, ed hanno subito una ripresa con 27.935 prestazioni erogate nel 2021 ed un incremento con

67572 prestazioni nel 2022; nel corso del 2022 le strutture che hanno continuato nel trend negativo sono state quelle distrettuali e dei CAPT.

Di seguito la tabella riassuntiva relativa alla produzione di attività di ricoveri effettuati in SPDC e relativi ai DRG n° 426, 428, 430, negli anni 2019, 2020, 2021, 2022, con relativi scostamenti, presso le strutture del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Cosenza:

DRG 426-428-430 su ric. Ord.						
Presidio	2019	2020	2021	2022	diff. 2021/2020	diff. 2022/2021
SPDC- c/o A.O. Cosenza	157	292	152	57	-140	-95
SPDC-Cetraro	134	115	98	101	-17	3
SPDC-Corigliano	113	52	88	101	36	13
Totali	404	459	338	259	-121	-79

L'Analisi Swot.

Punti di forza	Punti di debolezza
- Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo gli indirizzi della Regione. - Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate); - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - razionalizzazione della spesa per il personale, quale conseguenza del blocco del turnover e della razionale riorganizzazione aziendale. - Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale secondo il DCA n° 65/2020 e s.m.i.. - Piena consapevolezza della Dirigenza sulla necessità della riorganizzazione dei servizi. - Forte motivazione alla partecipazione a progetti interdisciplinari. - Sblocco parziale del turnover per il personale. - Possibilità di rimodulare l'atto aziendale ASP da parte del Direttore Generale secondo nuove linee guida regionali. - Implementazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza con avvio di sistemi informatizzati per la pubblicazione dei dati e le segnalazioni wb.	- Dotazione organica carente e non adeguata ai requisiti minimi organizzativi previsti; - Resistenza al cambiamento da parte delle risorse umane. - Mobilità passiva extraregionale ed intra in aumento; - Sistema aziendale informativo ed informatico non ancora adeguato alle esigenze aziendali ed implementazione della contabilità analitica soggetta al nuovo sistema informativo regionale (SEC-SISR). - Tempi ristretti per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione definiti e ridefiniti con il piano di rientro. - Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio che rallentano il cambiamento. - Incompleto e/o lento adeguamento delle attrezzature informatiche e sanitarie alle esigenze emergenti. - Lenta adesione delle strutture alla normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 33/2013. - Indicatori di attività non sempre in linea con bmk. - Difficoltà nel reperire professionalità mediche adeguate alle esigenze operative ed organizzative. - Ritardo nell'attuazione e realizzazione della rete territoriale secondo il DCA 197/2023 - Difficoltà nel reperire fondi finalizzati alla realizzazione del piano di investimenti programmato dalla ASP ai fini della completa realizzazione del atto aziendale.
Opportunità	Minacce
- Crescita professionale e culturale degli operatori attraverso la partecipazione a progetti multidisciplinari e ad eventi formativi mirati all'acquisizione di nuove metodologie e strumenti di lavoro; - Le azioni mirate alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, inerenti misure di miglioramento. - innovazione del sistema organizzativo; - miglioramento della performance e della qualità dell'offerta sanitaria; - sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali (PDTA) coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; - innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione. - Implementazione del sistema informativo SEC-SISR regionale.	- Depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale per effetto della mancata condivisione degli impegni aziendali assunti dall'Amministrazione da parte di ciascun operatore; - Mancata attuazione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale per scarsa compliance operatori. - Resistenze delle categorie portatrici di interesse agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. - Mancata o insufficiente attività di formazione degli Operatori allo svolgimento di nuove attività e prestazioni; - limitatezza e lentezza della innovazione tecnologica; - Esposizione a comportamenti poco trasparenti a rischio corruzione, derivanti da condizionamenti esterni e/o interni.

- Obblighi all'adeguamento normativo per provvedimenti nazionali e regionali, e condivisione azioni con il Dipartimento Sanità e la Struttura Commissariale, quali l'attuazione dei PAC per la certificazione dei bilanci. - Implementazione del sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Legge 190/2012. - Implementazione del sistema di gestione della privacy; - Disponibilità fondi PNRR per innovazione.	- Non completa implementazione dell'attività di mappatura del rischio ed individuazione relative misure di cui la Legge 190/2012. - Riduzione quote offerta sanitaria pubblica a vantaggio dei privati accreditati. - Carenza di risorse economiche ed investimenti adeguati da parte del livello regionale per l'adeguamento della rete ospedaliera al DCA n° 64/2016 e territoriale e s.m.i.. - Mobilità passiva extraregionale in aumento; - Gestione della post-Pandemia covid che condiziona le attività ordinarie.
--	--

2.1.2. Linee Programmatiche ASP

La definizione delle linee programmatiche per l'ASP di Cosenza, nonostante la ristrettezza di risorse nonché la precarietà di gestione degli ultimi anni, fondamentalmente affidata a Commissari/Dirigenti reggenti che si sono continuamente alternati alla guida dell'ASP, non può prescindere dal continuare a considerare il perseguimento di attività atte alla risoluzione delle diverse criticità riscontrate, tra cui:

- Proseguire nel processo di riorganizzazione aziendale, con l'attribuzione formale delle funzioni dirigenziali sanitarie e tecnico-amministrative, nonché individuazione di compiti e responsabilità nell'area del comparto, secondo l'atto aziendale t.p.t in vigore e le disposizioni del Commissario ad Acta e del Dipartimento salute;
- Ridurre/Eliminare le carenze e le criticità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- Riordinare l'assistenza ospedaliera, territoriale e potenziare l'emergenza/urgenza secondo le indicazioni ed il Piano definito con il livello regionale;
- Ridefinire il fabbisogno di personale nel periodo di riferimento in relazione alle mutate esigenze organizzative dell'ASP e ricostituire al minimo funzionale le dotazioni organiche della dirigenza medica e del comparto, sempre a seguito della **corretta attribuzione all'ASP, da parte del livello regionale, di risorse umane e tecnologiche** nel rispetto dei requisiti minimi organizzativi previsti dalle normative vigenti;
- Contenere ed abbattere le liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale secondo il piano predisposto dall'ASP;
- Razionalizzare e ridurre la spesa farmaceutica perseguendo le indicazioni ministeriali e regionali;
- Ridurre la mobilità sanitaria extraregionale, attraverso un incremento della attrazione qualitativa;
- Migliorare ed ottimizzare l'assistenza agli anziani ed ai disabili, l'integrazione ospedale territorio e l'assistenza domiciliare;
- Migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- Razionalizzare e gestire la carenza e la mobilità del personale;
- Implementare il sistema di programmazione e controllo implementando il processo di misurazione delle performance per CDR.
- Implementare e ottimizzare il sistema di valutazione del personale.
- Implementare il sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza attraverso una sempre migliore sinergia tra le azioni definite nel Piano Triennale della Prevenzione Corruzione, ed il Piano delle Performance dell'ASP di Cosenza;
- Definire la ricognizione dei beni mobili ed immobili.

- Monitorare e rendicontare le prestazioni rese a stranieri Temporaneamente presenti (STP) e stranieri che a qualsiasi titolo usufruiscono di prestazioni sanitarie soggette a recupero dei crediti per rimborso da parte del Ministero dell'Interno o delle Nazioni di provenienza.
- Migliorare la performance aziendale e delle singole strutture;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intra - aziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;

Obiettivi Strategici Aziendali per l'anno 2024

Anche per il 2024 gli obiettivi aziendali tengono conto delle indicazioni impartite alle Pubbliche Amministrazioni, tramite le leggi finanziarie e le indicazioni ricevute dalla Regione Calabria che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio, che nella presente si riferisce all'arco temporale del triennio ed il contenimento di alcune voci di spesa ed in particolare:

- ✓ Rispetto della spesa del personale avendo come riferimento i limiti economici definiti dalle disposizioni nazionali e regionali.
- ✓ Rispetto delle indicazioni relative al contenimento degli aggregati di spesa;

Il rinvio alla normativa vigente, nelle more della determinazione degli specifici obiettivi di contenimento da parte della Regione, in ordine alla contrazione dei costi dei prodotti farmaceutici, dei presidi sanitari e protesici e della spesa farmaceutica;

L'osservanza di queste disposizioni in presenza di rilevanti difficoltà legate a fattori esogeni, come ad esempio l'invecchiamento della popolazione ed il relativo aumento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate e delle limitate risorse disponibili, ha comportato anche per il 2022 la necessità di determinare obiettivi secondo criteri di disponibilità delle risorse, nonché il proseguimento di azioni o l'individuazione di nuovi strumenti di gestione esposti di seguito.

In ottemperanza a specifici indirizzi regionali, l'Azienda Sanitaria provinciale di Cosenza ha definito obiettivi coerenti con i nuovi assetti organizzativi e con i bisogni della popolazione di riferimento. In particolare, tenuto conto delle risorse disponibili, ai fini della negoziazione del budget di I° e II° livello, tenuto conto anche del DPGR n° 34/2014 e s.m.i., gli obiettivi della Direzione Strategica sono individuati per come di seguito specificato:

- Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori.
- Garantire la completezza, tempestività e qualità dei dati e delle informazioni necessarie per orientare la programmazione strategica aziendale, e garantire il debito informativo aziendale alle istituzioni richiedenti.
- Razionalizzazione e monitoraggio della spesa;
- Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure in generale e delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia, in particolare.
- Favorire lo sviluppo di una riorganizzazione delle reti assistenziali per intensità di cure.

- Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia (come definite dal livello regionale) attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.
- Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti e revisione prezzi di acquisto).
- Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico).
- Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;
- Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;
- Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti, con rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare di quelle ambulatoriali, attraverso l'ottimizzazione dei processi non solo in ottica aziendale, ma anche in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area, nonostante la riduzione delle risorse, ma senza incidere sui servizi ai cittadini.
- Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale, sia fuori Regione che all'interno della stessa Regione Calabria.
- Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DCA n°88 del 23/05/2019 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
- Utilizzo di risorse vincolate;
- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria mediante la realizzazione dell'"Integrazione Ospedale-Territorio".
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
- Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, anche attraverso la somministrazione di questionari predisposti.
- Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione delle Aree funzionali, integrati con le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.
- Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della A.S.P.
- Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;
- Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT che sia sempre più integrato con il Piano delle Performance.
- Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette a rendere efficiente la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.

- Adesione al piano di accelerazione ed efficientamento del fascicolo sanitario a seguito della messa a disposizione da parte della Regione delle infrastrutture e delle banche dati.
- Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali, pur in presenza di una riduzione complessiva delle risorse.
- Monitoraggio degli eventi sentinella.
- Razionalizzazione della libera professione intramoenia secondo i dettami e le disposizioni nazionali e regionali, nei rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.
- Mantenimento dei volumi complessivi di attività nel settore dell'integrazione socio-sanitaria, pur in presenza di una complessiva riduzione delle risorse, potenziando in particolare le cure domiciliari, le cure palliative ed il controllo di appropriatezza dell'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- Modulazione delle autorizzazioni dei tirocini, la cui quota è definita ai sensi e per gli effetti del D.M. n.142/1998, secondo la seguente ripartizione, per come disposto con nota prot. n° 8193 del 20/01/2023:
 - 20% quota riservata alle Associazioni/Enti Accreditati presso la Regione Calabria per corsi OSS/OSSS/Altro
 - 80% quota riservata alle Università/Scuole di Specializzazione/Altro
- Realizzazione "Progetto Cuore" relativo ad una indagine di popolazione a carattere nazionale "Health Examination Survey – Progetto Cuore" di cui al Decreto Dirigenziale n° 13218 del 27/10/2022 di adesione della Regione Calabria.

Compatibilmente con le risorse disponibili, l'Azienda ha predisposto un piano di sviluppo che consentirà di porre in essere gli interventi straordinari previsti soprattutto riguardo al progetto di adeguamento strutturale e tecnologico di varie strutture per le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi di razionalizzazione, potenziamento e miglioramento quali-quantitativo dei servizi offerti dalla rete dell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

Obiettivi Aziendali del Direttore Generale

Gli obiettivi individuati nel corso dell'anno 2023 sono stati assegnati al Direttore Generale dal livello regionale con DCA n° 256/2023, e sono da ritenersi ancora validi e da perseguire per l'anno 2024 in quanto obiettivi di medio-lungo periodo e per continuità amministrativa fino ad aggiornamento degli stessi con successivo DCA. Ciò anche ai fini della valutazione dei Dirigenti, in quanto il raggiungimento degli stessi è condizione propedeutica all'avvio della misurazione e successiva valutazione della performance organizzativa per le singole strutture interessate.

Il Direttore Generale, nominato con DCA n° 138/2023 si riserva, nel corso dell'anno, di integrare e/o rimodulare gli obiettivi indicati, in ragione delle specifiche criticità emergenti e/o riscontrate.

Strumenti Gestionali e le Azioni Intraprese

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dal livello regionale sono da ritenersi quali prioritari ai fini della valutazione dei Dirigenti, in quanto il raggiungimento degli stessi è condizione propedeutica all'avvio della misurazione e successiva valutazione della performance organizzativa per le singole strutture interessate.

Per raggiungere tali obiettivi in presenza dell'attuale scenario e delle condizioni precedentemente indicate, l'Azienda ha programmato la prosecuzione del piano di razionalizzazione e sviluppo già avviato negli anni precedenti contenente azioni riguardanti i seguenti aspetti:

- Rivisitazione e rimodulazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie, attraverso l'ottimizzazione dei processi in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area;
- Reingegnerizzazione di alcuni processi aziendali;
- Efficientamento;

Per quanto riguarda il primo punto le azioni riguarderanno il riequilibrio dell'offerta tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti, con rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare di quelle ambulatoriali e di ricovero, attraverso l'ottimizzazione dei processi non solo in ottica aziendale, ma anche in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area.

Si dovranno sviluppare le attività interdipartimentali ed interaziendali, con integrazioni che dovranno favorire lo sviluppo e l'implementazione di procedure diagnostico-terapeutiche condivise.

Per quanto riguarda il secondo punto sul territorio si dovrà perseguire una maggiore organizzazione delle attività, controlli di appropriatezza nei percorsi assistenziali seguiti dagli assistiti con la possibilità di ottenere ulteriori riduzioni di costo.

Per ciò che riguarda l'efficientamento sono previste azioni di razionalizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale oltre al proseguimento di specifici interventi aventi come obiettivo il contenimento della spesa farmaceutica (più stretto monitoraggio degli ordini e dei consumi interni sia di farmaci che di dispositivi medici). Saranno inoltre avviate azioni, alcune già intraprese, mirate al contenimento delle spese generali aziendali attraverso una maggiore e più attenta attività di controllo oltre che ad un più efficiente e razionale uso delle risorse attraverso l'assegnazione di tetti di spesa per conto economico ed individuazione dei Responsabili della spesa e monitoraggio per conto economico.

Le azioni gestionali di riorganizzazione delle attività e di efficientamento individuate da questa Azienda Sanitaria potranno consentire un contenimento della spesa rispetto agli anni precedenti.

A supporto delle attività di programmazione e delle attività di monitoraggio della Direzione strategica sono anche da segnalare tutte le misure inserite dal RPCT, nel Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in vigore che prevede la individuazione dei procedimenti amministrativi, la mappatura delle aree a rischio di corruzione o malagestione, le procedure per migliorare la gestione delle attività, ecc. con conseguente sviluppo nel corso dell'anno, così come per gli anni precedenti, delle relative procedure e misure, da applicare da parte delle singole strutture interessate per migliorare i servizi, razionalizzare le risorse, e migliorare la trasparenza nella pubblica Amministrazione.

2.1.3. *Transizione al Digitale ASP*

Strategia per la trasformazione digitale nella PA

La strategia della trasformazione digitale della Pubblica Amministrazione (PA) è quella contenuta nel Piano Triennale 2021-2023 ed è pienamente coerente con il Piano di azione europeo sull'eGovernment, in riferimento al quale gli Stati membri sono impegnati a definire le proprie politiche interne.

Si è detto inoltre che la strategia di promozione della nuova Sanità non può non tener conto degli orientamenti, dei principi e delle indicazioni del PNRR.

La sanità digitale deve offrire soluzioni efficaci per rendere i servizi dedicati più accessibili ed inclusivi per tutti, ponendo il cittadino al centro del sistema sanitario provinciale, nazionale e comunitario. Un settore sanitario più tecnologico e digitale, driver su cui si fonda la presente strategia pluriennale, rappresenta la leva per migliorare il processo di cura e assistenza dei pazienti, riducendo le lunghe attese, le ospedalizzazioni, accedere ai dati supportando le decisioni dell'azienda ed ottimizzando i costi complessivi.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), fatti salvi i principi e gli obiettivi del Piano Triennale quali il Cloud ed il SaaS First, il once only, il digital identity only, accessibilità e usabilità by default, etc, rappresenta la leva su cui agire per rendere e qualificare ancor di più l'operato dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza moderna, digitale e inclusiva, favorendo equità di accesso ai migliori servizi sanitari del nostro Paese a tutti i cittadini interessati.

Il piano con la sua Missione 6, costituisce un tassello fondamentale per uniformare opportunità e standard su tutto il territorio nazionale e va visto come unicum insieme al Piano Triennale già accennato.

Il Ministro per l'innovazione e la transizione digitale (MITD), supportato dal Dipartimento per la trasformazione digitale, opera di fatti in sinergia con il Ministero della Salute, coerentemente agli obiettivi di Italia digitale 2026 e con quanto previsto dal PNRR per agevolare il raggiungimento di due obiettivi specifici:

- Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per garantirne la diffusione su tutto il territorio nazionale (Componente 2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale).
- promuovere e finanziare lo sviluppo di nuovi progetti di telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali (Componente 1: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale);

Il PNRR, attraverso l'investimento "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione", intende arricchire e armonizzare i Fascicoli Sanitari Regionali, rendendoli interoperabili e collegando le infrastrutture tra loro. Questo passo è fondamentale per realizzare le componenti centrali necessarie alla ricerca e alle politiche sanitarie.

In linea con gli obiettivi indicati dal PNRR anche l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza punta al conseguimento di performance, per come sarà meglio specificato nel prosieguo, atte a:

Favorire l'evoluzione delle piattaforme esistenti per migliorare i servizi offerti a cittadini ed imprese semplificando l'azione amministrativa (OB.3.1), e nello specifico prevedendo:

- Incremento il livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con i documenti sanitari da parte delle strutture sanitarie territoriali (ASL/AO/IRCCS) (Incremento del 10% e del 20% nel corso del 2021 e del 2022 del numero di documenti digitalizzati confluiti nel FSE (referti di medicina di laboratorio e ricette) nel corso del 2020 (baseline) | R.A.3.1a
- Incremento del numero di prestazioni prenotate online rispetto al canale fisico attraverso CUP online regionali integrati ((Incremento del 10% e del 20% nel corso del 2021 e del 2022 della percentuale di prenotazioni effettuate online rispetto al totale del prenotato 2020 (baseline) | R.A.3.1b

In merito l'Azienda Sanitaria eroga servizi accessibili via SPID, è servita da NoiPA ed estensione del numero di servizi offerti dalla piattaforma (fiscale, previdenziale ecc.).

Inoltre l'azienda prevede di fare in modo che l'85% dei medici di base alimenteranno il Fascicolo entro la fine del 2025 e già partecipa con i LIS e i Laboratori provinciali al sistema di alimentazione e aggiornamento del Fascicolo sanitario elettronico realizzato su scala regionale ricorrendo al principio di sussidiarietà.

Non per ultimo la strategia oggetto di approfondimento nel prossimo paragrafo si fonda e abbraccia a pieno il modello della Sanità Data Driven e le tecnologie abilitati della Telemedicina, teleassistenza domiciliare, passando per il telemonitoraggio, per l'istituzione di innovative Centrali Operative Territoriali, consentendo agli operatori sanitari di fornire una migliore assistenza ai pazienti, anche a distanza, grazie a dati accessibili in sicurezza.

La strategia nazionale, a tal proposito, nell'ambito del PNRR mira a promuovere e finanziare lo sviluppo di una piattaforma nazionale di telemedicina e la diffusione di nuovi progetti e soluzioni innovative all'interno dei sistemi sanitari regionali oltre al potenziamento dei servizi domiciliari, al fine di far sì che il principio "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" possa nel corso del breve periodo concretizzarsi fattivamente.

Il Piano triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2020-2022 di recente emendato in funzione del peso e delle opportunità finanziarie del PNRR, e la stessa "Strategia di crescita digitale della Regione Calabria 2014-2020" costituiscono il quadro di riferimento che ha consentito di porre le basi per la stesura del piano per la crescita digitale della Azienda Sanitaria Provincia di Cosenza.

Ambiti di innovazione

Nella definizione delle linee guida per la crescita digitale aziendale sono stati presi in considerazione i seguenti ambiti di innovazione al fine di effettuare, a valle di una prima analisi del livello di maturità digitale dell'azienda, azioni ed interventi di breve e medio periodo:

- Ambito amministrativo: comprende le soluzioni di innovazione legate ai processi amministrativi e include le soluzioni di business intelligence, i sistemi di supporto alla gestione amministrativa e delle risorse umane, oltre ai sistemi di gestione documentale e di conservazione sostitutiva dei documenti amministrativi.

- **Ambito clinico-sanitario:** comprende le soluzioni legate alla digitalizzazione dei processi clinico-sanitari e include la cartella clinica elettronica, i LIS e l'informatizzazione dei flussi di refertazione, i sistemi per la gestione informatizzata dei farmaci, le soluzioni di mobile hospital, di follow up anche tramite sistemi di telemedicina e l'istituzione di DSS, secondo l'approccio data driven già definito, a supporto della Clinical Governance.
- **Servizi digitali per il cittadino:** comprende i servizi digitali al cittadino sul sito web aziendale o tramite App o Totem e i sistemi di front-end per la gestione delle attese all'interno della struttura sanitaria per le quali è stato previsto ed avviato l'uso di Spid e l'integrazione con il nodo PagoPa regionali.
- **Sistemi di integrazione socio-sanitaria con il territorio:** include i sistemi per la medicina sul territorio e l'assistenza domiciliare, le soluzioni di Telemedicina, i sistemi di integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico, le reti di patologia anche mediante l'informatizzazione di Piani Diagnostici Terapeutici ed assistenziali, la cartella sociale elettronica, l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali e di Distretto, l'integrazione tra queste ed il NUE, il 116117 ed il 118 e, non per ultimo, i sistemi a supporto dell'erogazione di servizi al paziente erogati tramite le farmacie.
- **Ambito Infrastrutturale:** include le soluzioni infrastrutturali e di connettività e, in particolare, i sistemi di Unified Communication & Collaboration (UC&C), la virtualizzazione dei server e dei client, l'utilizzo di soluzioni cloud e/o Shared Services, i sistemi di Disaster Recovery e continuità operativa, l'IoT per l'asset ed il tracking management.

Le azioni previste

Facendo riferimento agli ambiti di innovazione individuati e al modello strategico del piano triennale 2021 – 2023 e delle vigenti disposizioni e opportunità fornite dal PNRR ex Missione 6 - Salute, le azioni da mettere in campo per il triennio 2023-2025 riguardano per ciascuno degli ambiti su descritti quanto segue:

- **Infrastrutture**
L'obiettivo dell'ASP di Cosenza è aumentare la sicurezza, conformemente al Regolamento Cloud ed alle Determinazioni di AgID e ACN, ridurre il costo delle infrastrutture tecnologiche e migliorare la qualità dei servizi. Rientrano all'interno di questo ambito le azioni di:
 - ✓ Realizzazione dell'ASP Cloud facendo affidamento su Cloud Service Provider Qualificati;
 - ✓ Il potenziamento delle soluzioni di Data Center locali a supporto della creazione di un sistema di dati ridondato e sincronizzato
 - ✓ L'aggiornamento del Piano di Disaster recovery e l'adozione di sistemi per preservare la Business Continuity;
 - ✓ L'ampliamento e adeguamento della Connettività a banda larga tra sedi e uffici dell'ASP e tra queste e le singole strutture di erogazione;
 - ✓ Evoluzione, gestione e manutenzione dei servizi IT, indirizzati al governo dei sistemi client "Postazioni di Lavoro - PDL" anche mediante adozione di piattaforme di Security di tipologia premium atte a proteggere l'intera organizzazione da una gamma completa di sofisticate minacce informatiche, dalla sicurezza degli endpoint convenzionali, alle soluzioni single-agent per endpoint ed e-mail fisici, virtuali, mobili e basati su cloud
 - ✓ Potenziamento e diffusione dei servizi Wifi pubblici e gratuiti negli uffici dell'azienda, presso gli ospedali, nelle postazioni di continuità assistenziale, nelle USCA ed in generale presso le strutture di erogazione presenti sul territorio provinciale

- Interoperabilità

L'obiettivo generale per tale ambito è definire i meccanismi che facilitano e garantiscono la corretta interazione tra gli attori del sistema (cittadini, imprese e pubbliche amministrazioni), favorendo la condivisione trasparente di dati, informazioni, piattaforme e servizi. Rientrano tra gli obiettivi e quindi tra le azioni specifiche di questo ambito:

- ✓ L'adozione di standard tecnologici e profili di interoperabilità al fine di definire ed esporre Application Programming Interface (API) conformi;
- ✓ Semplificare le procedure di scambio di dati e servizi tra l'Azienda Sanitaria e la altre PA con maggior attenzione rivolta all'interoperabilità con i sistemi della Regione Calabria e, ove possibile, tra Azienda Sanitaria e privati;
- ✓ L'implementazione di Connettori di interoperabilità per facilitare la comunicazione tra i sistemi aziendali IT è gestionali (FSE-INI, Anagrafica Sanitaria Regionale, CUP, LIS, CCE, SPID, PagoPA, ecc...);
- ✓ L'attuazione dell'Enterprise Service Bus (ESB), del Clinical Data Repository, del sistema di SSO, ecc.

In tutti i suddetti casi ed ai fini di supportare l'adozione del modello Data Driven, rispetto del principio Once Only del Piano Triennale, l'Azienda Sanitaria punta alla realizzazione di un innovativo DataWareHouse ai fini della punta alla realizzazione di un sistema di unificazione dei layer dati e di tutte le informazioni provenienti da piattaforme terze e specifici moduli applicativi inclusa l'abilitazione ed il potenziamento di cruscotti direzionali, la normalizzazione, l'integrazione e la bonifica delle banche dati relative a tutte le applicazioni dell'Azienda Sanitaria e di interesse della salute dei cittadini.

Il progetto pone le basi per la realizzazione di una infrastruttura applicativa, che a partire dal patrimonio di Sistemi Informativi già in uso possa costituire la base per lo sviluppo di nuovi modelli di DSS e Basi dati funzionali ad un migliore operato della stessa Amministrazione Sanitaria.

Il contesto obiettivo finora analizzato rappresenta una delle più importanti sfide dell'Azienda Sanitaria e fa emergere chiaramente come la sanità all'interno dell'ambito provinciale di riferimento possa trarre un grande vantaggio nel momento in cui viene guidata dai dati.

Questa esigenza pone il Cloud computing e le Digital Solutions sempre di più al centro di una digital health data-driven ricorrendo a sistemi di intelligenza artificiale per far sì che il dato possa, una volta condiviso in sicurezza, supportare la pratica clinica aiutando medici, pazienti e amministrazioni delle strutture e organizzazioni dell'ASP.

- Dati PA

L'obiettivo è la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico "Open Data". I dati pubblici presenti nelle banche dati dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza prodotti o acquisiti nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni istituzionali sono patrimonio della collettività che ha diritto di accedervi e di riutilizzarli liberamente, nei limiti previsti dalla legge. Rientrano in questo ambito le azioni di:

- ✓ Regolamentare e disciplinare, secondo le disposizioni del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale) con particolare riferimento all'art.52, e della normativa vigente, nell'ambito dei dati in possesso del dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza l'individuazione dei dati esclusi dalla pubblicazione, la pubblicazione e l'esercizio della facoltà di accesso telematico ai dati pubblici è il riutilizzo dei dati pubblici;

- ✓ Rispettare in seno al processo di pubblicazione e condivisione dei dati specifici la Deliberazione n. 86 della seduta del 05/03/2022 della Giunta Regionale avente ad oggetto: Definizione modello regionale open data. Approvazione linee guida.
- ✓ Realizzare il Catalogo dei Dati Sanitari attraverso la loro individuazione, analisi, pubblicazione e diffusione e sistemi usabili e accessibili per far sì che studiosi, cittadini, assistiti possano accedervi senza soluzione di continuità e tramite applicazioni web.
- Piattaforme e strumenti per la generazione e la diffusione di Servizi Digitali
L'obiettivo è l'evoluzione e l'implementazione di piattaforme per la realizzazione e la diffusione di servizi digitali. Rientrano all'interno di tale specifico ambito:
 - ✓ L'adeguamento o integrazione dei Sistemi informativi al fine di poter accedere ai servizi online dell'Azienda Sanitaria con un'unica identità digitale, avvalendosi della piattaforma SPID della Regione Calabria;
 - ✓ L'Adeguamento o integrazione dei Sistemi informativi al fine di poter consentire il pagamento elettronico dei servizi in modo sicuro e affidabile, semplice e in totale trasparenza, avvalendosi della PagoPA della Regione Calabria;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma di Conservazione dei documenti informatici;
 - ✓ L'evoluzione del sistema di prenotazione online delle prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda - CUP Web e l'istituzione di un portale di accesso e di una applicazione mobile per l'analisi dei dati legati alle liste di attesa ed ai percorsi di cura
 - ✓ Evoluzione del Software per la gestione delle attività di:
 - Pronto Soccorso;
 - Continuità Assistenziale;
 - Medicina Territoriale;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma software per la gestione dell'attività del blocco operatorio;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma software integrata e completa per l'automazione informatica di tutti i Laboratori Analisi chimico - cliniche dell'Azienda, al fine di realizzare il Laboratorio Logico Unico – LUL ivi inclusi i connettori per l'esposizione dei referti su Cartelle e Fascicoli Sanitari;
 - ✓ La realizzazione di un sistema software per la gestione dei laboratori di anatomia patologica ivi inclusi i connettori per l'esposizione dei referti su Cartelle e Fascicoli Sanitari;
 - ✓ Realizzazione di una Piattaforma per la pianificazione la registrazione e la valutazione dell'attività di specialistica ambulatoriale ovvero per l'informatizzazione dei piani diagnostici terapeutici ed assistenziali riferiti alle cronicità;
 - ✓ Evoluzione del Sistema informativo per gestione delle campagne di screening Oncologico e di un sistema di notifiche push verso l'utenza obiettivo e servita mediante canale AppIo;
 - ✓ Realizzazione di Piattaforma software per la gestione del servizio relativo agli adempimenti derivanti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
 - ✓ Adozione della Piattaforma software per la gestione della cartella clinica elettronica;
 - ✓ Adozione del Sistema Informativo Sanitario Regionale – SISR;
 - ✓ Evoluzione del sistema RIS-PACS aziendale;
 - ✓ Realizzazioni di piattaforme software per la gestione dei Sistemi di integrazione socio-sanitaria con il territorio e di governo e analisi delle prestazioni erogate dal terzo settore nei confronti di utenti e assistiti per i quali è stato prodotto apposito PAI;

- ✓ Realizzazione di una piattaforma per lo smart working al fine di consentire al personale dell'Azienda di svolgere la propria attività da remoto nel modo più efficace possibile.
- ✓ Evoluzione del Portale Web aziendale al fine di semplificare l'accesso ai servizi e la fruizione delle informazioni online, garantendo il rispetto delle regole e principi di usabilità e design per i siti web della PA;
- ✓ Realizzazione di App o WebApp per offrire l'accesso ai servizi on line della azienda attraverso dispositivi mobili.
- Sicurezza informatica
L'obiettivo è la regolazione e regolamentazione della cybersecurity al fine di rendere sicuri e affidabili i sistemi informatici Aziendali, nonché le attività di indirizzo e la strumentazione correlata agli adempimenti per il rispetto della riservatezza (privacy). Rientrano le azioni di:
 - ✓ Realizzazione di un Piano di Cybersecurity e privacy (osservanza del nuovo GDPR);
 - ✓ Adozione di tecnologie e prodotti per il raggiungimento dei livelli di sicurezza prefissati a partire da quello minimo, obbligatorio per legge delle singole postazioni di lavoro, dei client e dei sistemi cloud dell'Azienda Sanitaria Provinciale.

Governance, organizzazione e modalità di attuazione

I processi di transizione digitale di successo richiedono visione strategica, capacità realizzativa ed efficacia della governance.

L'attuazione della strategia digitale passa attraverso i concetti di:

- Semplificazione dei processi: I cittadini, le imprese, le amministrazioni stesse devono poter accedere in maniera semplice ed immediata ai servizi della PA;
- Riorganizzazione dei processi: riorganizzare e ristrutturare i processi intra e inter amministrazione, dando il giusto riconoscimento e le risorse per operare alle figure di coordinamento istituite dal CAD;
- Consolidamento delle competenze: mettere in campo azioni di rafforzamento delle competenze amministrative degli operatori/dipendenti dell'Azienda Sanitaria (fondamenti di cultura digitale, approfondimenti tematici su tecnologie emergenti, approfondimenti sulla PA digitale, ecc.).

La responsabilità e il coordinamento dell'attuazione della presente strategia sul digitale dell'Azienda Sanitaria è affidata all'Unità Operativa Complessa - SIA e verrà attuata in coerenza con gli strumenti strategici europei, nazionali e regionali e in particolare con:

- La Strategia per la Agenda Digitale Europea, Italiana e della Regione Calabria;
- Le Linee Guida per la sicurezza ICT delle Pubbliche Amministrazioni emanate da AgID nell'ambito della Piattaforma di servizi abilitanti per la PA denominata CERT-PA, che definiscono le Misure minime di sicurezza ICT per le Pubbliche Amministrazioni nei diversi livelli di servizio da raggiungere;
- Il regolamento cloud e le determinazioni dello scorso mese di Dicembre 2021
- Il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2021 – 2023.

L'U.O.C. S.I.A. per la realizzazione delle azioni sopra individuate si muoverà in ordine di priorità, di acquisita disponibilità economica, di tempi di esecuzione e in funzione delle interdipendenze delle medesime azioni.

Per la realizzazione di ogni intervento/azione, infatti, si procederà alla stesura di un progetto esecutivo che terrà conto della fonte di finanziamento, del budget stanziato, dei benefici derivanti e della tempistica di attuazione.

Attrezzature e PNRR

Con riferimento al piano di attuazione di cui all'art. 2 del D.L. 34/2020, approvato dalla Regione Calabria con DCA n. 91/2020 e DCA n. 104/2020, l'ASP di Cosenza svolge mensilmente l'attività di monitoraggio dello stato di attuazione di ogni singolo intervento relativo alla categoria "attrezzature"/"mezzi di trasporto" e provvede nei tempi indicati dal Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari" - Settore n. 9 "Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici" a trasmettere le informazioni necessarie per i monitoraggi e per la predisposizione dei piani/programmi per gli investimenti tecnologici.

In data 16.12.2021, con verbale della Conferenza dei Sindaci della Provincia di Cosenza, è stato approvato il Piano degli Investimenti relativo al PNRR di cui alla misura M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.1 – Ospedali di Comunità, Case di Comunità e C.O.T., che per l'ASP di Cosenza prevede N. 6 Ospedali di Comunità ubicati principalmente negli Ospedali Dismessi (Cariati, Lungro, Mormanno, Cassano, S. Marco Argentano) e nella struttura Sanitaria di Scalea, le Centrali Operative Territoriali previste nelle sedi dei Distretti Sanitari. Le Case di Comunità sono previste distribuite in 21 Comuni della Provincia, assicurando una copertura territoriale omogenea per ciò che attiene ai servizi previsti dagli investimenti. L'investimento complessivo risulta di c.ca 60,0 M€. Nell'ambito degli ulteriori investimenti a valere sui fondi del PNRR Misura M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - Investimento 1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero -Sostituzione tecnologie obsolete, è stato presentato entro i termini previsti il Piano del Rinnovo del Parco Tecnologico e delle implementazioni ritenute necessarie, che a titolo puramente esemplificativo, prevede l'acquisizione di oltre 39 Ecoografi, N. 19 Mammografi, Grandi apparecchiature radiologiche (quali 6 TAC, 5 RMN, 3 Angiografi, 3 ortopantomografi, 11 sistemi radiologici per diagnostica ossea, 1 densitometro), 1 sistema di digitalizzazione DEA II livello, 1 sistema attivazione fascicolo sanitario elettronico, per un importo complessivo pari ad euro 43.059.749 (di cui euro 30.879.749 con copertura finanziaria da fondi PNRR ed euro 12.180.000 con copertura finanziaria DCA 5/2022. Altri investimenti in attrezzature per un importo pari ad euro 2.942.748 sono previsti con fondi di bilancio.

Con riferimento al servizio di revisione del patrimonio mobiliare e riconciliazione contabile delle relative risultanze, le cui attività di programmazione degli interventi relativi al censimento dei beni sono state più volte sospese per l'acuirsi delle criticità dovute alla pandemia COVID-19, si rappresenta che, nel corso del 2021 si è dato avvio al servizio di ricognizione fisica straordinaria del patrimonio aziendale. Attualmente sono stati programmati interventi e lavori di adeguamento funzionale di varie strutture, realizzazione di Case della Salute, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, realizzazione di centrali operative, per un importo complessivo pari ad euro 120.062.600, di cui fondi da PNRR pari ad euro 61.323.409, da DCA 91/2020 pari ad euro 3.400.000, e la rimanente somma da finanziamenti regionali o da fondi di bilancio.

2.2.Sottosezione di programmazione - Performance

La performance è intesa come il contributo che un'azienda fornisce, attraverso le azioni poste in essere, al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali tale organizzazione è stata costituita.

La valutazione della performance ha assunto rilevanza giuridica con il Decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con il quale si introduce il cosiddetto Ciclo della Performance che consiste nella definizione degli obiettivi aziendali, nel loro monitoraggio e controllo ed infine, nella verifica dei risultati raggiunti.

Il Piano della Performance è lo strumento che avvia il Ciclo di gestione della Performance, infatti è il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e i risultati attesi rispetto ai quali sarà attuata la valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Il Piano della performance, è un documento di programmazione triennale per il triennio 2024-2026 ed è oggetto di aggiornamento annuale in relazione a:

- Obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- Obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'ASP di Cosenza;
- Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- Modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda;

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2024-2026 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell'esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance redatto per il triennio 2024-2026 tiene conto di tali indicazioni.

Il Piano della Performance, un documento programmatico triennale che consente alle Amministrazioni Pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento delle prestazioni e dei servizi resi agli utenti e realizza il passaggio dalla cultura di mezzi a quella di risultati, partendo dalla visione e dalle scelte strategiche dell'Azienda ed adottando un approccio di valutazione multidimensionale attraverso il quale è possibile valutare, in modo integrato, i risultati aziendali.

L'Azienda Sanitaria di Cosenza, persegue lo sviluppo di un sistema sanitario che abbia come riferimento la centralità del cittadino ed il rispetto della dignità dei singoli. Essa svolge un ruolo

centrale, finalizzato alla necessità di garantire la salute dei cittadini che risiedono nel territorio provinciale.

L'ASP di Cosenza è organizzata in Dipartimenti (strutturali e funzionali), Strutture Complesse e Strutture Semplici, ed attraverso l'articolazione delle attività territoriali ed ospedaliere si impegna al raggiungimento degli obiettivi aziendali che, anche per il triennio 2024-2026, sono sintetizzati nel presente Piano della Performance.

Gli obiettivi potranno essere raggiunti solo se la risposta della sanità, ai bisogni di ciascuno, non si limiterà all'offerta delle tecnologie professionali ed organizzative ma terrà conto della sfera umana, sociale e culturale della persona, e con la messa a disposizione, da parte delle autorità preposte, delle risorse necessarie.

2.2.1. *Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.*

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D.Lgs. 150/2009, che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla mission dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.).

Ambiti di Valutazione:

Ambito di valutazione	Indicatore
Attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività	Outcome
Attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse	Processi
Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Risultati
Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e delle capacità di attuazione di piani e programmi	Processi
Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi	Processi
Efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi	Input
Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	Output
Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Processi

Gli obiettivi di budget assegnati alle Strutture sono impostati negli ambiti di valutazione sopra individuati.

Criteri e Scale di valutazione.

L'assegnazione di obiettivi e l'individuazione degli indicatori correlati, per la misurazione dei risultati, presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione. L'indicatore assegnato può essere di tipo binario per quegli obiettivi strategici verso i quali l'Azienda abbia un interesse preponderante da incentivare (es. obiettivi aziendali di interesse regionale). Gli obiettivi caratterizzati da indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.), sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo, definendo un eventuale margine di tolleranza rispetto al target atteso entro il quale l'obiettivo possa ritenersi pienamente raggiunto.

La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica. La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi misurati secondo i criteri di valutazione di ciascun obiettivo.

La puntuale temporizzazione delle attività e le modalità di negoziazione e assegnazione dei budget, sono legate a fattori esogeni (la programmazione regionale) ed endogeni (organizzazione e stili di direzione, definizione obiettivi aziendali annuali dalla Direzione Strategica, ecc.).

La programmazione degli obiettivi, prende avvio alla fine dell'anno precedente all'esercizio di budget con l'emanazione delle direttive regionali che definiscono la strategia cui l'Azienda si conforma.

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, definiti dalla Direzione Strategica Aziendale, confluisce nella declinazione degli obiettivi di budget alle strutture aziendali. Il crono-programma, detto: *Matrice delle fasi e degli attori* (Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie N° 3957 del 27 marzo 2012 "Approvazione delle *Linee Guida Regionali in materia di valutazione delle Performance nel Servizio Sanitario Regionale*") risponde al CICLO di GESTIONE delle PERFORMANCE previsto dall'articolo 4, comma 2, D.Lgs. 150/09. Esso è sintetizzato dalle seguenti 3 matrici: 1) delle fasi della procedura: ruoli di responsabilità e di supporto; 2) di individuazione e valutazione delle competenze organizzative: funzione Risorse Umane e OIV; 3) di valutazione dei meriti individuali: fasi e attori.

1	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	TEMPI (ENTRO)
Fasi gestionali	1. Pre-consuntivazione			☐		☒			Novembre
	2. 1° consuntivazione		☒	☐		☐			Dicembre
	3. Condivisione obiettivi regionali di piano con DG	☒	☐						Gennaio
	4. 1° proposta di budget			☐		☒			Gennaio
	5. 1° valutazione obiettivi di struttura con eventuale rapporto		☒	☐		☐			Febbraio
	6. 2° valutazione obiettivi, misurazione e verifica con rapporto			☐				☒	Febbraio
	7. Assegnazione obiettivi alle strutture		☒	☐					Marzo
	8. Assegnazione obiettivi individuali (non responsabili di struttura)			☒	☐				Marzo
Certificazione formale	9. 3° valutazione risultati di struttura-certificazione formale finale: budget e risultati			☐				☒	Maggio
	10. Pubblicazione sul sito		☒						Maggio
	11. Obiettivi regionali	☒	☐						Giugno
	12. Valutazione individuale su scheda per dirigenza e comparto			☒	☐			☐	Giugno
	13. Valutazione individuale su scheda per Direttori/Responsabili di Struttura***		☒		☐			☐	Giugno
	14. Valutazione certificata DG	☒	☐						Giugno
Monitoraggio	15. Monitoraggio			☐		☒			Giugno
	16. Revisione			☒		☐			Settembre
	17. Integrazione Regione finale	☒	☐			☐			Settembre
	18. Pre-consuntivazione			☐		☒			Novembre

☒ ATTORE PRINCIPALE: ruolo di responsabile che, nella fase indicata, interviene in prima istanza.

☐ ATTORE RICEVENTE: ruolo al quale è diretta l'azione dell'attore principale o ruolo di supporto all'azione.

* Legenda:

R = Regione;

DG = Direttore Generale;

DS = Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa e Responsabile di Struttura Semplice;

I = Individuo;

CG = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo;

RU = Risorse Umane;

NV/OIV = Nucleo di valutazione/Organismo indipendente di valutazione;

OO.SS. = Sindacato o RSU;

** Risorse Umane (RU): includono tutti i servizi di staff per la gestione del personale (Amministrazione del personale, Relazioni Sindacali e con il personale, Organizzazione del lavoro e del personale, ecc.)

*** La fase 13 è svolta dal Direttore Generale esclusivamente per i Dirigenti di Strutture di Staff; dai Direttori di Dipartimento in tutti gli altri casi.

2	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	TEMPI (ENTRO)
	1. Individuazione modello delle competenze			☐	☐		■		
	2. Definizione declaratorie			☐			■		
	3. Modello delle competenze-Approvazione		■				☐		
	4. Ipotesi di curva			☐			☐	■	Gennaio
	5. Valutazione I istanza			■	☐				Aprile
	6. Confronto tra strutture			☐				■	Aprile
	7. Valutazione II istanza-definitiva		☐				☐	■	Giugno

3	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	OO.SS.	TEMPI (ENTRO)
	1. Definizione scheda di valutazione		☐				■		☐	
	2. Compilazione scheda di valutazione			☐			■			Giugno
	3. Pesatura obiettivi competenze		■	☐						
	4. Verifica di benchmark schede						☐	■		
	5. Colloquio su scheda			■	☐					
	6. Valutazione finale di tutte le schede		☐					■		
	7. Definizione Risorse disponibili		■			☐			☐	
	8. Fasce retributive		☐				■		☐	
	9. Delibera conclusiva		■							

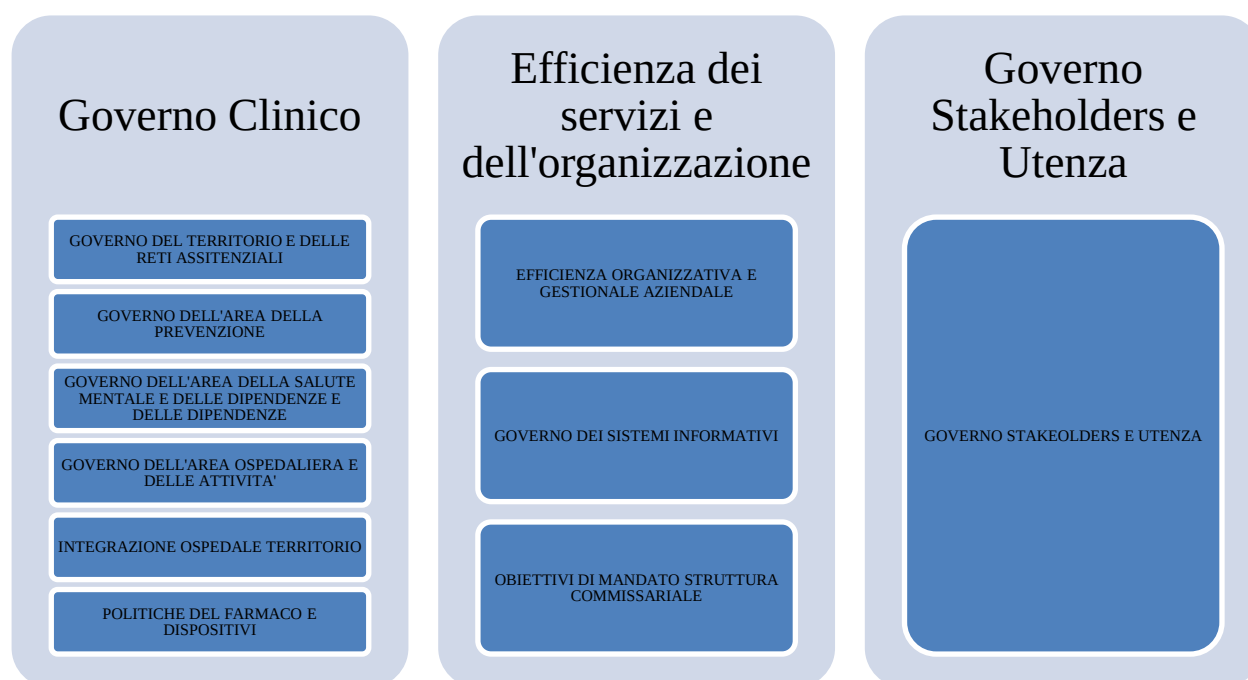
2.2.2. Albero della Performance.

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami fra mandato istituzionale, *missione*, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.

Le funzioni fondamentali svolte dall'ASP di Cosenza si articolano in 3 Aree Strategiche che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:



2.2.3. Ciclo di Gestione della Performance. Definizione e assegnazione degli obiettivi.





Il ciclo di gestione della performance prende avvio con la programmazione regionale. La Direzione Strategica, valutati gli obiettivi strategici regionali, definisce gli obiettivi strategici aziendali; individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna macroarticolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate. I criteri di assegnazione degli obiettivi ed i criteri di valutazione dei risultati sono esplicitati in un documento, la Direttiva di budget approvata dal comitato di budget, documento che accompagna le schede di budget illustrandone i contenuti, le norme di riferimento ed i criteri di valutazione. Obiettivi, indicatori e risorse assegnate e/o necessarie all'attuazione degli obiettivi sono inseriti:

- nella mappa strategica, che evidenzia tutti gli obiettivi strategici aziendali, compresi quelli di interesse regionale, i relativi indicatori, la declinazione rispetto alle Strutture coinvolte ed il nominativo dei dirigenti referenti, per la misurazione della performance aziendale;
- nelle schede di budget, predisposte a cura della Struttura Programmazione e Controllo, per la misurazione della performance organizzativa. Le schede di budget sono trasmesse ai Direttori di Struttura Complessa e discusse nel corso degli incontri di negoziazione degli obiettivi di budget. Definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono sottoscritte dai Direttori di Struttura per presa visione e sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili, e documentati dalla formalizzazione di verbali con la firma in calce dei partecipanti. Analoga procedura è adottata con i Responsabili di Struttura Semplice a valenza dipartimentale. L'assegnazione degli obiettivi di budget viene formalizzata dalla Direzione Strategica.

Collegamento degli obiettivi con le risorse.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio. Gli obiettivi operativi sono definiti ed assegnati sulla base degli obiettivi strategici indicati nella relazione del Direttore Generale in relazione alle risorse disponibili, previste dalla programmazione economica aziendale nel Bilancio di Previsione

redatto dalla competente struttura Programmazione Economica e Finanziaria sulla base della normativa vigente, del riparto del FSR e delle indicazioni regionali.

Dunque, gli obiettivi per la misurazione della performance operativa sono assegnati sulla base degli obiettivi strategici regionali e del Direttore generale, e correlati alle risorse disponibili. La Struttura Programmazione e Controllo, sulla base delle previsioni di spesa per conto economico individuate nei conti economici del bilancio di previsione, ed in relazione alla disponibilità ed attendibilità dei dati analitici derivanti dal sistema di Contabilità Analitica, esplicita i criteri di assegnazione degli obiettivi operativi, mentre la individuazione degli obiettivi e delle risorse per CDR viene definita nel Comitato di Budget e/o dal Direttore Generale.

Monitoraggio in corso di esercizio.

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e di Struttura, viene effettuato dalle strutture preposte attraverso i sistemi informativi aziendali, da cui sia rilevabile la misurazione degli indicatori e sono messi a disposizione del personale coinvolto, attraverso un sistema di reporting periodico di frequenza trimestrale. La misurazione intermedia del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi da parte dei CDR viene formalizzata attraverso uno specifico reporting elaborato dalla Struttura Programmazione e Controllo, destinato alla Direzione Strategica e comunicato al personale interessato, al fine di garantire le sinergie necessarie alla efficienza ed efficacia organizzativa. La misurazione intermedia del grado di raggiungimento degli obiettivi di Unità Operativa, viene formalizzata attraverso specifico reporting elaborato dalla Struttura Programmazione e Controllo, ed evidenzia, per ciascuna Struttura e per ciascun ambito di valutazione, il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi con riferimento all'esercizio di budget. Tale report è comunicato attraverso la trasmissione diretta su portale on line ai Direttori di SOC e Responsabili SOS dipartimentali.

Meccanismi di retroazione.

La revisione degli obiettivi di budget, avviene su istanza del Direttore SOC o del Responsabile SOS dipartimentale ed è basata su elementi oggettivi di valutazione che evidenzino l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo. La proposta di revisione del budget è sottoposta all'O.I.V., per il tramite la propria Struttura Tecnica Permanente, nonché alla Direzione Strategica per la successiva approvazione.

Misurazione e Valutazione della performance.

Alla chiusura dell'esercizio di budget, si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di Unità Operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto. La valutazione della performance aziendale e la valutazione della performance organizzativa di Struttura, competono all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante. La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura anche l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura. Essa è effettuata su apposita scheda, dal diretto superiore del valutato. La valutazione individuale dei Direttori dei vertici dell'Organizzazione Aziendale è effettuata dall'OIV.

Collegamento con il sistema premiante.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

Rendicontazione.

La misurazione della performance organizzativa effettuata dalla UOC Programmazione e Controllo deve essere esposta, analizzata e contenuta nel documento di sintesi “Relazione annuale sulla Performance”.

Procedure di conciliazione.

Eventuali contestazioni rispetto ai risultati della misurazione degli obiettivi sono eccepiti dal Direttore SOC e dal Responsabile della SOS dipartimentale attraverso motivata istanza di revisione formulata all’Ufficio di Conciliazione. Le conclusioni del contraddittorio sono rimesse alla Direzione Strategica per la valutazione conclusiva.

2.2.4. Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che s'intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



Il Ciclo di Gestione della Performance.

Nel rilevare che trattasi del classico “processo di budget” avviato sperimentalmente nel 2013 nell’ASP di Cosenza, si dà atto che per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance diventa di rilevanza strategica la completa attuazione della riorganizzazione Aziendale e la completa informatizzazione dello stesso.

Con l’Atto Aziendale adottato dall’ASP e approvato dal competente Dipartimento/struttura commissariale con DCA n° 117/2017, sono state individuate dall’Azienda le macrostrutture, le strutture complesse, le strutture semplici, le competenze e le funzioni di ciascuna struttura.

Questa stesura del Piano della Performance individua gli obiettivi per le strutture organizzative a carattere dipartimentale, per le macrostrutture e relativi CdR.

Per un miglioramento del Ciclo di gestione delle performance si rende, pertanto, necessaria la tempestiva attivazione delle fasi di seguito indicate, discendendo da ciò una completa messa a regime del nuovo “Sistema”.

FASE	ATTIVITA’	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	Attivazione Comitato di Budget e revisione del Regolamento di Budget	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Programmazione e Controllo
Fase 2	Rappresentazione della Struttura nel rispetto dell’Atto Aziendale - Definizione delle competenze, delle deleghe di funzioni e degli indicatori di qualità	Direzione Strategica Aziendale UU.OO. Organizzative Aziendali, URP. U.O. Qualità, appropriatezza.
Fase 3	Definizione obiettivi	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Programmazione e Controllo
Fase 4	Validazione del processo come da linee guida CIVIT	Organismo Indipendente di Valutazione
Fase 5	Predisposizione delle schede e loro negoziazione	Comitato di Budget Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa
Fase 6	Attuazione Piano della Trasparenza e Prevenzione Corruzione.	Direzione Strategica Aziendale Uff. Prev. Corruzione e Trasparenza
Fase 7	Collegamento/Integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Programmazione e Controllo U.O.C. Gestione risorse Economiche e Finanziarie.

L’Azienda anche per il triennio 2024-2026 si pone come obiettivo qualificante l’implementazione ulteriore del ciclo di gestione della performance introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l’obiettivo di migliorare le performance esistenti in determinati settori di assistenza.

Gli obiettivi e le attività definiti nei Piani attuativi e dettagliati nei relativi Piani delle performance, per ogni singolo anno dal 2016 al 2021, sono stati trasferiti annualmente alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di budgeting che, attivato nel corso del 2013, è stato implementato per macrostrutture nel 2014 e nel 2015 (CDR di I° livello) e successivamente **dal 2016 in poi anche a livello delle Unità operative complesse e semplici dipartimentali** (CDR di II° livello).

La misurazione delle performance relative agli indirizzi, alle azioni ed ai risultati, definiti nel corso della negoziazione del budget, ha reso possibile, tra l’altro, la verifica del raggiungimento dei risultati e la valutazione del personale dirigente e la conseguente retribuzione di risultato o produttività prevista. Essa è stata regolarmente prodotta, dagli anni 2016 fino a tutto il 2021 mediante la redazione, da parte della struttura preposta, della **Relazione annuale sulla performance organizzativa** che, approvata dalla

Direzione strategica, è stata validata dall'OIV e pubblicata annualmente **sempre entro i termini previsti per legge** (30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento). La relazione di competenza per l'anno 2023 sarà elaborata, come previsto per legge, entro il 30 giugno 2024.

Il processo di budget, si è costantemente sviluppato parallelamente alla risoluzione ed al superamento delle criticità inizialmente presenti, ed in parte ancora presenti nelle varie fasi del sistema di programmazione e controllo, criticità condizionate dalla crescita ed il completamento del sistema informativo aziendale, della contabilità direzionale, della definizione dell'assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali;

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la misurazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione, e sono correlati alla disponibilità dei dati di attività e di costo. In particolare, i destinatari degli obiettivi di budget, nell'ASP di Cosenza, sono stati tutti i Direttori di struttura complessa, i Dirigenti responsabili di Struttura semplice a valenza dipartimentale o in Staff della Direzione aziendale.

2.2.5. *Direttiva di Budget Anno 2024*

L'Azienda anche per l'anno 2024 si pone come obiettivo qualificante quello di continuare ad implementare l'attuazione del ciclo della performance e del sistema di budget introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l'obiettivo di correggere le penalizzazioni esistenti in determinati settori di assistenza.

Gli obiettivi e le attività definiti nel Piano attuativo e dettagliato nel Piano delle performance, sono trasferiti annualmente alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi operativi che, attivato nel corso del 2013, è stato implementato annualmente e dovrà essere ulteriormente implementato nel 2024 con il coinvolgimento a tutti i livelli e miglioramento della reportistica mediante attivazione della gestione informatizzata della scheda di budget e della misurazione.

Per il 2024 l'entità dello sviluppo del processo di budget, continuerà ad essere direttamente dipendente dalla risoluzione e superamento delle criticità ancora presenti nel sistema amministrativo contabile, che di fatto hanno impedito l'approvazione del Bilancio consuntivo degli anni 2018, 2019, 2020 e 2021, nonché dallo sviluppo e completamento propedeutico del sistema informativo aziendale, della definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali. Infatti lo sviluppo e la messa a regime del sistema di programmazione e controllo e della contabilità direzionale non può avvenire in assenza della quadratura CO.GE-CO.AN. con validazione dei dati di CO.AN., attività gestite dalla struttura gestione risorse economiche e finanziarie.

Ai fini della negoziazione degli obiettivi operativi, i destinatari del budget saranno tutti i Direttori di struttura complessa, i Dirigenti responsabili di Struttura semplice a valenza dipartimentale o in Staff della Direzione aziendale. Gli obiettivi di budget saranno articolati pertanto su tre livelli di responsabilità:

- Livello aziendale: si tratta dell'insieme degli obiettivi di budget, ed è determinato dalla somma delle misurazioni delle performance relative alle macro-articolazioni organizzative, compresi gli organismi di staff;

- Livello macroarticolazione organizzativa (macrostruttura/dipartimento): con tale termine ci si riferisce ad un'aggregazione di strutture complesse autonome coordinate da un responsabile (per es. Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto - CdR I° livello). Il budget operativo di CdR di livello I° è definito dall'insieme degli obiettivi delle unità operative afferenti alla macroarticolazione, integrata dagli obiettivi/progetti gestiti direttamente dal livello superiore;
- Livello di struttura complessa autonoma o semplice dipartimentale: rappresenta un livello di responsabilità subordinato (CdR II° livello). Il CdR di livello II° rappresenta il livello più analitico rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (per es. Reparto, Servizio, Unità Operativa) nella ASP di Cosenza.

Il processo di budget ed il ciclo della performance si avvia annualmente e necessita dell'approvazione, da parte della Direzione Strategica, del Bilancio consuntivo dell'anno precedente, e della validazione dei dati a consuntivo di Contabilità Analitica da parte della struttura gestione risorse economiche e finanziarie; il processo di budget anno 2024 sarà articolato nei Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello (per ogni struttura dovrà essere predisposto una scheda analitica di obiettivi per C.d.R.), per come di seguito specificato:

Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

Budget di I° livello: Negoziazione con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione;

Budget di II° livello: Negoziazione con le Strutture Complesse e semplici dipartimentali afferenti al Dipartimento di Prevenzione da parte del I° livello, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo;

Budget Area Territoriale:

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Nord;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Sud;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Tirreno

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Pollino/Esaro;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Valle Crati;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Cosenza;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Centrale Operativa SUEM/118;

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Strutture complesse interdistrettuali;

Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto – ordinate da parte del I° livello, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

Budget Area Ospedaliera:

Budget I° livello: Negoziazione con le Direzioni mediche degli Spoke/Presidi ospedalieri;

Budget I° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali presenti nella macrostruttura, in condivisione con la rispettiva Direzione medica, e con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

Budget Dipartimento Strutturale di Salute Mentale:

Budget I° livello: Negoziazione con la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale;

Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto-ordinate da parte del I° livello, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo;

Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico e strutture di supporto alla D.G.:

Budget strutture operative di supporto: negoziazione di obiettivi da parte del Direttore Generale con le strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti allo staff.

Budget Dipartimento amministrativo e tecnico-logistico:

Budget I° Livello: negoziazione con la Direzione del Dipartimento Amministrativo da parte della Direzione Amministrativa e con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

Budget II° livello: Negoziazione, da parte del Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico, con le Strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti allo stesso, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

Dipartimenti Funzionali:

I Direttori dei Dipartimenti funzionali, in relazione alle proprie funzioni di raccordo su base aziendale di competenze e qualità professionali, possono contribuire alla negoziazione degli obiettivi favorendo il rispetto di regole comuni e la omogeneizzazione dei processi produttivi e organizzativi. I Direttori dei Dipartimenti pertanto, partecipano alla negoziazione degli obiettivi di budget di I° e II° livello, per i CDR afferenti al proprio dipartimento, nell'ottica di una integrazione matriciale delle azioni da intraprendere, e secondo le indicazioni derivanti dal comitato di budget della ASP di Cosenza.

Il processo di negoziazione degli obiettivi di budget si deve concludere con:

La condivisione con le strutture sotto ordinate (responsabili strutture semplici, responsabili di coordinamento personale del comparto, Dirigenti afferenti alle strutture, altro personale), da parte dei Responsabili dei singoli CDR, degli obiettivi negoziati;

L'assegnazione di obiettivi individuali, da parte del responsabile CDR, ai responsabili delle strutture semplici e/o ai singoli Dirigenti afferenti al CDR.

Il Budget di II° livello, sarà negoziato, definito e sviluppato in relazione alla progressiva disponibilità dei dati di costo e di attività disaggregati per C.d.C./C.D.R. La misurazione della performance nell'area ospedaliera sarà riferita al grado di raggiungimento dell'obiettivo per ogni singolo CdR, indipendentemente dal punteggio della macrostruttura.

La negoziazione del Budget sarà stabilita dal comitato di Budget nella fase programmatica e di pianificazione (che per obiettivi ritenuti strategici, potrà individuare particolari modalità di assegnazione degli stessi), e dall'UOC Programmazione e Controllo nelle successive fasi operative; l'attività di questa struttura si estrinseca nella predisposizione delle proposte di budget ai CDR (obiettivi di budget) nell'attività di supporto alla negoziazione, reporting e monitoraggio degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati conseguiti, completandosi con la Misurazione e successiva Relazione sulla PERFORMANCE organizzativa dell'anno di riferimento.

2.2.6. Caratteri generali e obiettivi 2024-2026

L'attività aziendale si basa sulla direttrice strategica indicata dal Piano di Rientro Regionale (PRR) per la promozione e tutela della salute, attraverso un percorso di attenta lettura del bisogno del territorio, di collegamento con gli interlocutori.

Punti cardine sono:

- a) riordino della organizzazione aziendale in base alle nuove esigenze organizzative;

- b) riordino rete dei servizi ospedalieri in coerenza con la programmazione regionale;
- c) riordino rete dei servizi territoriali ed integrazione Territorio-ospedale secondo la normativa vigente;
- d) garanzia dei LEA ed abbattimento delle liste di attesa;
- e) contenimento della spesa farmaceutica;
- f) appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate;
- g) de-ospedalizzazione e continuità assistenziale, ampliamento offerta prestazioni territoriali.
- h) riordino rete ospedaliera e territoriale in funzione del Piano regionale e della post-emergenza Covid-19;

L'obiettivo del contenimento dell'attività di ricovero, garantendo una appropriata assistenza socio-sanitaria, passa, principalmente, attraverso l'efficace gestione del filtro della Medicina generale e della continuità assistenziale assicurata dal Distretto Sanitario, attraverso le case della Comunità, nella funzione di tutela della salute del cittadino e gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché nel ruolo di garanzia che i servizi sanitari territoriali hanno nell'applicare, in modo integrato, i percorsi di cura del cittadino. La funzione di tutela si esplica anche attraverso l'individuazione delle strutture territoriali che devono implementare la rete dei servizi che concorrono a garantire le cure.

La funzione di tutela e di gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale è svolta dalle Direzioni dei Distretti Sanitari, attraverso le strutture delle Cure Primarie, che assolvono al compito di recepire le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e per i quali sia necessario attivare un percorso integrato di continuità assistenziale, al fine di dare risposte efficaci, tempestive e correlate al bisogno rilevato per il singolo paziente, anche in regime di ricovero residenziale.

In questo ruolo è da ricercare e strutturare la necessaria integrazione con gli EE.LL. di cui alla L.R. 321/03, per la piena realizzazione di percorsi assistenziali, specie per la cronicità, delle necessità del cittadino, sia di natura sanitaria che sociale, e con la piena e completa attuazione delle UCCP ed AFT, favorendo lo sviluppo di reti, interazioni ed integrazioni attraverso:

- L'integrazione dell'Azienda Sanitaria nella rete regionale dei servizi sanitari.
- La partecipazione del cittadino e le relazioni con la società civile.
- La valorizzazione del volontariato e del terzo settore.
- L'interazione con le aziende sanitarie e ospedaliere calabresi.
- L'interazione con le Università.
- L'interazione con gli altri attori del sistema sanità.
- Lo Sviluppo delle reti cliniche integrate.
- L'integrazione socio-sanitaria.
- L'integrazione ospedale-territorio.
- I Rapporti convenzionali.
- Il Governo clinico.
- Il controllo e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere.
- L'innovazione gestionale e tecnologica.

Di seguito la struttura degli obiettivi strategici e operativi

L'azienda ha previsto tre aree Strategiche che raggruppano i precitati obiettivi:

A1	A1 - Efficienza dei servizi e dell'organizzazione
A2	A2 - Governo Clinico
A3	A3 - Governo Stakeholders e Utenza

Ogni area strategica raggruppa al suo interno i relativi obiettivi Strategici:

A1	A1 - Efficienza dei servizi e dell'organizzazione
A1S01	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE
A1S02	GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI
A1S03	OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE

A2	A2 - Governo Clinico
A2S04	GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI
A2S05	GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE
A2S06	GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE E DELLE DIPENDENZE
A2S07	GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'
A2S08	INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
A2S09	POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI

A3	A3 - Governo Stakeholders e Utenza
A3S10	GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA

Per ogni obiettivo strategico sono individuati i relativi obiettivi operativi, come di seguito riportati

A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE
A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.
A1S01O002 - Corretto e tempestivo trasferimento dati
A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento
A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo
A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso
A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali
A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.
A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane
A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.
A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo
A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN
A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione
A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.
A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili
A1S01O071 - Equilibrio economico.

A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.
A1S02O023 - Mantenimento/miglioramento dei Servizi Informativi Aziendali (SIA)
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM sul portale dedicato.

A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente

A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte

A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE

A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale

A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI

A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.

A2S04O027 - Assistenza domiciliare

A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza

A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.

A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.

A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.

A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali

A2S04O033 - Mantenimento/miglioramento attività SUEM 118

A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti

A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.

A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.

A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi

A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità .

A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.

A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE

A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza

A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni

A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione

A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening

A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN

A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza

A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)

A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale

A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente

A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale

A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA

A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001

A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva

A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti

A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)

A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi

A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale

A2S05O090 - attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)

A2S05O091 - Commissione di I^a Istanza (Accertamenti Collegiali)

A2S05O092 - CML Patenti Speciali

A2S05O093 - attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)

A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi COVID-19

A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)



A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri
A2S05O098 - attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari
A2S05O103 - attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)

A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale

A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'

A2S07O050 - Implementazione Servizio di Radiologia P.O. Trebisacce
A2S07O051 - Indicatore LEA "Riduzione percentuale parti cesarei"
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali
A2S07O105 - Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un PdA delle prestazioni presso str.re p.te accr.te con la ASP)

A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali
--

A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI

A2S09O068 - Appropriately Prescrittiva
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.
A2S09O072 - Farmacologia Clinica
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.

A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA

A3S10O075 - Implementazione attività URP
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.

Ogni Singolo Obiettivo operativo è misurato attraverso opportuni indicatori.

Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte per misurazione
A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	A1S01O001IND105 - Produzione di un documento di condivisione degli obiettivi di budget (su apposito modello allegato). Entro 30 giorni dalla sottoscrizione	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR
	A1S01O016IND099 - Presentazione del documento di programma delle attività entro il 30 Settembre dell'anno in corso.	Atto Documentale
A1S01O002 - Corretto e tempestivo trasferimento dati	A1S01O002IND095 - Avviamento sistema Regionale gestione Determine e Delibere	Verifica implementazione su sistema Sec Sisir
A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	A1S01O003IND140 - Verifiche requisiti specifici di accreditamento - N° verifiche effettuate/N° verifiche programmate	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR
A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	A1S01O004IND038 - Definizione proposte schede di budget annuali per singoli CdR negoziabili entro i termini stabiliti dalla Direzione Aziendale	Predisposizione di tutte le schede di proposta di Budget
	A1S01O004IND051 - Implementazione sistema di Data Warehouse aziendale del Sistema SEC-SISR per monitoraggio e reporting direzionale	Verifica implementazione su sistema Sec Sisir
	A1S01O004IND128 - Rispetto cronoprogramma regionale per la redazione della relazione annuale Performance organizzativa aziendale	Adozione Delibera
A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	A1S01O005IND036 - Applicazione procedura "Gestionale Contenziosi" - Recupero arretrato 2020-2021 e allineamento dati a tutto il 2022 entro il 31 Dicembre 2022	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR – Direz Gen
	A1S01O005IND124 - Ricognizione contenzioso legale ASP anni 2018,2019,2020,2021 e 2022 in conformità alle procedure amministrative "gestione contenzioso" - DCA 33 - 08/03/2016 -	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR – Direz Gen
A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	A1S01O006IND033 - Definizione degli atti di liquidazione delle spese assicurative entro 90 giorni dall'avvio del procedimento	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
	A1S01O006IND044 - Gestione informatica del flusso documentale ("Scrivania virtuale") - Implementazione Organizzativa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
	A1S01O006IND127 - Riorganizzazione attività di convenzione con Enti e dei tirocini con aggiornamento alla normativa vigente delle pratiche esistenti.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	A1S01O007IND097 - Piattaforma certificazione crediti (PCC) - Allineamento PCC con le fatture per la riduzione stock del debito	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	A1S01O009IND119 - Completamento centralizzazione timbrature (entro il 31.12.2022)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo

A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	A1S01O010IND040 - D-Utilizzo di convenzioni/accordi quadro CONSIP	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
	A1S01O010IND041 - E-Applicazione di una procedura per la raccolta standardizzata e aggregazione dei fabbisogni aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
	A1S01O010IND043 - F- Aggiornamento dell'elenco della acquisizioni di forniture e servizi di importo stimato superiore a 1 milione di euro	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo
A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	A1S01O011IND088 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. del Dipartimento Tecnico-Amministrativo	Schede Misurazione UU.OO. DIP. AMM.
A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	A1S01O013IND121 - Rendicontazione annuale attività per Obiettivi di PSN	Adozione Delibera
A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione	A1S01O015IND133 - Supporto alla Direzione Generale per la redazione annuale del PIAO	Adozione Delibera
A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	A1S01O017IND100 - Presentazione della relazione annuale delle attività (su apposito modello allegato). Entro il 31 Marzo anno successivo.	Atto Documentale
A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili	A1S01O019IND028 - Contrattualizzazione degli accordi-contratto con le RSA-CP e CRE	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR - Delibere
	A1S01O019IND106 - Produzione/aggiornamento/revisione regolamenti dell'Area Amministrativa secondo le norme vigenti. Ricognizione stato attuazione PAC	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR – Direz Amm
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.	A1S01O021IND017 - Attività afferenti la validazione della Relazione sulle performance aziendali.	Atto Documentale
	A1S01O021IND104 - Procedure afferenti alla verifica delle attività svolte dal Referente P.C.T.in merito agli obblighi di pubblicazione - Redazione attestazione obblighi di pubblicazione	Atto Documentale
	A1S01O021IND125 - Rilevazione del benessere organizzativo (predisposizione e somministrazione del questionario-elaborazione analitica risultati-trasmissione risultati alla Programmazione e Controllo)	Atto Documentale
	A1S01O021IND137 - Verifica procedure valutative Comparto e II istanza Dirigenti - Verifica attribuzione trattamento accessorio - Supporto contraddittorio Dirigenti e Collegi Tecnici	Atto Documentale
A1S01O071 - Equilibrio economico.	A1S01O071IND052 - Incidenza delle rimanenze finali complessive(magazzino) sul totale degli acquisti - Valore di riferimento <= 15% Mod. CE	Verifica da CE
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	A1S02O022IND008 - Assolvimento completo debito informativo entro le scadenze.	Assenza di rilievi Direzione Generale attestanti il mancato assolvimento
A1S02O023 - Mantenimento/miglioramento dei Servizi Informativi Aziendali (SIA)	A1S02O023IND007 - Assolvimento completo adempimenti informativi aziendali	Assenza di rilievi Direzione Generale

		attestanti il mancato assolvimento
	A1S02O024IND067 - Monitoraggio e attuazione Piano di rinnovo del parco attrezzature informatiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM sul portale dedicato.	A1S02O044IND086 - Percentuale di dati assistenziali Salute Mentale caricati e rilevabili sul portale dedicato	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza	A1S02O077IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Assenza di rilievi Direzione Generale attestanti il mancato assolvimento
A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte	A1S02O095IND156 - Assolvimento dati nell'Applicativo Regionale SEC REP del Sistema SEC-SISR	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	A1S03O025IND001 - Raggiungimento obiettivi di cui al DCA 256/2023	Assenza di rilievi Direzione Generale attestanti il mancato assolvimento
	A1S03O025IND081 - NSG (Nuovo Sistema Garanzia) - Ricognizione fonti informative e modalità gestione dei dati che alimentano il "core" NSG	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S03O025IND114 - Raggiungimento obiettivi di cui al DCA 21/2021	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	A2S04O026IND082 - Numero Assistiti in ADI/Numero Assistibili >= 65 Anni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR – Direzioni Distretti Sanitari
A2S04O027 - Assistenza domiciliare	A2S04O027IND025 - Attuazione Piano di fornitura home care di assistenza respiratoria domiciliare per pz critici con P.A.I. (Ospedalizzazione domiciliare)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	A2S04O028IND018 - Attività di coordinamento regionale delle urgenze-emergenze di ossigenoterapia.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O028IND129 - Rispetto tempi massimi (24 ore) di erogazione assistenza protesica respiratoria	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	A2S04O029IND073 - Monitoraggio Specialisti "non prescrittori"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR e Direzione CUP
A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	A2S04O030IND024 - Attuazione percorsi formativi per riqualificazione.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	A2S04O031IND019 - Attività di formazione per Referenti e Facilitatori del Risk Management	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR

	A2S04O031IND020 - Attività di monitoraggio nei Presidi Ospedalieri per l'utilizzo del "Documento di testimoniabilità" al consenso informato.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND065 - Monitoraggio del rischio clinico nelle Case di Cura accreditate e convenzionate ai sensi della Legge 24/2017	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND078 - N° audit e n° procedure prevenzione rischio.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	A2S04O032IND110 - Prosecuzione progetto "FAMI" per la creazione di modelli operativi per la presa in carico di pazienti psichiatrici immigrati	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O033 - Mantenimento/miglioramento attività SUEM 118	A2S04O033IND139 - Verifiche di qualità e appropriatezza su PDTA, risorse umane e tecnologiche - Attività di audit interno (N° audit effettuati/N° audit programmati)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	A2S04O034IND092 - Percentuale di STEMI centralizzati in Emodinamica entro 90 minuti dalla diagnosi tramite telecardiologia	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O034IND134 - Tempi di intervento (in minuti) nei soccorsi primari.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR – Sistema NSG
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	A2S04O035IND136 - Verifica della qualità assistenziale nelle Strutture accreditate di pertinenza della UOC "Tutela anziani e disabili"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S04O036IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	SISTEMA CUP (Sistema SEC SISRS)
A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	A2S04O037IND060 - Mantenimento/incremento volumi attività Centri diurni socio-riabilitativi.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	A2S04O038IND013 - Attivazione di progettualità specifiche con Enti Pubblici e/o Privati	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	A2S04O039IND112 - Raggiungimento dei targets KDIGO (almeno 70%) per il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in dialisi	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND113 - Raggiungimento di una percentuale del 30% sul totale, di trattamenti in emodiafiltrazione e/o tecniche ad alta efficienza depurativa.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND135 - Utilizzo ottimale della cartella informatizzata "Gepaweb" per la gestione dei pazienti in emodialisi, dialisi peritoneale, ambulatorio	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni	A2S05O040IND132 - Scostamento numero di prestazioni tra anno corrente e anno precedente.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione

A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	A2S05O041IND089 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. Dipartimentali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	A2S05O042IND032 - DCA 137/2020/Del. ASP 394/2021 - Progetto di riorganizzazione screening oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	A2S05O043IND121 - Rendicontazione annuale attività per Obiettivi di PSN	Atto Deliberativo
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	A2S05O080IND142 - Somministrazione questionari a motivi feedback sui menù	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O081 - Attuazione delle prerogative della COT (Centrale Operativa Territoriale) di cui al DCA 103/20 a al Piano Pandemico Nazionale	A2S05O081IND144 - evidenza documentale: numero contatti telefonici/telematici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	A2S05O082IND145 - Evidenza documentale: registro telematico delle vaccinazioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	A2S05O083IND146 - Evidenza documentale: registrazione reports su registro informatico regionale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	A2S05O084IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	A2S05O085IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	A2S05O086IND148 - Check-list riportate sul portale ministeriale VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	A2S05O087IND149 - Evidenza documentale: Registro informatico piattaforma VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	A2S05O088IND150 - Verifica dei requisiti degli impianti di produzione e controllo delle partite degli alimenti di o.a.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	A2S05O089IND151 - Trasmissione dei reports di attività al Dipartimento Tutela della Salute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	A2S05O090IND152 - Evidenza documentale: Registrazione giornaliera dei dati su portale SIMEL/Portale Ministeriale dell'Automobilista)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	A2S05O091IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O092 - CML Patenti Speciali	A2S05O092IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O093 - Attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	A2S05O093IND154 - Evidenza documentale: Trasmissione settimanale di report di monitoraggio alla Struttura Aziendale di Igiene Pubblica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi COVID-19	A2S05O094IND155 - Evidenza documentale: trasmissione giornaliera di report alla Struttura Aziendale di Igiene Pubblica ed alla Protezione Civile	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	A2S05O096IND157 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. A e TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	A2S05O097IND158 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	A2S05O098IND159 - Evidenza documentale: Registrazione ed archiviazione esiti ispezioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	A2S05O099IND160 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione cartelle secondo LR N.10/2001	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	A2S05O100IND161 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da database CUP	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	A2S05O101IND162 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	A2S05O102IND163 - Evidenza documentale: esito ricerca HPV-DNA da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	A2S05O103IND143 - Evidenza documentale: registrazione giornaliera dei dati relativi alla attività di sorveglianza sulla piattaforma regionale monitoring e nazionale ISS	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	A2S06O045IND101 - Prevenzione degli eventi avversi in Psichiatria-Monitoraggio ECG ed ematologico-Progetto "Blood and heart monitoring in psychiatric patients in the prevention of adverse events"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	A2S06O046IND053 - Incremento attività psico-educazionale per pazienti e famiglie	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O046IND091 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per i CSM aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O046IND102 - Prevenzione eventi avversi in Psichiatria - Esecuzione di ECG nei CSM per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	A2S06O047IND002 - Adozione formale di specifica "Scheda di dimissione/accompagnamento al CSM" per i pz dimessi da SPDC.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O047IND090 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per gli SPDC aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	A2S06O048IND079 - N° utenti SERD negativi vaccinati per HVB/N° totale utenti SERD HVB negativi presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O048IND080 - N° utenti SERD screenati per HVB, HVC e HIV/N° totale utenti presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O048IND093 - Percentuale raggiungimento degli obiettivi fissati per i SERD aziendali e Psic.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale

	A2S06O048IND103 - Prevenzione eventi avversi nei SERD - Esecuzione di ECG nei SERD per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	A2S06O049IND022 - Attuazione e monitoraggio Piano di attività formativa del personale DSM nell'ambito della Medicina narrativa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S07O050 - Implementazione Servizio di Radiologia P.O. Trebisacce	A2S07O050IND049 - Totale implementazione Servizio di Ecografia internistica P.O. Trebisacce	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O051 - Indicatore LEA "Riduzione percentuale parti cesarei"	A2S07O051IND031 - Corsi di accompagnamento alla nascita - Promozione del parto fisiologico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	A2S07O053IND001 - Adeguamento indicatori: Peso Medio DRG ordinario.	REPORT Sistema SEC SISR
	A2S07O053IND014 - Attivazione e implementazione servizio per l'impianto di "Porta-Cath e PEG"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S07O053IND046 - Totale implementazione delle procedure di ventilazione non invasiva in alternativa alla IOT - Formazione del personale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S07O053IND054 - Indicatore PNE: degenza post-operatoria per colecistectomia laparoscopica - (N° dimessi entro 3 giorni dall'intervento/N° totale colecistectomie laparoscopiche)	REPORT Sistema DWH
	A2S07O053IND058 - Mantenimento/incremento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, esclusi APA-PAC.	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND059 - Mantenimento/incremento prestazioni in APA-PAC	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND061 - Mantenimento/miglioramento attività APA-PAC oncologici	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND087 - Percentuale di PTCA eseguite entro 2 gg dal ricovero	REPORT DWH
	A2S07O053IND120 - Refertazione dell'attività ambulatoriale presso i PO di Lungro e Mormanno	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S07O054IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	REPORT Sistema CUP e DWH
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	A2S07O055IND076 - N. dimissioni da UO chirurgiche con DRG non chirurgico/N. dimissioni da UO chirurgiche.	REPORT DWH
	A2S07O055IND077 - N.Ric.Ord.con DRG inappropriato/N.ric.Ord.con DRG non inappropriato.	REPORT DWH
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	A2S07O056IND029 - Controllo del 10% a campione delle Cartelle Cliniche e Monitoraggio appropriatezza ricoveri secondo il DPGR 53/2011	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S07O056IND142 - Monitoraggio appropriatezza e congruenza attività di ricovero (di cui al DPGR 53/2011)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	A2S07O057IND066 - Monitoraggio delle attività trasfusionali n. donazioni - trasfusioni - sacche scadute.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	A2S07O059IND071 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	DRG 430, 428 e 426 > 75%.	REPORT DWH
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	A2S07O062IND085 - Ottimizzazione della Degenza Media in Regime Ordinario	REPORT DWH
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	A2S07O063IND056 - Indicatori LEA - Percentuale primi parti cesarei/totale dei parti senza pregresso cesareo (target per PN con meno di 1.000 parti/anno= <= 15%)	REPORT DWH
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	A2S07O064IND055 - Indicatori LEA - Percentuale fratture di femore over 65 anni operate entro 2 gg (target >= 60%)	REPORT DWH
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	A2S07O065IND130 - Rispetto tempi massimi di refertazione nelle attività di Anatomia e Istologia Patologica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O105 - Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un PdA delle prestazioni presso str.re p.te accr.te con la ASP)	A2S07O105IND143 - Piano prestazioni di ricovero erogabili e piano di acquisto.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	A2S08O066IND001 - A2S08O066IND001 Messa a regime della realizzazione del percorso e presa in carico della gravidanza a termine definita dal gruppo di lavoro Punti nascita/Consultori	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
		Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND026 - Completa implementazione della procedura per parto-analgesia	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND048 - Totale implementazione servizio di Cardio-TC P.O. di Paola	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND050 - Totale implementazione servizio RMN dedicato per prostata e mammella	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND072 - Monitoraggio N° pz inviati dai MMG ai Servizi di I° e II° livello per sospetto "Scompenso cardiaco" e per sospetta "Malattia renale cronica"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND111 - Totale implementazione del protocollo organizzativo per la gestione dei codici a bassa intensità (urgenze minori)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR

A2S09O068 - Appropriately Prescrittiva	A2S09O068IND004 - Appropriately Prescrittiva - GPGR 37/2014: FANS - Target 22,5	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND005 - Appropriately Prescrittiva - Verifica e monitoraggio prescrizioni per Colecalciferolo	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND006 - Appropriately Prescrittiva (Inibitori di pompa protonica - Target DPGR 37/2014: 74 ddd/ab)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	A2S09O069IND068 - Monitoraggio e controllo appropriatezza prescrittiva.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	A2S09O070IND063 - Mantenimento/riduzione dei costi per il consumo interno di Eritropoietina nei Centri Dialisi aziendali.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O070IND064 - Minore spesa convenzionata (7,96%)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR – Reportistica Farmaceutica
A2S09O072 - Farmacologia Clinica	A2S09O072IND074 - Monitoraggio terapie antitumorali - Ottimizzazione dosi farmaci oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O072IND075 - Monitoraggio terapie antitumorali - Tutoraggio allestimento terapie oncologiche: applicazione Protocolli e Linee Guida ministeriali sulle Buone Norme di Preparazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O072IND115 - Razionalizzazione costi farmaceutici - Piani settimanali di acquisizione di farmaci oncologici e riduzione delle scorte	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	A2S09O073IND021 - Attività di informazione sui nuovi farmaci antidiabetici - Realizzazione di un evento formativo per gli Specialisti Diabetologi.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND023 - Attuazione misure DCA 63/2020 e 72/2020: appropriatezza antibiotico-terapia in ambito Territoriale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND045 - Gestione segnalazioni sulla rete con feedback al segnalatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	A2S09O074IND069 - Monitoraggio e controllo spesa per dispositivi medici di costo >100€	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O075 - Implementazione attività URP	A3S10O075IND094 - Piano della Comunicazione - Completamento Carta dei Servizi aggiornata	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A3S10O075IND096 - Piano di riorganizzazione della UOSD "URP-Comunicazione"	Attestazione di esatto adempimento da parte

		della Direzione del CDR
	A3S10O075IND107 - Programma di implementazione della attività di "Customer satisfaction"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	A3S10O076IND009 - Assolvimento obblighi del Piano triennale della trasparenza, prevenzione della corruzione e integrità	REPORT RPCT
A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza	A2S05O001IND001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR

A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	A1S03O025IND001 - Raggiungimento obiettivi di cui al DCA 256/2023	Assenza di rilievi Direzione Generale attestanti il mancato assolvimento
	A1S03O025IND081 - NSG (Nuovo Sistema Garanzia) - Ricognizione fonti informative e modalità gestione dei dati che alimentano il "core" NSG	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S03O025IND114 - Raggiungimento obiettivi di cui al DCA 21/2021	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	A2S04O026IND082 - Numero Assistiti in ADI/Numero Assistibili >= 65 Anni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR – Direzioni Distretti Sanitari
A2S04O027 - Assistenza domiciliare	A2S04O027IND025 - Attuazione Piano di fornitura home care di assistenza respiratoria domiciliare per pz critici con P.A.I. (Ospedalizzazione domiciliare)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	A2S04O028IND018 - Attività di coordinamento regionale delle urgenze-emergenze di ossigenoterapia.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O028IND129 - Rispetto tempi massimi (24 ore) di erogazione assistenza protesica respiratoria	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	A2S04O029IND073 - Monitoraggio Specialisti "non prescrittori"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR e Direzione CUP
A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	A2S04O030IND024 - Attuazione percorsi formativi per riqualificazione.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	A2S04O031IND019 - Attività di formazione per Referenti e Facilitatori del Risk Management	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S04O031IND020 - Attività di monitoraggio nei Presidi Ospedalieri per l'utilizzo del "Documento di testimoniabilità" al consenso informato.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND065 - Monitoraggio del rischio clinico nelle Case di Cura accreditate e convenzionate ai sensi della Legge 24/2017	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND078 - N° audit e n° procedure prevenzione rischio.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	A2S04O032IND110 - Prosecuzione progetto "FAMI" per la creazione di modelli operativi per la presa in carico di pazienti psichiatrici immigrati	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O033 - Mantenimento/miglioramento attività SUEM 118	A2S04O033IND139 - Verifiche di qualità e appropriatezza su PDTA, risorse umane e tecnologiche - Attività di audit interno (N° audit effettuati/N° audit programmati)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	A2S04O034IND092 - Percentuale di STEMI centralizzati in Emodinamica entro 90 minuti dalla diagnosi tramite telecardiologia	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O034IND134 - Tempi di intervento (in minuti) nei soccorsi primari.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR – Sistema NSG
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	A2S04O035IND136 - Verifica della qualità assistenziale nelle Strutture accreditate di pertinenza della UOC "Tutela anziani e disabili"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S04O036IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	SISTEMA CUP (Sistema SEC SISR)
A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	A2S04O037IND060 - Mantenimento/incremento volumi attività Centri diurni socio-riabilitativi.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	A2S04O038IND013 - Attivazione di progettualità specifiche con Enti Pubblici e/o Privati	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	A2S04O039IND112 - Raggiungimento dei targets KDIGO (almeno 70%) per il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in dialisi	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND113 - Raggiungimento di una percentuale del 30% sul totale, di trattamenti in emodiafiltrazione e/o tecniche ad alta efficienza depurativa.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND135 - Utilizzo ottimale della cartella informatizzata "Gepaweb" per la gestione dei pazienti in emodialisi, dialisi peritoneale, ambulatorio	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni	A2S05O040IND132 - Scostamento numero di prestazioni tra anno corrente e anno precedente.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	A2S05O041IND089 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. Dipartimentali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	A2S05O042IND032 - DCA 137/2020/Del. ASP 394/2021 - Progetto di riorganizzazione screening oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	A2S05O043IND121 - Rendicontazione annuale attività per Obiettivi di PSN	Atto Deliberativo



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	A2S05O080IND142 - Somministrazione questionari a motivi feedback sui menù	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O081 - Attuazione delle prerogative della COT (Centrale Operativa Territoriale) di cui al DCA 103/20 a al Piano Pandemico Nazionale	A2S05O081IND144 - evidenza documentale: numero contatti telefonici/telematici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	A2S05O082IND145 - Evidenza documentale: registro telematico delle vaccinazioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	A2S05O083IND146 - Evidenza documentale: registrazione reports su registro informatico regionale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	A2S05O084IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	A2S05O085IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	A2S05O086IND148 - Check-list riportate sul portale ministeriale VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	A2S05O087IND149 - Evidenza documentale: Registro informatico piattaforma VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	A2S05O088IND150 - Verifica dei requisiti degli impianti di produzione e controllo delle partite degli alimenti di o.a.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	A2S05O089IND151 - Trasmissione dei reports di attività al Dipartimento Tutela della Salute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione

A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	A2S05O090IND152 - Evidenza documentale: Registrazione giornaliera dei dati su portale SIMEL/Portale Ministeriale dell'Automobilista)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O091 - Commissione di I^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	A2S05O091IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O092 - CML Patenti Speciali	A2S05O092IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O093 - Attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	A2S05O093IND154 - Evidenza documentale: Trasmissione settimanale di report di monitoraggio alla Struttura Aziendale di Igiene Pubblica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi COVID-19	A2S05O094IND155 - Evidenza documentale: trasmissione giornaliera di report alla Struttura Aziendale di Igiene Pubblica ed alla Protezione Civile	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	A2S05O096IND157 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. A e TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	A2S05O097IND158 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	A2S05O098IND159 - Evidenza documentale: Registrazione ed archiviazione esiti ispezioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	A2S05O099IND160 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione cartelle secondo LR N.10/2001	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	A2S05O100IND161 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da database CUP	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	A2S05O101IND162 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	A2S05O102IND163 - Evidenza documentale: esito ricerca HPV-DNA da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	A2S05O103IND143 - Evidenza documentale: registrazione giornaliera dei dati relativi alla attività di sorveglianza sulla piattaforma regionale monitoring e nazionale ISS	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	A2S06O045IND101 - Prevenzione degli eventi avversi in Psichiatria-Monitoraggio ECG ed ematologico-Progetto "Blood and heart monitoring in psychiatric patients in the prevention of adverse events"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	A2S06O046IND053 - Incremento attività psico-educazionale per pazienti e famiglie	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O046IND091 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per i CSM aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O046IND102 - Prevenzione eventi avversi in Psichiatria - Esecuzione di ECG nei CSM per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	A2S06O047IND002 - Adozione formale di specifica "Scheda di dimissione/accompagnamento al CSM" per i pz dimessi da SPDC.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O047IND090 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per gli SPDC aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	A2S06O048IND079 - N° utenti SERD negativi vaccinati per HVB/N° totale utenti SERD HVB negativi presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O048IND080 - N° utenti SERD screenati per HVB, HVC e HIV/N° totale utenti presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O048IND093 - Percentuale raggiungimento degli obiettivi fissati per i SERD aziendali e Psic.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
	A2S06O048IND103 - Prevenzione eventi avversi nei SERD - Esecuzione di ECG nei SERD per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	A2S06O049IND022 - Attuazione e monitoraggio Piano di attività formativa del personale DSM nell'ambito della Medicina narrativa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale

A2S07O050 - Implementazione Servizio di Radiologia P.O. Trebisacce	A2S07O050IND049 - Totale implementazione Servizio di Ecografia internistica P.O. Trebisacce	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O051 - Indicatore LEA "Riduzione percentuale parti cesarei"	A2S07O051IND031 - Corsi di accompagnamento alla nascita - Promozione del parto fisiologico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	A2S07O053IND001 - Adeguamento indicatori: Peso Medio DRG ordinario.	REPORT Sistema SEC SISR
	A2S07O053IND014 - Attivazione e implementazione servizio per l'impianto di "Port-a-Cath e PEG"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S07O053IND046 - Totale implementazione delle procedure di ventilazione non invasiva in alternativa alla IOT - Formazione del personale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S07O053IND054 - Indicatore PNE: degenza post-operatoria per colecistectomia laparoscopica - (N° dimessi entro 3 giorni dall'intervento/N° totale colecistectomie laparoscopiche)	REPORT Sistema DWH
	A2S07O053IND058 - Mantenimento/incremento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, esclusi APA-PAC.	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND059 - Mantenimento/incremento prestazioni in APA-PAC	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND061 - Mantenimento/miglioramento attività APA-PAC oncologici	REPORT Sistema CUP e DWH
	A2S07O053IND087 - Percentuale di PTCA eseguite entro 2 gg dal ricovero	REPORT DWH
	A2S07O053IND120 - Refertazione dell'attività ambulatoriale presso i PO di Lungro e Mormanno	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S07O054IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	REPORT Sistema CUP e DWH
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	A2S07O055IND076 - N. dimissioni da UO chirurgiche con DRG non chirurgico/N. dimissioni da UO chirurgiche.	REPORT DWH
	A2S07O055IND077 - N.Ric.Ord.con DRG inappropriato/N.ric.Ord.con DRG non inappropriato.	REPORT DWH
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	A2S07O056IND029 - Controllo del 10% a campione delle Cartelle Cliniche e Monitoraggio appropriatezza ricoveri secondo il DPGR 53/2011	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio
	A2S07O056IND142 - Monitoraggio appropriatezza e congruenza attività di ricovero (di cui al DPGR 53/2011)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	A2S07O057IND066 - Monitoraggio delle attività trasfusionali n. donazioni - trasfusioni - sacche scadute.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	A2S07O059IND071 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	DRG 430, 428 e 426 > 75%.	REPORT DWH
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	A2S07O062IND085 - Ottimizzazione della Degenza Media in Regime Ordinario	REPORT DWH



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	A2S07O063IND056 - Indicatori LEA - Percentuale primi parti cesarei/totale dei parti senza pregresso cesareo (target per PN con meno di 1.000 parti/anno= <= 15%)	REPORT DWH
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	A2S07O064IND055 - Indicatori LEA - Percentuale fratture di femore over 65 anni operate entro 2 gg (target >= 60%)	REPORT DWH
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	A2S07O065IND130 - Rispetto tempi massimi di refertazione nelle attività di Anatomia e Istologia Patologica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O105 - Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un PdA delle prestazioni presso str.re p.te accr.te con la ASP)	A2S07O105IND143 - Piano prestazioni di ricovero erogabili e piano di acquisto.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	A2S08O066IND001 - A2S08O066IND001 Messa a regime della realizzazione del percorso e presa in carico della gravidanza a termine definita dal gruppo di lavoro Punti nascita/Consultori	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
		Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND026 - Completa implementazione della procedura per parto-analgesia	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND048 - Totale implementazione servizio di Cardio-TC P.O. di Paola	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND050 - Totale implementazione servizio RMN dedicato per prostata e mammella	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND072 - Monitoraggio N° pz inviati dai MMG ai Servizi di I° e II° livello per sospetto "Scompenso cardiaco" e per sospetta "Malattia renale cronica"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND111 - Totale implementazione del protocollo organizzativo per la gestione dei codici a bassa intensità (urgenze minori)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O068 - Appropriately Prescrittiva	A2S09O068IND004 - Appropriately Prescrittiva - GPGR 37/2014: FANS - Target 22,5	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND005 - Appropriately Prescrittiva - Verifica e monitoraggio prescrizioni per Colecalciferolo	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND006 - Appropriately Prescrittiva (Inibitori di pompa protonica - Target DPGR 37/2014: 74 ddd/ab)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	A2S09O069IND068 - Monitoraggio e controllo appropriatezza prescrittiva.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	A2S09O070IND063 - Mantenimento/riduzione dei costi per il consumo interno di Eritropoietina nei Centri Dialisi aziendali.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O070IND064 - Minore spesa convenzionata (7,96%)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR - Reportistica Farmaceutica
A2S09O072 - Farmacologia Clinica	A2S09O072IND074 - Monitoraggio terapie antitumorali - Ottimizzazione dosi farmaci oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR

	A2S09O072IND075 - Monitoraggio terapie antitumorali - Tutoraggio allestimento terapie oncologiche: applicazione Protocolli e Linee Guida ministeriali sulle Buone Norme di Preparazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O072IND115 - Razionalizzazione costi farmaceutici - Piani settimanali di acquisizione di farmaci oncologici e riduzione delle scorte	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	A2S09O073IND021 - Attività di informazione sui nuovi farmaci antidiabetici - Realizzazione di un evento formativo per gli Specialisti Diabetologi.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND023 - Attuazione misure DCA 63/2020 e 72/2020: appropriatezza antibiotico-terapia in ambito Territoriale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND045 - Gestione segnalazioni sulla rete con feedback al segnalatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	A2S09O074IND069 - Monitoraggio e controllo spesa per dispositivi medici di costo >100€	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O075 - Implementazione attività URP	A3S10O075IND094 - Piano della Comunicazione - Completamento Carta dei Servizi aggiornata	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A3S10O075IND096 - Piano di riorganizzazione della UOSD "URP-Comunicazione"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A3S10O075IND107 - Programma di implementazione della attività di "Customer satisfaction"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	A3S10O076IND009 - Assolvimento obblighi del Piano triennale della trasparenza, prevenzione della corruzione e integrità	REPORT RPCT
A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza	A2S05O001IND001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR

Ogni obiettivo viene assegnato alle strutture Operative, così come di seguito riportato e relativo all'anno 2023 e in continuità per l'anno 2024 da modulare in fase di negoziazione. Molti obiettivi di durata triennale saranno confermati e integrati, qualora non previsti, con i nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione Regionale

A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
A1S01O002 - Corretto e tempestivo trasferimento dati	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto

A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	C.d.R.: 8 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	C.d.R.: 4 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	C.d.R.: 19 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	C.d.R.: 22 - GESTIONE
A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	C.d.R.: 29 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM
A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di attività e Organizzazione	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	C.d.R.: 8 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 12 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 13 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 14 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 19 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 216 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -

	C.d.R.: 218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 22 - GESTIONE
	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 26 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRÌ - UOC
	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	C.d.R.: 29 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 39 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	C.d.R.: 4 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 40 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 42 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	C.d.R.: 43 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	C.d.R.: 46 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	C.d.R.: 48 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	C.d.R.: 5 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF

	C.d.R.: 50 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	C.d.R.: 52 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	C.d.R.: 54 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	C.d.R.: 56 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	C.d.R.: 58 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 59 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	C.d.R.: 60 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 66 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 68 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 71 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 79 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	C.d.R.: 8 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 85 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 9 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività .	C.d.R.: 9 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
A1S01O071 - Equilibrio economico.	C.d.R.: 155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 12 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 14 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC

	C.d.R.: 212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 216 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 39 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	C.d.R.: 40 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 42 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	C.d.R.: 43 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	C.d.R.: 46 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	C.d.R.: 48 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	C.d.R.: 50 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM

	C.d.R.: 52 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	C.d.R.: 54 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	C.d.R.: 56 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	C.d.R.: 58 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 59 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	C.d.R.: 60 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 66 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 68 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 71 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 79 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	C.d.R.: 8 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 85 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 9 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S02O023 - Mantenimento/miglioramento dei Servizi Informativi Aziendali (SIA)	C.d.R.: 5 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM sul portale dedicato	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 137 - DIP. PREV. ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 142 - SANITA' ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUI ZOOTECNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV. ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A1S02O095 - attività di gestione del Registro di Cause di Morte	C.d.R.: 152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 14 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 19 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 22 - GESTIONE
	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 26 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 5 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADL.	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC

	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O027 - Assistenza domiciliare	C.d.R.: 127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	C.d.R.: 127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	C.d.R.: 85 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	C.d.R.: 12 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	C.d.R.: 101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O033 - Mantenimento/miglioramento attività SUEM 118	C.d.R.: 85 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	C.d.R.: 85 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -

	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	C.d.R.: 101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 26 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 79 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale men della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente	C.d.R.: 133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	C.d.R.: 133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S05O083 - attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	C.d.R.: 137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O084 - attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	C.d.R.: 137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O085 - attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	C.d.R.: 137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	C.d.R.: 142 - SANITA' ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	C.d.R.: 142 - SANITA' ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	C.d.R.: 148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O090 - attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	C.d.R.: 151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	C.d.R.: 151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O092 - CML Patenti Speciali	C.d.R.: 151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O093 - attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	C.d.R.: 152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi COVID-19	C.d.R.: 152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell' idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O098 - attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	C.d.R.: 154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	C.d.R.: 154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	C.d.R.: 154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O103 - attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	C.d.R.: 133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 43 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	C.d.R.: 46 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	C.d.R.: 48 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	C.d.R.: 50 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM

	C.d.R.: 52 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	C.d.R.: 54 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	C.d.R.: 59 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 39 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	C.d.R.: 40 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 42 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	C.d.R.: 282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	C.d.R.: 56 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	C.d.R.: 58 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	C.d.R.: 59 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
A2S07O050 - Implementazione Servizio di Radiologia P.O. Trebisacce	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
A2S07O051 - Indicatore LEA "Riduzione percentuale parti cesarei"	C.d.R.: 60 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 216 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC

	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	C.d.R.: 66 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 68 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 71 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	C.d.R.: 66 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 68 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 71 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF

	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità .	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	C.d.R.: 39 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	C.d.R.: 40 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 42 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC

	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	C.d.R.: 212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
A2S07O105 - Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un PdA delle prestazioni presso str.re p.te accr.te con la ASP)	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 60 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 79 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S09O068 - Appropriata Prescrittiva	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud

	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	C.d.R.: 128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O072 - Farmacologia Clinica	C.d.R.: 170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	C.d.R.: 169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività .	C.d.R.: 155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A3S10O075 - Implementazione attività URP	C.d.R.: 13 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	C.d.R.: 1 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 10 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	C.d.R.: 105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	C.d.R.: 107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	C.d.R.: 112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	C.d.R.: 114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	C.d.R.: 115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	C.d.R.: 118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	C.d.R.: 119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	C.d.R.: 12 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	C.d.R.: 125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	C.d.R.: 129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 13 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF

	C.d.R.: 133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 137 - DIP. PREV. ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 14 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	C.d.R.: 142 - SANITA' ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
	C.d.R.: 151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV. ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	C.d.R.: 155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	C.d.R.: 171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	C.d.R.: 173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	C.d.R.: 175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	C.d.R.: 18 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 19 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 2 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC

	C.d.R.: 202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 216 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 22 - GESTIONE
	C.d.R.: 220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	C.d.R.: 230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	C.d.R.: 231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	C.d.R.: 232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	C.d.R.: 26 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	C.d.R.: 260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	C.d.R.: 266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	C.d.R.: 275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	C.d.R.: 281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	C.d.R.: 283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	C.d.R.: 29 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM

	C.d.R.: 3 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 39 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	C.d.R.: 4 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 40 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 42 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	C.d.R.: 43 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	C.d.R.: 46 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	C.d.R.: 48 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	C.d.R.: 5 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 50 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	C.d.R.: 52 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	C.d.R.: 54 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	C.d.R.: 56 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	C.d.R.: 58 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	C.d.R.: 59 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	C.d.R.: 60 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 62 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 64 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 66 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	C.d.R.: 68 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	C.d.R.: 71 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	C.d.R.: 79 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	C.d.R.: 89 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	C.d.R.: 9 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	C.d.R.: 91 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	C.d.R.: 94 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto

Gli obiettivi assegnati, con relativo peso, sono misurati annualmente sostanzialmente attraverso la reportistica disponibile sui sistemi informativi aziendali, sulla scorta del caricamento dei vari flussi informativi di tipo ospedaliero, territoriale, della prevenzione, e/o attraverso la produzione di documentazione (atti documentali/procedure/delibere/determine) attestanti il raggiungimento degli obiettivi secondo le tempistiche definite.

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Peso Tot	Peso %
A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE	A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	20	0,18%
	A1S01O002 - Corretto e tempestivo trasferimento dati	15	0,13%
	A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	70	0,62%
	A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	70	0,62%
	A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	78	0,69%



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	45	0,40%
	A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	35	0,31%
	A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	30	0,27%
	A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	75	0,66%
	A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	25	0,22%
	A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	360	3,19%
	A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione	20	0,18%
	A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	975	8,63%
	A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili	62	0,55%
	A1S01O071 - Equilibrio economico.	95	0,84%
A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE Totale		1.975	17,48 %
A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI	A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.	75	0,66%
	A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	1.100	9,73%
	A1S02O023 - Mantenimento/miglioramento dei Servizi Informativi Aziendali (SIA)	18	0,16%
	A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM sul portale dedicato	10	0,09%
	A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente	167	1,48%
	A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte	20	0,18%
A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI Totale		1.390	12,30 %
A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE	A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	929	8,22%
A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE Totale		929	8,22%
A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI	A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	120	1,06%
	A2S04O027 - Assistenza domiciliare	30	0,27%
	A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	55	0,49%
	A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	60	0,53%
	A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	20	0,18%
	A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	75	0,66%
	A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	35	0,31%
	A2S04O033 - Mantenimento/miglioramento attività SUEM 118	20	0,18%
	A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	40	0,35%
	A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	15	0,13%
	A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	160	1,42%
	A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	15	0,13%
	A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	42	0,37%



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	40	0,35%
A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI Totale		727	6,43%
A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE	A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza	32	0,28%
	A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni	30	0,27%
	A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	30	0,27%
	A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	190	1,68%
	A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	22	0,19%
	A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	65	0,58%
	A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	65	0,58%
	A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menà ¹ della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	20	0,18%
	A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente	30	0,27%
	A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	30	0,27%
	A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	20	0,18%
	A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	30	0,27%
	A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	30	0,27%
	A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	30	0,27%
	A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	45	0,40%
	A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	20	0,18%
	A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	25	0,22%
	A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	20	0,18%
	A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	20	0,18%
	A2S05O092 - CML Patenti Speciali	40	0,35%
	A2S05O093 - Attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	25	0,22%
	A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi COVID-19	35	0,31%
	A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	20	0,18%
	A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	20	0,18%
	A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	20	0,18%
	A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	20	0,18%
	A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	35	0,31%
	A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	35	0,31%
	A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	15	0,13%
	A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata COVID-19 e della piattaforma monitoring regionale (DCA Calabria 21/2021)	25	0,22%
A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE Totale		1.044	9,24%



A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	12	0,11%
	A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	395	3,50%
	A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	108	0,96%
	A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	155	1,37%
	A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	20	0,18%
A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE Totale		690	6,11%
A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'	A2S07O050 - Implementazione Servizio di Radiologia P.O. Trebisacce	10	0,09%
	A2S07O051 - Indicatore LEA "Riduzione percentuale parti cesarei"	60	0,53%
	A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	915	8,10%
	A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	5	0,04%
	A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	530	4,69%
	A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	85	0,75%
	A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	75	0,66%
	A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	240	2,12%
	A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	90	0,80%
	A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	310	2,74%
	A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	50	0,44%
	A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	80	0,71%
	A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	40	0,35%
	A2S07O105 - Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un PdA delle prestazioni presso str.re p.te accr.te con la ASP)	10	0,09%
A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA' Totale		2.500	22,12 %
A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	315	2,79%
A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO Totale		315	2,79%
A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI	A2S09O068 - Appropriata Prescrittiva	90	0,80%
	A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	120	1,06%
	A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	44	0,39%
	A2S09O072 - Farmacologia Clinica	77	0,68%
	A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	67	0,59%
	A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	96	0,85%
A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI Totale		494	4,37%
A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA	A3S10O075 - Implementazione attività URP	87	0,77%

	A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	1.149	10,17 %
A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA Totale		1.236	10,94 %
Totale complessivo		11.300	100,00 %

Ripartizione dei Pesi per Aree Strategiche e Obiettivi Strategici	Peso	Peso %
A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE	1.980	17,52 %
A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI	1.390	12,30 %
A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE	929	8,22 %
TOTALE AREA STRATEGICA A1 - Efficienza dei servizi e dell'organizzazione	4.299	38,04 %
A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI	727	6,43 %
A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE	1.044	9,24 %
A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	680	6,02 %
A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'	2.500	22,12 %
A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	315	2,79 %
A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI	494	4,37 %
TOTALE AREA STRATEGICA A2 - Governo Clinico	5.760	50,97 %
A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA	1.241	10,98 %
TOTALE AREA STRATEGICA A3 - Governo Stakeholders e Utenza	1.241	10,98 %
Totale complessivo	11.300	100,00 %

2.2.7. PIANO DI BUDGET - I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Prestazioni e obiettivi generali:

Il Dipartimento di Prevenzione è caratterizzato da autonomia organizzativa e contabile, è centro di responsabilità ed è destinatario del budget complessivo dell'area alla quale rispondono le unità operative afferenti. E' preposto alla direzione tecnico-organizzativa e al coordinamento delle attività necessarie a garantire il livello essenziale "prevenzione collettiva e sanità pubblica. Le prestazioni e le attività che il Dipartimento deve erogare sono quelle indicate nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e nei provvedimenti regionali attuativi, quali il PRP, in cui sono riportate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola. Devono essere garantite attraverso l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza e ambientali, assicurando l'intersectorialità e l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di attività. Gli obiettivi generali da perseguire saranno:

- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi nell'anno 2023;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2023;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie e adeguamento agli indicatori del NSG;
- Contenimento, per il 2024, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2023, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente (esclusi i costi covid) e razionalizzazione della spesa;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

Obiettivi specifici:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, come il PRP 2021/2023, o in via di adozione, relativamente ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, stabiliscono la necessità di produrre programmi e piani di lavoro caratterizzati dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2024, anche in riferimento al NSG ed erogare le relative attività.

Al fine di recepire, organizzare e programmare la gestione a livello locale del PRP, il Dipartimento di prevenzione e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 12 gennaio 2017, dovrà contribuire al perseguimento degli obiettivi specifici indicati nel Piano di Prevenzione Aziendale, in gran parte sovrapponibili agli obiettivi LEA già individuati per l'anno 2023, relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione, tenuto

conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting.

L'Azienda anche per l'anno 2024 dovrà erogare principalmente le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in considerazione delle risorse a disposizione, fermo restando il controllo delle attività che, in passato sono state fortemente condizionate dall'espandersi dell'epidemia da Coronavirus, sono tipiche ed impegnano il Dipartimento di Prevenzione nel controllo sul territorio.

* Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget 2024 del singolo CDR.

2.2.8. PIANO DI BUDGET - II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:

Il D.Lgs. n. 229/99 caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute. Il Distretto assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura delle tossicodipendenze, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc.; i servizi erogati coincidono dunque con quelli dell'**assistenza distrettuale**. Trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni territoriali del dipartimento di prevenzione, di salute mentale e di cure primarie, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Prestazioni e obiettivi generali:

Gli obiettivi sono di natura strategica e di natura operativa. I primi (strategici) riguardano le scelte di governo del sistema di offerta distrettuale, i rapporti tra soggetti istituzionali e gestionali, l'articolazione e il governo della rete, le condizioni di continuità assistenziale, i fattori di efficacia degli interventi. I secondi (operativi) riguardano i percorsi professionali, la organizzazione delle risposte l'accesso ai servizi, la gestione dei percorsi di cura, la personalizzazione degli interventi.

Le prestazioni e le attività che il Livello Distrettuale dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza distrettuale ed indicate nel DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di assistenza sanitaria di base, attività di emergenza sanitaria, Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, Assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale, assistenza termale, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni. Ivi sono indicate altresì le articolazioni in sottolivelli adottate. L'erogazione delle prestazioni del livello territoriale deve tenere presente i vincoli del piano di rientro e pertanto gli obiettivi generali da perseguire saranno:

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione e messa a regime dei PL delle RSA pubbliche individuate nei CAPT, Case della salute, etc.) mediante la realizzazione dell'integrazione Ospedale-Territorio”.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Contenimento del tasso di crescita della spesa farmaceutica rispetto ai valori degli anni precedenti (mediante protocolli operativi con i MMG, controllo appropriatezza prescrittiva, ecc.) la distribuzione diretta di farmaci e presidi particolarmente costosi, controllo dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione dei farmaci generici;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale e dell'emergenza entro i tempi stabiliti dai relativi piani regionali e aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.)
- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2022;

- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2023 dai Distretti sanitari (con esclusione di quelli dedicati al Covid) e comunque tendenza ad equilibrio di bilancio;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda e riduzione tempi di attesa;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno e di ricovero;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

Gli obiettivi generali saranno implementati mediante la individuazione di obiettivi specifici ed azioni al fine di produrre risultati incisivi sia sul piano dell'efficienza che su quella dell'efficacia e dell'appropriatezza dei Servizi. Tutto ciò potrà avvenire mediante un'attenta azione di sorveglianza e quindi di sviluppo delle attività connesse mentre i volumi di prestazioni da erogare, sono modulati in funzione delle risorse umane ed economiche disponibili, delle liste di attesa, delle specialità che presentano maggiore domanda nell'ambito territoriale distrettuale, garantendo comunque lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di appropriatezza, per le attività di specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta e tenendo comunque conto degli indicatori standard di prestazioni e dei vincoli previsti dal piano di rientro.

Obiettivi specifici

Il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2024, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il piano delle performance ed il relativo processo di Budgeting, e di seguito elencati in sintesi:

- Riduzione della mobilità passiva, principalmente quella extraregionale.
- Riduzione degli Accessi impropri al pronto soccorso e riduzione dei ricoveri inappropriati od inutili.
- Favorire le Dimissioni protette.
- Favorire la Qualità e la formazione.
- Realizzare misure per l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal territorio nella A.S.P. e relativo monitoraggio;
- Razionalizzare l'utilizzo risorse umane afferenti al livello, per singolo Distretto ed in funzione delle attività da erogare o funzioni da svolgere.
- Implementare ulteriormente le procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea.
- Definire percorsi per l'Assistenza agli immigrati e recupero delle quote assistenziali previste.
- Rispettare il Debito informativo con trasmissione flussi informativi completi, senza anomalie, entro le scadenze previste dalla normativa.
- Assistenza territoriale: SIAD/ADI; FAR/RSA; EMUR; SISM; SIND; TS; ecc;

a) Rete territoriale

Nell'ambito del processo di riqualificazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale il Commissario ad ACTA per il PdR con l'adozione del programma operativo 2022-2024 ha individuato, tra l'altro, l'obiettivo di rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali, adottando il DCA n° 65/2020, come modificato dal DCA n° 67/2020. In attuazione delle linee di indirizzo regionali, l'ASP di Cosenza, ha provveduto alla riorganizzazione della rete territoriale con l'adozione della deliberazione n° 64/2020 e successiva delibera di rettifica n° 673 del 10/08/2020; il piano attuativo aziendale è stato successivamente approvato dal Commissario ad Acta della Regione Calabria con DCA n° 9 del 14/01/2021. In seguito, tuttavia, è stato approvato il DCA n° 197/2023 che rappresenta pertanto il riferimento unico dell'ASP per la rimodulazione delle attività territoriali.

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute.

- In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire: - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- Il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

Il Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale sarà perseguito anche attraverso lo sviluppo dei percorsi assistenziali a livello distrettuale.

E' acquisizione ormai da tempo condivisa che l'integrazione delle Cure Ospedaliere con quelle cosiddette Territoriali, costituisca una condizione essenziale per garantire un servizio sanitario di qualità e dai positivi risvolti in termini di efficienza gestionale.

I servizi sanitari, che l'ASP di Cosenza offre, sono **diffusi su tutto il territorio** attraverso ambulatori, ospedali, consultori, strutture residenziali e semiresidenziali, e l'assistenza domiciliare.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. Occorre perseguire, pertanto, questa visione mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in

particolare: - attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Salute/Comunità, Ospedali di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento; - attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza; - attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health"); - con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni; - con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale; - attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti; - attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.

b) Servizio Urgenza Emergenza Medica (SUEM)

Pronto soccorso e SUEM 118.

Nella tabella seguente si riportano i dati di accesso ai Pronto Soccorso ed ai Punti di Primo intervento dei CAPT/CdS aziendali.

ACCESSI P.S. E P.P.I. Anni 2018-2022									
Presidio	Tipo Servizio	N° accessi 2018	N° accessi 2019	N° accessi 2020	N° accessi 2021	N° accessi 2022	Scostamento 2020/2019	Scostamento 2021/2020	Scostamento 2022/2021
ACRI	PS	8.856	9.050	6.683	6.406	7.226	-2.367	-277	820
CASTROVILLARI	PS	18.108	17.591	11.921	11.787	13.086	-5.670	-134	1.299
CETRARO	PS	17.104	16.141	8.450	9.404	10.068	-7.691	954	664
CORIGLIANO	PS	17.648	17.451	11.571	11.976	15.047	-5.880	405	3.071
PAOLA	PS	13.086	12.581	9.644	10.730	11.940	-2.937	1.086	1.210
ROSSANO	PS	18.765	18.754	12.835	11.612	16.020	-5.919	-1.223	4.408
SGF	PS	6.539	6.370	4.669	4.178	4.133	-1.701	-491	-45
PRAIA A MARE	PS	6.633	6.417	4.699	4.879	5.432	-1.718	180	553
TREBISACCE	PS	8.459	8.114	5.219	5.880	6.602	-2.895	661	722
CARIATI	PPI	8.664	9.147	6.175	7.019	7.395	-2.972	844	376
LUNGRO	PPI			285	0	0	285	-285	0
SAN MARCO	PPI	3.287	3.241	2.289	2.795	3.116	-952	506	321
Totale		127.149	124.857	84.440	86.666	100.065	-40.417	2.226	13.399

Dalla tabella si evince che gli accessi ai pronto soccorso aziendali sono complessivamente aumentati di 12.702 casi nel 2022 rispetto al 2021, passando dai 76.852 casi del 2021 agli 89.554 casi del 2022. L'incremento si registra coerentemente in tutti i pronto soccorso di tutti i presidi ospedalieri presenti in Azienda, se si eccettua una riduzione di 45 casi per SGF.

Pertanto i casi complessivamente lavorati nel pronto soccorso e nei PPI dell'ASP corrispondono a n° 100.065 accessi, con un incremento nel 2022 di 13.399 casi rispetto al 2021.

I dati riportati sono riferiti ai flussi derivanti dal sistema PSWeb aziendale.

Il servizio 118 ha effettuato nel 2022 n° 79 interventi per STEMI con centralizzazione presso gli HUB emodinamici della provincia di Cosenza; Sono in corso le procedure per rinnovare e potenziare il sistema della Telecardiologia (cardine su cui poggia la rete Stemi). Nel corso del 2022 sono state attivate le 3 nuove postazioni di emergenza territoriale - 118 previste dai decreti regionali ed è in

programma l'attivazione, nel 2024, delle piazzole di atterraggio dell'elisoccorso autorizzate ai voli notturni, che dovrebbero contribuire a ridurre i tempi di centralizzazione dei pazienti.

Tempi medi di gestione delle 37.964 missioni concluse (e non interrotte):

Tempo medio di risposta all'allertamento del mezzo: h/m/s:0:6:34;

Tempo medio necessario all'arrivo del mezzo: h/m/s:0:21:49;

Tempo medio necessario per l'opera di soccorso: h/m/s: 0:21:21;

Tempo medio globale di gestione h/m/s: 1:36:4;

Tempo medio necessario al rientro del mezzo: h/m/s: 1:18:53;

Tempo medio necessario al rientro in postazione: h/m/s: 0:19:21;

Tempo di allarme Target totali:28 minuti e 30 secondi (nel 2022 i tempi risentono ancora del ritardo legato ai tempi di vestizione dei D.P.I. indossati dal personale quale misura anticovid).

Gli assetti del servizio 118 della Calabria sono stati ridefiniti nel DPGR Calabria 94/12, DCA Calabria 9/15, DCA Calabria n° 30/16, 70/2015, 64/2016 ed il servizio è di raccordo tra il territorio, i pronto soccorsi e tra gli ospedali.

Anche nel corso del 2022 la Centrale operativa ha operato con lo scopo di integrare le attività territoriali delle singole strutture (PPI, 118 e postazioni di emergenza territoriale) con le realtà ospedaliere della nostra provincia (CAPT, Case della Salute, PPI, Spoke, Hub Emodinamiche pubbliche e private convenzionate) mettendo in sinergia il sistema delle abilità e competenze; ogni struttura ha partecipato al raggiungimento degli obiettivi prefissati in relazione alle indicazioni della Direzione aziendale. Alcuni aspetti di fragilità del sistema hanno indotto ad apportare elementi di miglioramento, con l'ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio e una distribuzione delle stesse nell'ottica di razionalizzarne l'attività, razionalizzare i costi, migliorarne l'efficacia e l'efficienza complessiva, conferendo al sistema un maggior grado di appropriatezza e sicurezza. All'inizio dell'anno sono state attivate 3 postazioni MSB H112 denominate VICTORY che sono state posizionate sulle aree di pertinenza dei due Spoke (Cetraro e Rossano) e dell'Hub Cosenza per rafforzare i servizi sui Presidi Ospedalieri in applicazione di quanto previsto dal DPGR 94/12. Inoltre, in applicazione del citato DPGR 94/12, da dicembre 2022 sono state attivate con delibera ASP n° 1835 del 11/11/2022 le decretate (DCA n° 108 del 10/05/2018) ulteriori 4 postazioni di Emergenza territoriale in provincia di Cosenza.

Sulla valutazione complessiva delle performance 2022 incide positivamente la costante ed efficiente operatività delle reti tempo dipendenti: Trauma, Ictus, Cardiologica.

Il servizio 118 dell'ASP di Cosenza è inserito nella avanzata rete europea di Telecardiologia, garantendo ai pazienti cardiologici soccorsi dalle nostre equipe, livelli diagnostici e terapeutici specialistici e l'immediato approccio interventistico nel caso di infarto STEMI. Il personale 118, con il personale della Cardiologia di Castrovillari e degli altri Spoke, ha partecipato attivamente e con successo alla realizzazione del percorso STEMI, diventando quotidiana routine per il servizio 118 di Cosenza. Nel 2022 sono stati centralizzati presso gli Hub Emodinamici 79 STEMI (72<90°) vale a dire il 91,1% degli eventi trattati entro i 90 minuti in emodinamica.

Coordinamento Sistema regionale di emergenza-urgenza 118 ed elisoccorso

L'Azienda sanitaria Provinciale di Cosenza, in virtù dell'accordo tra Azienda Zero e ASP di Cosenza per la gestione delle attività di emergenza-urgenza extraospedaliera della Regione Calabria, recepito dall'ASP con delibera n° 1195 del 30/05/2023, è stata delegata all'esercizio delle funzioni di direzione, coordinamento e monitoraggio del sistema regionale di emergenza-urgenza 118 ed elisoccorso; la gestione di tali attività prevede la realizzazione del sistema regionale di emergenza,

comprese le infrastrutture hardware e software di base per l'installazione di un sistema informatico delle C.O. 118/116117 della Regione Calabria, e la dotazione dei mezzi.

Tali attività sono già in corso di attuazione e saranno pienamente operative già nei primi mesi del 2024. Di seguito si elencano le azioni previste:

- Completamento migrazione dal 118 al 112 su tutto il territorio calabrese entro il 5 marzo 2024
- Apertura delle due nuove Sale Operative 118 Nord e Sud
- Individuazione delle postazioni di emergenza territoriale avanzate e di base secondo DCA 198/2023
- Piano di Sviluppo del Personale (sia per il 2023 che per il 2024) pubblicato con delibera N° 2824 del 22/12/2023
- Acquisto mezzi di soccorso e dotazioni elettromedicali per tutto il territorio regionale
- Pubblicazione bando di gara per elisoccorso regionale
- Reclutamento personale per elisoccorso regionale
- Manifestazione d'interesse per il Supporto 118 del Terzo Settore
- Implementazione del Modello Organizzativo NUE 1-1-2 (Allegato 6)

c) Assistenza Domiciliare

L'Assistenza domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

Il servizio di cure domiciliari dovrà essere organizzato per garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

* Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget 2024 del singolo CDR.

2.2.9. PIANO DI BUDGET - III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:

Il livello comprende le attività di Pronto soccorso, la degenza ordinaria, il Day Hospital, il Day surgery, gli interventi ospedalieri a domicilio, la riabilitazione, la lungodegenza, la raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, le attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, attività di trapianto di organi e tessuti.

Prestazioni e obiettivi generali:

Le prestazioni e le attività che il Livello Assistenza Ospedaliera dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza Ospedaliera ed indicate nel DPCM 13 gennaio 2017 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di Pronto soccorso, degenza ordinaria day hospital, day surgery, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo, conservazione e distribuzione dei tessuti, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni.

Gli obiettivi generali da perseguire per l'area ospedaliera:

- Produzione di reports;
- Razionalizzazione della spesa;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno (D.H./DS/Day service);
- Riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale dei ricoveri ogni 1.000 abitanti.
- Rispetto del tasso standard di utilizzo dei posti letto non inferiore al 75% per i P.L. ordinari.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;

Obiettivi specifici

I Presidi ospedalieri e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM LEA, dovranno perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2024 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso l'attivazione e/o potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione intensiva previsti).
- Regolarità e puntualità nella chiusura delle SDO da parte delle UU.OO. e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.
- Completamento e sviluppo della riconversione degli ospedali in Spoke secondo i decreti regionali;
- Completa attuazione, sviluppo e razionalizzazione della rete dell'emergenza secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali.
- Ottimizzazione degenza media;
- Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
- Incremento dei ricoveri propri con recupero di tipologie di DRG in mobilità passiva (su tipologie specifiche);

- Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA);
- Ottimizzazione peso medio DRG e valore medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
- Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
- Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).
- Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Miglioramento tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.
- Rispetto dei livelli di attività e miglioramento dei volumi e delle tipologie anno 2023;
- Mantenimento/riduzione della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal livello regionale (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5 % FSN.
- Rispetto dei processi collegati: generici, File F, Chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi.
- Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico) e l'uso della ricetta dematerializzata;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Implementazione procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, in ambito ospedaliero;
- Abbattimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- Trasmissione Flussi informativi completi, senza anomalie, inviati entro le scadenze previste dalla normativa: Assistenza ospedaliera: SDO, CEDAP, MEF, File C, Consumi ospedalieri (CP), HSP, ecc.

*Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget anno 2024 dei singoli Presidi e C.d.R. assegnatari di budget.

2.2.10. Sistemi Informativi

I sistemi informativi gestiscono i flussi di dati di attività prodotti dalle varie unità operative aziendali, redatti secondo i tracciati record ed i modelli previsti dalle normative.

Nel corso del 2024, l'ASP intende proseguire nel potenziamento e riorganizzazione della gestione dell'intero sistema informatico aziendale, dalle infrastrutture alla rete, dai servizi di supporto agli applicativi di piattaforma, attraverso:

- Progettazione e realizzazione delle attività necessarie alla raccolta, produzione, elaborazione, distribuzione dei dati e delle informazioni non ancora a regime, con il fine della costruzione e gestione di un sistema informativo aziendale completo ed efficiente, in coerenza con quanto previsto dal DCA n° 90/2022;
- Supporto di natura tecnico-informatica alle strutture interne dell'azienda assicurando collaborazione per il perseguimento degli obiettivi comuni definiti dall'Azienda.
- Ottimizzazione delle modalità di relazione informativo- informatica tra le strutture interne al fine di consentire la disponibilità costante dei dati di governo delle attività sanitarie;
- Definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali e la cura della sua attuazione sulla base delle risorse finanziarie;
- Coordinamento di tutte le richieste di acquisizione di strumenti informatici provenienti dai diversi livelli organizzativi;
- Predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzioni delle procedure e delle apparecchiature informatiche e di telefonia;
- Supporto della parte tecnico-informatica del CUP aziendale.
- Supporto tecnico-informatico alle attività di programmazione e controllo (contabilità direzionale, reporting, ecc.) e di tutte le attività connesse allo sviluppo del processo di budget, reporting e della informatizzazione della scheda di budget.
- Supporto al completamento passaggio dal vecchio sistema informativo al nuovo sistema regionale SEC-SIRS.
- Attivazione della gestione in autonomia del nuovo portale aziendale da parte del SIA.
- Supporto al funzionamento del nuovo sistema informatico attivato per la gestione informatizzata delle segnalazioni dei dipendenti (Wistleblowing);
- Supporto all'attivazione in corso del nuovo sistema della gestione dell'area Amministrazione trasparente attraverso il passaggio completo al sistema "Casa di Vetro".

Anche nel corso dell'anno 2024 dovrà essere garantita la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno. Indispensabile, inoltre, garantire l'efficienza degli impianti, delle attrezzature e dei collegamenti.

L'ASP di Cosenza garantisce peraltro il pieno supporto tecnico-operativo alle eventuali attività di migrazione che il livello regionale riterrà opportuno di voler avviare per la migliore gestione dei flussi informativi da e verso le istituzioni (Sistema SEC-SIRS).

2.2.11. Realizzazione Obiettivi di PSN

La programmazione delle attività e dei progetti relativi agli obiettivi di piano anni 2022-2024 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla relativa intesa Stato-Regioni, e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale e del Dipartimento salute della Regione Calabria, su indicazione della Direzione aziendale. Nel presente Piano della Performance si stabilisce che ciascuna macrostruttura/CDR interessata dovrà perseguire il raggiungimento degli obiettivi di Piano di propria competenza e dovrà provvedere alla conseguente rendicontazione in relazione all'area di competenza (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione, Salute mentale) ed alla successiva pubblicazione dei dati per come previsto dal Decreto n° 33/2013 e s.m.i.

La realizzazione degli obiettivi di Piano per l'anno 2024, potrà far riferimento agli obiettivi di Piano già definiti per l'anno 2022, 2023 e da considerare in continuità con l'anno 2024, in attesa della determinazione del livello ministeriale e regionale.

Infatti trattasi di attività dedicate e finalizzate, nelle regioni sottoposte al Piano di rientro, anche al miglioramento dell'erogazione dei LEA (che già l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabilisce, tra l'altro, che: *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA"*;

La realizzazione delle linee progettuali e la conseguente attività di rendicontazione da parte delle strutture interessate, dovrà trovare evidenza documentale in una relazione annuale da parte della/e struttura/e e/o CDR interessato/i, ed indirizzato al coordinatore d'area degli obiettivi di Piano ed alla Direzione Sanitaria aziendale, in quanto costituirà oggetto di valutazione della performance organizzativa della struttura ed individuale del Dirigente responsabile.

2.3. Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e che vanno formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Il presente Piano, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASP di Cosenza, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1614 del 05.10.2016 e delibera 1776 del 10.11.2016, costituisce la sezione del PIAO (Piano Integrato di attività e Organizzazione di cui al D.L. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza" per il triennio 2024-2026.

2.3.1. Obiettivi Strategici

L'ASP di Cosenza, con l'adozione del presente Piano, il linea con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) anno 2022-2024 approvato dal Consiglio dell'Anac il 16 novembre 2022, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione alle aree mappate con un livello di rischio medio-alto, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti del RPCT, attraverso l'utilizzo di un eventuale gestionale di tipo collaborativo. Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso Piano aziendale e tali obiettivi sono:

- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interesse);
- Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- Miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- Digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e del monitoraggio;
- Miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- Revisione delle misure di prevenzione del rischio già previste e che non è stato possibile realizzare o completare per difficoltà oggettive, e rimodulazione delle azioni, dei soggetti responsabili, e definizione degli indicatori aggiornati secondo le indicazioni ANAC e linee guida per la redazione del PIAO.

2.3.2. Coordinamento con il Piano della Performance

Il contenuto del presente Piano è collegato al Piano delle Performance e agli altri strumenti di programmazione annuale dell'ASP di Cosenza così come richiesto dalla normativa vigente.

Infatti il Piano della performance sottolinea come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della struttura a cui sono preposti,

ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione, che sono inseriti tra gli obiettivi strategici.

2.3.3. *Soggetti coinvolti nel sistema di Prevenzione della corruzione*

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Cosenza vengono di seguito individuati con rispettivi compiti e funzioni:

a) Direttore generale

- ✓ Designa il responsabile (art. 1, comma 7, della l. n. 190);
- ✓ Adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti
- ✓ Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii);

b) Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza

Svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013), ed in particolare:

- ✓ Elabora la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale della ASL (art. 1, comma 8, l. 190/2012); definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- ✓ Verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- ✓ Propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- ✓ Verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
- ✓ Individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
- ✓ Elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione sul sito web aziendale e sulla piattaforma on line dell'ANAC (art. 1, comma 14);
- ✓ Vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nell'amministrazione;

c) Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza

- ✓ Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- ✓ Osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

Considerata la complessità organizzativa dell'Azienda, e che si è sostanzialmente conclusa l'attività di mappatura del rischio, i Referenti del RPCT nelle attività di prevenzione della corruzione sono individuati i Direttori delle strutture organizzative assegnatarie di obiettivi di budget che assumeranno

anche il ruolo di Referenti per le attività/misure a carico di strutture/uffici afferenti alla propria articolazione organizzativa.

d) Direttori/Responsabili per l'Area di rispettiva competenza

- ✓ Svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- ✓ Partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ Predispongono per l'area di competenza la mappatura dei processi e la valutazione del rischio, individuano i rischi per ogni processo operativo e propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- ✓ Adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ Osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012) e creano le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- ✓ Assicurano la trasmissione tempestiva delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, nella sezione del sito web aziendale intitolata: "Amministrazione trasparente".
- ✓ Favoriscono la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- ✓ Partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- ✓ Curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione attraverso la formazione;
- ✓ Tengono conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;

e) Organo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

- ✓ Svolge compiti connessi all'attività di prevenzione della corruzione nel settore della trasparenza amministrativa e della performance (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33 del 2013);
- ✓ Esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, D.lgs. n. 165 del 2001);

In particolare l'OIV:

- ✓ Verifica, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza, in coerenza con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013;
- ✓ Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo, offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori che concorrono al sistema di prevenzione della corruzione aziendale;



- ✓ In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della l. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012)
- ✓ Esprime un parere obbligatorio su Codice di comportamento - che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001
- ✓ Verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ Utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44 D.Lgs 33/13)
- ✓ Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009). Tale attestazione deve essere di norma pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 D.Lgs 33/13).

Nell'esercizio dei propri poteri di vigilanza e controllo, l'ANAC può chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

f) Ufficio Procedimenti Disciplinare (U.P.D.)

- ✓ Attua i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- ✓ Vigila e svolge attività di monitoraggio sull'applicazione del Codice di comportamento;
- ✓ Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- ✓ Cura l'esame delle segnalazioni sulla violazione del Codice di comportamento e la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

g) Dipendenti dell'Amministrazione

- ✓ Partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ Osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- ✓ Segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ Segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento);

- ✓ Rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT, prestano la loro collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico, e/o al rappresentante legale dell'Azienda, eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.
- ✓ Sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda gli eventuali procedimenti penali che dovessero intervenire a loro carico.
- ✓ La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano, da parte dei dipendenti, costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

h) Collaboratori e Consulenti, a qualsiasi titolo (Anche Gratuito), dell'Amministrazione

- ✓ osservano le misure contenute nel PTPCT;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito al RPCT (art. 8 Codice di comportamento).

2.3.4. Modello organizzativo dell'ufficio anticorruzione ASP Cosenza

Nella ASP di Cosenza è stato adottato un modello a rete in cui il RPCT possa effettivamente esercitare le funzioni di programmazione, impulso e coordinamento e la cui efficacia dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Il RPCT, attualmente Direttore della Struttura operativa complessa (U.O.C.) Programmazione e Controllo, anch'essa in staff alla Direzione strategica, già nella redazione del PTPCT triennio 2017 – 2019 ha previsto la definizione di un modello organizzativo di gestione del sistema *aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza fortemente diffuso e responsabilizzante di tutte le articolazioni aziendali ed orientato ad attività continue di supporto conoscitivo e coordinamento operativo per come di seguito specificato:*

a. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Il RPCT, dott. Francesco Laviola, Direttore della U.O.C. Programmazione e controllo dell'ASP di Cosenza, è stato nominato con Deliberazioni n. 1614 del 05.10.2016 e Delibera 1776 del 10.11.2016, svolge le attività assegnate dalle norme e dal PTPCT; il RPCT predispone ogni anno, di norma entro il 31 Gennaio, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (ora all'interno del PIAO) che sottopone alla Direzione Strategica per eventuali osservazioni e quindi in via definitiva per l'approvazione. Il Piano deliberato all'interno del PIAO - sez. 2 - viene pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti e sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'Amministrazione Pubblica denominato "Portale PIAO".

b. Nucleo Trasparenza e Anticorruzione

Il Nucleo Trasparenza e anticorruzione, che costituisce la struttura tecnica di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è attualmente collocato nel Dipartimento di Staff della Direzione Strategica articolato come segue:

L'ufficio, in base alle diversificate attività svolte nell'ambito del sistema di prevenzione aziendale dell'anticorruzione, è articolato in tre aree operative, area Risk Management, area trasparenza, area

integrità, con competenze e attività specificate nel PTPCT anno 2021-2023, approvato con delibera n° 533 del 12/5/2021. Il RPCT si avvale del supporto delle figure previste e per come di seguito riportato:

-L'ufficio del RPCT, inizialmente costituito da 4 unità, attualmente opera con due unità di personale, e ciò rende particolarmente difficile la realizzazione anche delle attività ordinarie dell'ufficio e del RPCT:

Sig. Ubaldo Marino: che cura la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale ed attualmente le attività sulla "Casa di Vetro" che permette la gestione autonoma delle pubblicazioni da parte delle strutture responsabili della pubblicazione.

Sig. Antonio Caridi: coadiutore amministrativo con funzioni di segreteria;

Al RPCT è assicurata la collaborazione di altre figure professionali:

- Supporto legale

Avv. Alfonso Niccoli: attività di approfondimento nella definizione delle procedure e supporto tecnico nella gestione delle segnalazioni di violazione di norme e regolamenti, nonché studio e pareri legali su normative afferenti la materia e casistica che di volta in volta viene indirizzata per la trattazione a questo ufficio; supporto ai gruppi di lavoro su tematiche amministrative e legali.

- Referente Accesso Civico

Dott.ssa Carolina Tassone: Referente accesso civico, ai sensi dell'art. 24 del Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1360 del 20.07.2017. Riceve e coordina le richieste di pubblicazione di documenti, informazioni, dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D. Lgs n.33/2013. Cura l'aggiornamento e la pubblicazione del Registro degli accessi. Supporta il RPCT nelle istruttorie delle richieste di riesame delle istanze di accesso civico generalizzato – FOIA a seguito di diniego in prima istanza (art. 33 del Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato).

- Responsabili trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

Il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, così per come modificato ed integrato dal D.Lgs 97/16, all'art. 10, prevede che vengano indicati, in una apposita sezione del PTPCT, i responsabili della trasmissione (aggiornamento/depubblicazione) e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dello stesso Decreto. I Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, ai sensi del D.Lgs. 33/13 e s.m.i. delle informazioni e dei dati sono i Direttori/Responsabili delle Unità Operative che producono e sono in possesso del dato per come analiticamente indicati nell'allegato n° 3 del presente PIAO. I Direttori/Dirigenti responsabili delle strutture così individuati, al fine di assolvere al meglio gli adempimenti obbligatori di pubblicazione, possono individuare loro delegati. L'elenco delle strutture e dei relativi delegati ad oggi individuati e comunicati al RPCT sono riportati nell'allegato 3/B, quale parte integrante del PIAO anno 2024-2026.

- Animatori d'Integrità

L'ASP di Cosenza negli anni passati ha avviato un percorso di formazione di un nucleo di operatori che, nell'ambito dei servizi di appartenenza, può svolgere una costante attività di promozione di comportamenti corretti. Gli *“animatori dell'integrità”* costituiscono i terminali del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e ne implementeranno, anche in modo autonomo, le iniziative, collaborando il Direttore della macrostruttura di afferenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Gli Animatori possono essere coinvolti nell'attività dei Gruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione delle misure obbligatorie ed ulteriori di trattamento del rischio corruzione di tipo etico – comportamentale.

- Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, con Determinazione del Direttore Generale n. 31 del 14.02.2017 avente ad oggetto *“Nomina del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione e dell'aggiornamento dei dati dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) riferiti all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.”*, ai sensi dell'art. 33-ter, Decreto Legge n. 179/2012 conv. con Legge n. 221/2012, con deliberazione n°1449 del 10/07/2023 è stato nominato il nuovo responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante, ing. Capristo Antonio, preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

- “Gestore” delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo

Con delibera n°997 del 16 giugno 2022 è stata individuata e nominata la dott.ssa *Anna Maria Malavasi* quale “gestore” delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo, in sostituzione del precedente individuato con determinazione del Direttore Generale n. 32 del 14.02.2017 dopo dimissioni rassegnate con nota prot. N°45314 del 17/03/2022.

- I Direttori/Responsabili, in qualità di Referenti del RPCT, svolgono le seguenti attività:

- ✓ Collaborano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione nell'attività di diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione e nel monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
- ✓ Promuovono presso le strutture di afferenza la cultura della legalità e della integrità, organizzando specifici momenti di confronto, anche con l'ausilio degli Animatori dell'integrità;
- ✓ Supportano il RPCT nella individuazione dei dipendenti che operano nei settori maggiormente esposti alla corruzione per la formazione e riqualificazione;
- ✓ Supportano il RPCT nell'attività di monitoraggio sull'attuazione delle misure, generali e specifiche, previste nel PTPCT, trasmettendo Report periodici, sulla base di format e schemi di riferimento appositamente predisposti dal RPCT;
- ✓ Segnalano al RPCT l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/13, affinché si proceda alla relativa, dovuta contestazione.

2.3.5. Analisi del Contesto

L'analisi del contesto risulta di grande importanza in quanto permette di evidenziare la connessione derivante tra le caratteristiche dell'ambiente, esterno ed interno, in cui opera l'Azienda ed i rischi di comportamenti corruttivi.

L'analisi del contesto, esterno ed interno, dovrà essere costante e fondata sullo studio di dati rilevati ed elaborati direttamente, in particolare all'interno dell'Azienda (es. attività e prestazioni, dati di monitoraggio del Piano di attività, Piano della Performance e PTPCT), o da altri Enti, territoriali e di settore. Ad un livello di maggiore aggregazione, si deve fare riferimento a studi e ricerche, report, documentazione prodotta da altri soggetti.

a) Il Contesto Esterno

La sanità presenta specifici fattori di rischio per illegalità e corruzione: è una realtà nodale dal punto di vista economico, politico, delle conoscenze e delle relazioni interpersonali. Il sistema sanitario svolge infatti la sua opera attraverso una molteplicità di attori, ha contatti costanti con il settore privato, richiede tecnologie a elevata specializzazione e in continuo perfezionamento, necessita di strutture edilizie adeguate e sicure, si interfaccia con le politiche del territorio: è quindi esposta a molteplici e differenti rischi di condizionamenti impropri.

REACT e Transparency International Italia hanno pubblicato, in occasione della seconda edizione della *Giornata Nazionale per l'Integrità in Sanità*, i risultati di un'indagine condotta su circa 4.000 dipendenti di aziende sanitarie per comprendere la loro conoscenza e la loro percezione del fenomeno corruttivo in ambito sanitario.

Dal report *"Il valore pubblico dell'integrità"* emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie intervistati la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%). Anche rispetto all'ente di appartenenza i dati non sono confortanti: 1 dipendente su 4 (28%) ritiene ci sia corruzione all'interno della propria azienda sanitaria.

La pandemia sembra aver aumentato i rischi: il 70% degli intervistati reputa che l'emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il 39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente. Con l'emergenza pandemica, le preoccupazioni maggiori sono state soprattutto legate a irregolarità nella somministrazione di tamponi e vaccini, al favoreggiamento di particolari fornitori di dispositivi di protezione individuale, e alla sottrazione di questi da parte del personale.

Gli episodi di corruzione hanno subito un incremento significativo: il tasso di vittimizzazione rilevato è pari all'8,4%, il doppio rispetto a quanto registrato dall'Eurobarometro negli anni 2019-2020 pari al 4%.

I rischi più attuali riguardano il traffico illecito di dati sanitari, soprattutto in forma elettronica, ed i grandi investimenti del PNRR programmati in sanità per i prossimi anni.

Gli strumenti per prevenire la corruzione ci sono, tuttavia non tutti sembrano funzionare allo stesso modo. I Codici di Comportamento sono adeguatamente conosciuti da almeno il 75% dei rispondenti, le percentuali si abbassano al 52% per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e solo 1 dipendente su 2 è a conoscenza dei canali di segnalazioni interni.

Infine, dal rapporto si evince che la formazione (27%), l'analisi dei rischi (22%) e la rotazione del personale (21%) sono considerati gli strumenti da rafforzare per il contrasto agli illeciti in sanità, secondo i dipendenti intervistati.

In Italia negli ultimi tre anni il 13% degli episodi corruttivi hanno riguardato il settore della sanità, con casi che riguardano forniture di farmaci, apparecchiature mediche, strumenti medicali e servizi di pulizia. Tra le tipologie di illeciti segnalati ce ne sono alcune ricorrenti: nomine irregolari, malagestione di reparti ospedalieri o strutture distaccate, appalti irregolari, "malasanità", favori ai

pazienti da parte dei medici, false invalidità, ospedalizzazioni irregolari, favori elettorali in cambio di prestazioni mediche. I dati di un'indagine conoscitiva condotta da ANAC **in relazione agli affidamenti di forniture di dispositivi di protezione nel periodo marzo-aprile 2020 confermano a pieno la sussistenza di criticità, sprechi, inefficienze**, evidenziando come: “gli affidamenti di forniture di mascherine abbiano presentato in circa un caso su due varie tipologie di criticità con particolare riferimento al mancato rispetto dei tempi di consegna segnalato **per circa il 25% degli affidamenti**. Nel 5% dei casi si sono inoltre registrate negative verifiche del possesso dei requisiti da parte degli aggiudicatari. Le maggiori criticità si concentrano nel mancato rispetto dei tempi di consegna (32 su 52 segnalate), sulla qualità della fornitura (8 su 52), sulle quantità della fornitura (7 su 52) nonché sul mancato rispetto del possesso dei requisiti di partecipazione (5 su 52).

La conoscenza specifica delle problematiche corruttive che interessano il settore sanitario in generale definisce lo specifico “contesto” operativo nell’ambito del quale posizionare la programmazione di un efficace sistema di prevenzione della corruzione.

L’analisi del **contesto territoriale** rileva invece una situazione di forte criticità determinata dalla situazione socio – economica locale, dalla presenza di forme diffuse di criminalità organizzata, dalla presenza pervasiva della classe politica nella gestione la pubblica amministrazione.

Il contesto socio economico, secondo la prevalente letteratura, costituisce un indicatore di grande rilevanza per la corruzione che risulta chiaramente acuita dalla coesistenza di bassi livelli di reddito e ampia dimensione del settore pubblico, alimentato dal deterioramento della morale della classe politica.

Alla situazione socio economica meridionale si aggiunge poi la specifica criticità organizzativa e gestionale del sistema sanitario regionale che rafforza il rischio di corruzione.

Per come si presenta oggi la situazione, risulta abbastanza anacronistico richiamare le numerose fonti che hanno attestato negli anni la disastrosa situazione che presenta la Regione Calabria, fra cui la Corte dei Conti, la Ragioneria Generale dello Stato, Report e Relazioni ministeriali, che rilevano la sostanziale incapacità del sistema sanitario regionale ad assicurare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, nonché ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale secondo i relativi programmi operativi che si sono programmi per un decennio.

Si ritiene sufficiente richiamare, nei loro presupposti ed analisi sull’esigenza di assunzione, i provvedimenti che il Parlamento è stato costretto ad adottare per fare fronte, con ulteriori interventi di tipo straordinario, ad una situazione che era stata già in parte affrontata a livello “straordinario” con un Commissariamento.

Il D.L. n. 35/19, convertito in Legge n. 60/19, individuava una serie di interventi che si configuravano come straordinari, assunti per un periodo temporale limitato di 18 mesi, con i quali si intendeva traghettare la sanità calabrese verso situazioni amministrative di “normalità”, preso atto della generale situazione di estrema precarietà del sistema sanitario regionale. La sanità regionale è stata quindi commissariata anche nelle sue articolazioni gestionali di Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere, delle quali ben due (Catanzaro e Reggio Calabria) sciolte per infiltrazione mafiosa, attestando una grave carenza ed incapacità di ripristinare una situazione di ordinata amministrazione anche da parte delle Strutture Commissariali, espressione diretta del Governo. Tale situazione si è ulteriormente complicata ed ha trovato insufficienti le misure già adottate ed impreparati i soggetti coinvolti nella fase straordinaria di gestione, con la diffusione della pandemia

da Covid_19 e la gestione del conseguente stato di emergenza sanitaria, dichiarato su tutto il territorio nazionale. L'intervento straordinario è stato quindi prorogato con il Decreto Legge 10 novembre 2020 n. 150, convertito con Legge 30 dicembre 2020 n. 181 e l'estrema debolezza del sistema, ad ogni livello, si è manifestata con grande rilievo mediatico, facendo emergere problematiche gestionali e criticità non affrontate con sufficienza.

Tale complicata situazione emergenziale, che coinvolge, in modo intrecciato e reciprocamente condizionante gli apparati statali e l'intero sistema sanitario regionale, ridimensiona fortemente il ruolo del PTPCT aziendale nelle sue finalità preventive che potrà promuovere concorrendo in modo parziale e disorganico nell'ambito delle dinamiche di cambiamento in corso.

La normativa di intervento straordinario sul sistema sanitario regionale sopra richiamata non ha infatti valorizzato il ruolo dell'anticorruzione e degli strumenti di programmazione messi in campo in questi anni quale elemento strategico per l'analisi del contesto e la definizione di misure di contrasto alle problematiche gestionali emerse, che rilevano un forte condizionamento da parte di poteri criminali, spesso occulti e conniventi con il potere politico. Sarebbe stato opportuno in questo senso, un coinvolgimento diretto dell'ANAC nelle attività di analisi del contesto, coordinamento degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo, nell'ambito delle proprie attività istituzionali o investendola di nuovi compiti straordinari. In questa direzione, non è stato poi previsto, nemmeno nelle norme attuative della legislazione emergenziale, una qualche forma di coordinamento e/o di relazione a livello regionale fra i Responsabili della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza in modo da favorire una proficua ed sinergica integrazione delle attività di programmazione e di gestione degli strumenti di prevenzione della corruzione a partire da quelli da attivare obbligatoriamente per come stabilito dalla normativa.

Il presente PTPCT, da questo punto di vista avrà quindi un orizzonte limitato alla sola situazione aziendale per come oggi si presenta e sarà fortemente condizionato e/o subirà ogni eventuale cambiamento proveniente dal contesto esterno.

b) Contesto Interno

L'esperienza operativa sviluppata nel corso di questi anni ha confermato che le problematiche che vive l'Azienda Sanitaria Provinciale *“investono gli assetti organizzativi generali e loro articolazione territoriale che assicuri una offerta qualificata di servizi sanitario e socio sanitari, la individuazione di un sistema diffuso di responsabilità riconoscibili, la elaborazione di procedure uniformi e trasparenti, la standardizzazione dei procedimenti amministrativi nel pieno rispetto delle previsioni normative, la promozione della trasparenza nell'azione amministrativa, l'attivazione di un sistema coerente e costante di controlli che coinvolga e renda partecipi anche i cittadini”* (PTPCT 2021 – 2023), pertanto l'attenzione del Piano, anche per il 2024, si vuole indirizzare in modo particolare sulla dimensione dell'organizzazione generale e dei macroprocessi, tenuto conto degli ulteriori interventi che la gestione commissariale dovrà operare su tali aspetti.

Nel corso del 2017, con DCA n° 117/2017 è stato approvato l'Atto Aziendale, documento fondamentale che avrebbe dovuto determinare un profondo mutamento organizzativo aziendale, capace di assicurare un definitivo assetto gestionale all'azienda e risolvere le problematiche richiamate. Tale mutamento organizzativo, avviato a partire dal 2018 non si è concluso con la necessaria celerità, condizione indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di urgente

revisione organizzativa finalizzata al miglioramento della qualità di erogazione dei servizi, andando ad attivare solo alcune strutture ed occupando solo alcune delle posizioni dirigenziali previste, in modo disarticolato e senza orizzonte strategico, spesso con procedure discutibili, facendo venire il dubbio, ai numerosi soggetti che hanno effettuato segnalazioni al RPCT, che vi fosse il solo obiettivo interessato di assicurare la posizione dirigenziale.

Attualmente, pertanto, l'Azienda si presenta con una articolazione organizzativa che risulta costituita da strutture previste dall'ultimo atto aziendale (Distretti, Dipartimenti, Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici), che convivono, spesso senza alcuna sinergia e con qualche sovrapposizione, con numerose strutture preesistenti (Unità Operative Semplici), che generano confusione organizzativa e cattivo utilizzo o spreco delle risorse. Tale situazione e la mancata elaborazione dei Regolamenti, che avrebbe dovuto seguire l'adozione del nuovo Atto Aziendale, ha determinato spesso una sovrapposizione di funzione così come la poco chiara attribuzione di compiti e responsabilità e la mancanza della regolamentazione delle aree di confine di competenza e/o di continuità assistenziale. Il sistema organizzativo prefigurato, considerato il periodo di tempo trascorso, non può essere collegato ad una, magari complessa, fase di transizione verso un nuovo assetto, ma il risultato di una gestione delle risorse tesa a mantenere e/o assicurare privilegi e frenare il possibile cambiamento in termini di efficienza e trasparenza. Ciò può essere testimoniato dalla permanenza degli incarichi di Responsabile di Unità Operative non più previste dall'organigramma aziendale, anche a seguito della prevista valutazione annuale del dirigente preposto, in continuità con la precedente organizzazione o con l'organizzazione delle disciolte Aziende Sanitarie, con l'incarico protratto *sine die*. La permanenza nella posizione dell'incarico affidato oltre il termine di scadenza, con una sorta di impropria *prorogatio*, costituisce un problema rilevante anche per i Dirigenti titolari di strutture ricomprese nel nuovo organigramma, incaricati dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale così come l'utilizzo diffuso ed ingiustificato dell'incarico *ad interim* e degli incarichi *provvisori*. Complessivamente ne risulta un assetto organizzativo che denota gravi lacune nell'attività di coordinamento direzionale, scarse relazioni sistemiche fra i diversi attori, opacità gestionale e difficoltà nell'applicazione di strumenti di prevenzione della corruzione come la rotazione dei dirigenti.

Analoga problematica si rileva nell'area del Comparto dove gli incarichi di posizione organizzativa risultano ancora quelli affidati nell'anno 2010 e anni precedenti, con procedure espletate nelle o secondo le esigenze manifestate dalle ex Aziende Sanitarie accorpate, che non hanno alcuna corrispondenza con l'organizzazione emersa con la nuova Azienda Sanitaria Provinciale e con l'organigramma approvato dal nuovo Atto Aziendale. Tale situazione risulta anomala sia dal punto di vista organizzativo in quanto non ha consentito di prevedere la necessaria articolazione organizzativa interna alle Unità operative assicurando il presidio di importanti Uffici/Servizi, sia dal punto di vista normativo e contrattuale in quanto trattasi di incarichi che andrebbero valutati e periodicamente rinnovati, con l'attivazione di nuove procedure, anche al fine di assicurare la parità di opportunità a tutti i dipendenti presenti in azienda, compresi i nuovi assunti, nel lungo arco di tempo preso in considerazione (oltre 10 anni). In tale periodo, gli incarichi di posizione organizzativa sono stati considerati delle vere e proprie "*progressioni di carriera*", che con interruzione contestuale alla data di cessazione del servizio e modificazioni sostanziali dell'oggetto dell'incarico e della relativa "posizione" di riferimento. Numerosi risultano infatti i dipendenti incaricati che sono stati assegnati in Uffici/Servizi diversi da quelli oggetto dell'originario incarico di posizione organizzativa, mantenendo l'indennità acquisita, con evidente posizione di privilegio, in grave difformità con la normativa contrattuale.

La situazione si è particolarmente aggravata nel corso degli anni per la continua “cessazione” degli incarichi determinata dal collocamento in quiescenza dei dipendenti incaricati o da assunzione di incarichi dirigenziali, rendendo sempre più scarse, sul piano organizzativo le subarticolazioni intermedie che, in una logica di organizzazione aziendale, costituiscono l’asse per la supervisione ed il coordinamento operativo delle attività istituzionali.

Nemmeno la gestione Commissariale avviata ai sensi della Legge 60/19 il 15 gennaio 2020, ha avviato la prevista revisione dei processi organizzativi per migliorare le performance aziendali. In questi periodi infatti, per motivazioni diverse, si sono già alternati tre Commissari Straordinari che sono stati prioritariamente impegnati nella gestione dell’emergenza da pandemia per Covid_19. Solo con la nomina dell’attuale Direttore generale l’aspettativa di mutamento e miglioramento sembra avviata ad essere soddisfatta, anche se le criticità sono ancora tante.

Infatti, l’art. 2, comma 4 del D.L. 150/2020, convertito nella legge 181/2020. *Integrazione e aggiornamento DCA n. 130 del 16 novembre 2015 e s.m.i.* stabilisce che, entro novanta giorni dalla nomina, Commissari straordinari **adottano gli atti aziendali** di cui all’articolo 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, che sono approvati dal Commissario ad acta, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di *ridefinire le procedure di controllo interno*. In questa direzione la Regione Calabria, con DCA n. 33 del 22.02.2021 ha adottato le **Linee Guida** per la elaborazione degli Atti Aziendali, ma gli atti adottati dalle aziende sanitarie sono rimasti privi di approvazione regionale. Tuttavia, ad oggi, il nuovo atto aziendale risulta ancora in fase di elaborazione dalla Direzione strategica, dal 2021 ad oggi, anche se non ancora approvato definitivamente.

Ci sono quindi tutte le precondizioni per ridefinire il percorso di riorganizzazione aziendale che dovrebbe comunque tenere conto dell’esperienza finora acquisita ed introdurre alcuni correttivi capaci di assicurare, nei tempi previsti e senza ulteriori impatti negativi, un nuovo assetto aziendale.

In particolare, alla luce di quanto evidenziato sarebbe utile che, all’approvazione del nuovo Atto Aziendale seguisse, nell’immediato, l’avvio di un percorso di reale revisione organizzativa, da ritenersi propedeutico all’avvio delle procedure di affidamento degli incarichi di responsabilità delle strutture e subarticolazioni previste del nuovo organigramma così completamente definito:

- l’elaborazione dei Regolamenti di organizzazione delle strutture previste nell’Atto Aziendale;
- la contestuale definizione delle subarticolazioni interne ad ogni struttura, con l’individuazione, di concerto con le organizzazioni sindacali, degli incarichi professionali per i Dirigenti e degli incarichi di funzione (organizzativo o professionale) per il personale del comparto;
- l’elaborazione ed approvazione/revisione dei Regolamenti per il conferimento degli incarichi di Struttura e di funzione;
- l’elaborazione ed approvazione della Regolamentazione per la rotazione del personale.
- La adozione di un nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi nell’ambito della Dirigenza, coerente con le previsioni dell’atto aziendale;
- l’implementazione delle procedure contabili nei termini stabiliti dal DCA 33/2016.

Tale esigenza risulta particolarmente rilevante in questa fase in cui l’Azienda è stata coinvolta nel 2021, in una delicata inchiesta denominata “Sistema Cosenza” che riguarda aspetti di

fondamentale importanza per la gestione aziendale quali l'elaborazione del Bilancio, la gestione del contenzioso, l'affidamento di incarichi dirigenziali, nell'ambito dei quali sono stati contestati, ai Dirigenti dei relativi settori, reati di falso e abuso d'ufficio ed assunti, nei confronti dei Dirigenti ancora attivi, conseguenti provvedimenti interdittivi temporanei.

Oltre agli specifici comportamenti oggetto d'indagine, gli elementi che emergono da questa inchiesta rilevanti ai fini dell'analisi del contesto sono quelli che definirebbero il *sistema* e cioè le relazioni/connivenze esterne con la Dirigenza della Regione Calabria, della Struttura Commissariale e degli interlocutori politici e le relazioni interne fra i diversi settori coinvolti nell'indagine e la Direzione Strategica.

Sia le contestazioni specifiche che gli elementi che definirebbero il *sistema*, indipendentemente dagli esiti dell'inchiesta, costituiscono oggetto dell'attività di analisi, individuazione dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione. Altra tematica oggetto di analisi è il rapporto conflittuale tra alcune strutture del Dipartimento Amministrativo, derivante da una non chiara definizione di percorsi amministrativi che di fatto finiscono per comprometterne anche l'efficienza amministrativa delle stesse (GREF e Area legale ad esempio nel caso della definizione e liquidazioni di contenziosi – *caso liquidazioni contenziosi* –, area tecnico-patrimoniale ed acquisizione di beni e servizi – *casi di conflitto competenze; conflitti su liquidazione parte capitale e interessi*); per tali problematiche le strutture coinvolte nel corso del 2024 dovranno impegnarsi, oltre che alla completa implementazione delle misure previste dalla normativa sui PAC, soprattutto nella definizione di procedure condivise che definiscano percorsi logico-giuridico-amministrativo chiari e ben definiti.

Nell'ambito del PTPCT 2024-2026 quindi, diventa ancora più importante, in questa fase, oltre a colmare quel ritardo di regolamentazione interna che costituisce una cronica criticità aziendale, adeguare al nuovo assetto organizzativo che si prefigurerà tutta l'attività svolta nel contesto della prevenzione della corruzione: analisi del contesto, processi operativi, procedimenti amministrativi, misure di prevenzione individuate.

2.3.6. Mappatura dei Processi, analisi e valutazione del rischio

Negli anni passati, a seguito di diverse attività formative e con il costante sostegno dell'Ufficio RPCT si è proceduto alla mappatura del rischio corruzione, prossima alla conclusione, nella sua accezione ampia ed alla conseguente individuazione delle misure di contrasto e prevenzione.

Per le strutture in ritardo nell'attività che hanno dimostrato poca collaborazione, si è proceduto alla elaborazione di una prima proposta di descrizione dei processi più importanti e comuni, con la individuazione del rischio basata sui riferimenti al quadro normativo ed alle prassi operative correnti, confrontate con altre esperienze aziendali, anche di prevenzione della corruzione. Le proposte sono pubblicate ed in questa sede si è proceduto alla individuazione di misure più o meno specifiche preliminari utili a mitigare il rischio; nel contempo si procederà alla individuazione delle misure di prevenzione, che dovranno comunque essere realizzate dalle strutture interessate, alle quali verranno assegnate quale obiettivo di performance organizzativa. Rimane a cura delle strutture ancora in ritardo, in particolare dell'area amministrativa e di staff completare la mappatura dei processi, comunque individuati e segnalati.

Nell'ambito della mappatura dei processi, per la parte relativa alla valutazione del rischio, si è reso inoltre necessario, ri-coinvolgere tutte strutture che hanno già mappato i propri processi, per rivedere ed aggiornare la valutazione/ponderazione del rischio in base ai nuovi parametri stabiliti dall'ANAC nel nuovo Piano Nazionale anticorruzione - PNA – approvato con Deliberazione ANAC n. 1064 del 13.11.2019, a seguito di una valutazione critica sull'esperienza passata.

In seguito a ricerche, formazione online ed approfondimenti, si è quindi stabilito di adottare un metodo più “guidato”, che segue il percorso già tracciato dalla norma ISO 31000 (Global compact), più vicino come impostazione alla valutazione del rischio già effettuata, con l'utilizzo di due indicatori di probabilità e impatto ed un sistema chiuso, che stabilisce il livello di rischio (alto – medio – basso) senza altre considerazioni.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo rispetto a una di tipo quantitativo.

Lo strumento di rilevazione è una scheda contenente gli indicatori di probabilità ed impatto, il livello del grado di rischio e la descrizione corrispondente ad ogni livello. In una prima fase, viene assegnato il grado di rischio in corrispondenza ad ogni indicatore di probabilità e impatto.

COMBINAZIONI VALUTAZIONI PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
ALTO	ALTO	RISCHIO ALTO
ALTO	MEDIO	RISCHIO CRITICO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	RISCHIO MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	RISCHIO BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	RISCHIO MINIMO

Si passa poi alla definizione del valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto attraverso l'aggregazione delle singole variabili applicando la moda al valore modale di ognuna delle variabili di probabilità e impatto ottenuto nella fase precedente.

Infine si attribuisce il livello di rischio a ciascun processo, articolato su cinque livelli: rischio alto, rischio critico, rischio medio, rischio basso, rischio minimo sulla base del livello assunto dal valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto, calcolato secondo le modalità di cui alla fase precedente.

Ai processi per i quali non è stata effettuata la rivalutazione del rischio corruzione secondo i nuovi criteri o perchè non è stata riscontrata la proposta di mappatura è stato assegnato un livello di rischio ALTO.

Le difficoltà operative dell'ufficio del RPCT il cui organico dal mese di febbraio 2022 è ridotto al solo RPCT di fatto hanno impedito ed impediscono l'ulteriore sviluppo della mappatura del rischio e di quei provvedimenti mirati alla riduzione del rischio corruttivo; infatti nel mese di febbraio 2022 è stato posto in aspettativa il dipendente formato, esperto e qualificato dell'ufficio mai sostituito, e il RPCT attualmente, supportato solo da un operatore informatico dedicato alla gestione della sezione amministrazione trasparente, gestisce con difficoltà anche le procedure correnti.

Di seguito una sintesi del catalogo dei processi, accorpati nelle aree di rischio, generali e specifiche, indicate dal PNA con una breve descrizione dell'area, lo stato dell'attività di mappatura, e le misure di prevenzione **generali e trasversali** previste, in parte riproposte per il 2024 ed in parte aggiornate in relazione alle difficoltà attuative incontrate ed agli aggiornamenti normativi intercorsi. La presentazione dettagliata della mappatura dei processi operativi relativi ad ogni area operativa e singola UOC/UOSD e le misure di prevenzione **specifiche** che sono state individuate è riportata **nell'allegato 2)** del presente PIAO 2024-2026.

A) AREA DI RISCHIO: Contratti Pubblici

La mappatura dei processi è stata proposta dal RPCT sulla base delle indicazioni della Determinazione Anac n. 12 del 28.10.2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione) e della Delibera Anac n. 831 del 3.08.2016 (Piano Nazionale Anticorruzione 2016). Purtroppo l'assenza di partecipazione delle strutture interessate non ha consentito ad oggi di poter effettuare una mappatura del processo contestualizzata ed alla individuazione dei rischi di corruzione presenti all'interno dell'Azienda. L'area di rischio è particolarmente sensibile, per cui si rende necessario conciliare le esigenze di semplificazione con la necessaria trasparenza, ma nel corso dello scorso periodo 2021 e 2022 le misure sono state recepite solo in piccola parte. Infatti lo sforzo di costruire un cruscotto di monitoraggio dell'attività contrattuale, acquisendo le informazioni necessarie e definendo un set di flussi informativi costanti verso il RPCT, non è riuscito per la scarsa collaborazione da parte delle strutture interessate; per il 2023 si ripropone pertanto il set di flussi seguendo le indicazioni del PNA:

<numero di gare gestite dall'unità; importo medio dei contratti; numero di procedure negoziate con o senza bando; numero di affidamenti diretti e relative modalità; rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti; rispetto dei termini di pagamento alle imprese e/o entità media degli scostamenti; rispetto degli obblighi di approvvigionamento centralizzato e mediante strumenti elettronici di acquisto; numero di varianti in corso d'opera; numero di proroghe; numero di bandi annullati in via di autotutela o in sede giurisdizionale; numero di opere incompiute rispetto alle programmate; ricorrenza nelle aggiudicazioni degli stessi operatori economici.>

Il PNA 2022 inoltre ha messo a disposizione di varie figure (Commissari straordinari, soggetti attuatori, stazioni appaltanti, RUP, RPCT) strumenti agili e operativi per la compilazione ed il controllo degli atti di talune tipologie di procedure di affidamento che, in considerazione dei più ampi margini di discrezionalità concessi dalla normativa, comportano maggiori rischi in termini di possibili fenomeni corruttivi o di *maladministration*, procedure non trasparenti o comunque gestite in difformità dalle norme o dai principi generali dell'ordinamento nazionale e comunitario.

Per l'area di rischio dei Contratti pubblici il PNA 2022, delibera in data 17/01/2023, ha dedicato la parte speciale, incentrata sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto frequente ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali di grande interesse per il Paese. Detta parte, pur delineata nel quadro del vigente Codice dei contratti pubblici è prevalentemente ancorata ai principi generali di derivazione comunitaria contenuti nella Direttiva 2014/23/UE, Direttiva 2014/24/UE, Direttiva 2014/25/UE.

Inoltre, a supporto delle Amministrazioni, nel PNA 2022 sono stati elaborati e predisposti l'allegato n° 5 (recante "indice ragionato delle deroghe e delle modifiche alla disciplina dei contratti pubblici"), l'allegato n° 6 (recante "appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici"), l'allegato n° 7 (recante "Contenuti del bando tipo n° 1/2021"), l'allegato n° 8 (Check-list per gli appalti") a cui le strutture interessate sono invitate a far riferimento per la gestione del rischio.

In particolare l'utilizzo delle check-list, già programmate nel PTPCT 2021-2023, si rivelano quale possibile metodologia per la mitigazione dei rischi e il controllo degli affidamenti, e come leva per promuovere una cultura e un approccio al controllo virtuoso, alla trasparenza, efficienza ed efficacia dei processi di acquisizione, in particolare, di infrastrutture, opere e servizi tecnici.

Strumenti di questo tipo sono consigliati anche dall'OCSE e sono stati considerati dalla stessa Organizzazione una best practice nell'ambito dei controlli preventivi sugli appalti dell'Anac per la verifica di procedure relative a situazioni di particolare rilevanza, strumenti, tuttavia, che ben si adattano ad affidamenti di ogni genere.

Le check-list sono state elaborate per la verifica di situazioni di una certa rilevanza che possono verificarsi nella fase esecutiva, e riguardano, in particolare:

- ✓ affidamento diretto
- ✓ procedura negoziata per i servizi
- ✓ procedura negoziata per i lavori
- ✓ procedure in deroga
- ✓ modifica dei contratti e varianti in corso d'opera.

Le check-list sono strumenti versatili che si prestano:

- ✓ all'attività di autocontrollo di primo livello da parte dei soggetti chiamati a redigere la documentazione della procedura
- ✓ di affidamento, al fine di supportare la compilazione "guidata" degli atti e la loro conformità alla normativa comunitaria e nazionale;
- ✓ ma anche al controllo/supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti terzi (strutture commissariali, RPCT, strutture di audit, ecc.).

Il loro scopo è consentire una verifica pratica, veloce e accurata della completezza e adeguatezza degli atti, rispetto a taluni elementi principali/critici della procedura, agli agenti pubblici partecipanti a vario titolo alla stessa, agli operatori economici aggiudicatari.

I modelli di check list del PNA 2022 sono acquisite quali misure di riduzione del rischio anche nel PTPCT 2024-2026 (allegato 4 del PIAO 2023) non hanno la pretesa di esaustività di tutti i possibili elementi critici ovvero oggetto di verifica, tuttavia, possono essere integrate e adattate anche al nuovo codice degli appalti, su proposta elaborata dalle strutture interessate, al fine di tenere conto di ulteriori

fattori o fattispecie che sulla base dell'esperienza pratica possono essere considerati meritevoli di attenzione.

a) Processo: programmazione lavori, forniture e servizi:

In merito alla elaborazione di una procedura di rilevazione del fabbisogno, la criticità è stata superata da parte dell'Azienda, mediante l'adozione della procedura amministrativo contabile del Ciclo Passivo con deliberazione n°2751 del 20/12/2023 relativa alla adozione dei PAC.

L'**esigenza di procedere preliminarmente alla definizione del fabbisogno**, si supera con l'applicazione della suddetta procedura, al momento della implementazione del percorso informatizzato, per come specificato nella stessa procedura. Alla definizione del fabbisogno segue la definizione della programmazione: Piano triennale dei lavori pubblici e Programma biennale di acquisto di beni e servizi, per come stabilito dal D. Lgs 50/16, art. 21, secondo le indicazioni e le schede contenute nel D.M. n. 14 del 16.01.2018, assolvendo all'obbligo di pubblicazione sul sito Aziendale / Profilo del Committente.

Misura:

1. applicazione linee guida procedura amministrativo contabile del Ciclo Passivo di cui alla delibera n° 2751 del 20/12/2023; .

2. monitoraggio 1° livello mediante check list/questionario.

- **Soggetto responsabile della misura:** UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.

- **Tempi di realizzazione:** entro il mese di settembre 2024;

- **Indicatore:**

1. Produzione documento di rilevazione del fabbisogno, condivisa con il RPCT, anche in coerenza con le linee guida PAC del ciclo passivo.

2. Pubblicazione sul sito aziendale del Piano triennale dei lavori pubblici e del Programma biennale di acquisto di beni e servizi.

3. Report annuale con esito monitoraggio 1° livello.

b) Processo: Progettazione e Gestione gara, selezione del contraente:

nel piano 2023-2025 era stata prevista l'elaborazione di una linea guida aziendale, utile come check list, secondo le misure di prevenzione di cui alla determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 e delibera ANAC n° 831 del 03/08/2016; la griglia di lavoro da sottoporre al Responsabile delle Unità operative interessate per l'implementazione e condivisione predisposta per come previsto nel PTPCT 2021-2023, ha trovato applicazione parziale (Allegato 5 del PIAO 2023).

Il nuovo codice degli appalti, di cui al D.Lgvo n° 36 del 31/03/2023, prevede, tra l'altro, che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurino la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti nel rispetto dei principi e delle disposizioni del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, garantiscano l'esercizio dei diritti di cittadinanza digitale e operino secondo i principi di neutralità tecnologica, di trasparenza, nonché di protezione dei dati personali e di sicurezza informatica. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano la tracciabilità e la trasparenza delle attività svolte, l'accessibilità ai dati e alle informazioni, la conoscibilità dei processi decisionali automatizzati e rendono le piattaforme utilizzate accessibili.

Il ciclo di vita digitale dei contratti pubblici, di norma, si articola in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione. Le attività inerenti al ciclo di vita di cui al comma 1 sono gestite, nel rispetto delle disposizioni del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, attraverso piattaforme e servizi digitali fra loro interoperabili, come indicato all'articolo 22.

La Banca dati nazionale dei contratti pubblici rende disponibili mediante interoperabilità i servizi e le informazioni necessari allo svolgimento delle fasi dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici, anche ai fini del rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. La stessa Banca dati si integra con la piattaforma unica della trasparenza istituita presso l'ANAC.

Misura:

1. Applicazione nuovo codice degli appalti; Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (art. 28 c.d.c).
 - **Soggetto responsabile della misura:**
UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.
 - **Tempi di realizzazione:** prima applicazione nel primo semestre 2024;
 - **Indicatore:**
1) Report Monitoraggio di 1° livello da parte delle strutture responsabili anche attraverso utilizzo delle Check-list di cui allegato n° 8 PNA 2022 (parte integrante del PTPCT anno 2023-2025) opportunamente adeguate;
- c) Processo: Esecuzione e rendicontazione del contratto:**
- Era prevista l'elaborazione di una linea guida aziendale, utile come check list, secondo le misure di prevenzione di cui alla determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 e delibera ANAC n° 831 del 03/08/2016; la griglia di lavoro da sottoporre al Responsabile delle Unità operative interessate per l'implementazione e condivisione predisposta dal RPCT per come previsto nel PTPCT 2021-2023, non ha trovato applicazione, **(Allegato 6 del PIAO)** così come il completamento linee guida condivise tra le strutture responsabili, già previste nel PTPCT 2021-2023.
- **Misura 1:**
 1. Applicazione nuovo codice degli appalti;
 2. digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici;
- **Soggetto responsabile della misura:** UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.
- **Tempi di realizzazione:** coerenti con l'applicazione del nuovo codice;
- **Indicatore:**
 - 1) Report annuale attestante la corretta applicazione del codice e l'interoperabilità delle banche dati coinvolte nel ciclo di vita dei contratti pubblici
- **Misura 2:**
Monitoraggio da parte della Commissione di controllo e verifica (prevista nel PTPCT 2021-2023) per effettuazione controlli di 2° livello che effettua controlli a campione e/o su

segnalazioni di criticità di controllo e verifica delle prestazioni sui contratti in essere (Commissione istituita con delibera n° 76 del 12/01/2022 e rinnovata con delibera n° 1613 del 06/10/2022).

Soggetto responsabile della misura: Commissione di controllo e verifica per la predisposizione dei report.

- **Tempi di realizzazione:** la Commissione deve produrre 1° Report al RPCT entro il mese di novembre del 2024, 2025 e 2026.
- **Indicatore:** report annuali di monitoraggio.

La Commissione ha lo scopo di supportare il RUP e DEC dell'Azienda nei compiti ad essi affidati, riguardanti procedure di scelta del contraente, affidamento dell'appalto, gestione e verifica delle prestazioni dei vari contratti di lavori, servizi e forniture, pianificazioni necessarie alla redazione corretta e sempre aggiornata dei piani triennali e biennali previsti dal Codice degli appalti. Le misure individuate per l'area di rischio contratti pubblici risultano coerenti e dovranno essere necessariamente implementate sia per indicazioni che provengono dalla Regione Calabria, sia per le indicazioni già presenti nel PNA 2022 approvato con delibera ANAC n° 7 del 17/01/2023.

B) AREA DI RISCHIO: Incarichi (e Nomine):

L'area presa in considerazione risulta essere a rischio ALTO, in particolare per l'area legale, non solo per la mancata collaborazione nell'analisi dei processi ed alla individuazione delle misure di prevenzione da parte delle strutture interessate, ma anche per la sistematica mancata osservanza e realizzazione delle misure, comunque predisposte dal RPCT ed approvate nei diversi Piano anticorruzione.

Trattandosi di materia trasversale, che coinvolge diverse strutture aziendale (Affari legali e contenzioso, Gestione Tecnica e patrimoniale, Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane), in considerazione della evidente situazione di rischio già nell'ambito del PTPCT 2017 – 2019, il Gruppo di lavoro individuato con Deliberazione n. 1509 del 4 agosto 2017 ha elaborato una proposta di Regolamentazione, focalizzata sull'affidamento degli incarichi legali, che è stata formalmente trasmessa alla Direzione Strategica con nota prot. n. 15570 del 30.01.2018 per la sua formale adozione, avvenuta poi solo con la Deliberazione n. 1043 del 12 novembre 2019 avente ad oggetto *“Approvazione Regolamento per l'affidamento dei singoli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni all'Ente”*. Contestualmente, il RPCT, elaborava una prima *“Procedura per l'affidamento di incarichi a professionisti esterni”* formalizzata con nota prot. n. 118572 datata 11.08.2017, poi recepita nell'ambito del PTPCT 2018 – 2022, approvato con Deliberazione n. 161 del 31.01.2018, all'allegato c). Nonostante le criticità segnalate nel PTPCT 2023-2025, si evidenzia ***tuttavia che a partire dalla seconda metà dell'anno 2021, a tutt'oggi, la procedura di pubblicazione degli atti di incarico viene regolarmente applicata e rispettata.***

In merito al regolamento, per l'affidamento dei singoli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni all'Ente, anche a seguito delle delibere ANAC 158/2022 nel corso dell'anno 2023, l'U.O.C. affari legali, di concerto con il RPCT, ha proceduto all'aggiornamento del regolamento di cui sopra; l'aggiornamento, si è protratto oltre il tempo previsto a seguito di problematiche varie connesse all'alternarsi dei vertici della struttura. Attualmente il regolamento è in corso di adozione.

In merito alla short list area legale, aggiornata con deliberazione n° 774 del 23/06/2021 e successiva n° 937 del 19/07/2021, si dovrà procedere, a cura della UOC affari legali e della Direzione generale, ad ulteriore aggiornamento.

- **Misura**

1. Si riconferma la necessità di attivare ed aggiornare regolarmente e periodicamente la short list aziendali nei diversi ambiti, con rinnovo periodico della procedura di acquisizione delle disponibilità dei professionisti interessati al conferimento di incarichi in ambito aziendale.

Soggetto responsabile della misura: UU.OO. interessate all'affidamento incarichi quali Affari legali e contenzioso, Gestione Tecnica e patrimoniale, Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

Tempi di realizzazione: entro il mese di aprile 2024 1° aggiornamento;

Indicatore:

- 1. pubblicazione short list aggiornata con cadenza periodica (area legale);
- 2. **Report annuale su** incarichi non di natura legale conferiti dalle altre strutture interessate dalla misura.

C) AREA DI RISCHIO: Acquisizione e Gestione del personale:

La mappatura dei processi è stata riproposta dal RPCT sulla base delle indicazioni nel PNA e sull'aggiornamento di quanto già rilevato ed inserito nei Piani triennali anticorruzione degli anni passati. Anche in questo caso le misure anticorruzione individuate non sono state realizzate e saranno eventualmente riproposte quali misure specifiche a carico delle strutture interessate. I rischi relativi ai processi mappati sono diventati ancora più evidenti a seguito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata "*Sistema Cosenza*" che ha coinvolto il management della UOC Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

In tale ambito, una particolare attenzione è stata posta alle **procedure di conferimento incarichi dirigenziali**, in particolare di Direzione di Distretto e di UOC, per le quali l'Anac, a seguito di segnalazioni in merito, con nota prot. 8477 del 01.02.2019 ha fornito apposite Raccomandazioni. Il RPCT ha seguito le indicazioni della Raccomandazione Anac predisponendo, a seguito dell'attività di studio, approfondimento e concertazione, la documentazione relativa procedure per il conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura Complessa e di Direttore di Distretto, a modifica/integrazione del contestato Regolamento aziendale di cui alla delibera ASP n° 2068/2017 e quale integrazione delle misure contenute nel PTPCT 2019-2021 dell'ASP di Cosenza. Tale documentazione è stata trasmessa con nota prot. n° 126766 del 22/10/ all'ANAC e al Dirigente Reggente pro tempore per il contestuale recepimento ed adozione. Successivamente, l'ANAC - UVMAC, con nota numero 0095907 del 29/11/2019 sottolineava che, *essendo stato il Regolamento aziendale oggetto di numerose segnalazioni da parte della dirigenza aziendale, si riteneva necessario che la proposta di modifiche al Regolamento, di cui alla nota prot. n° 126766/2019 del RPCT, venisse formalizzata in un nuovo Atto regolamentare, ovvero inserito nel relativo processo mappato del vigente Piano di Prevenzione della corruzione*. Il RPCT pertanto, proponeva il recepimento formale delle misure di cui alla nota citata per l'adozione immediata, demandando alla U.O.C. Gestione, valorizzazione e sviluppo delle Risorse Umane l'elaborazione, **entro 90 giorni** dall'adozione dell'atto di recepimento, di un nuovo atto regolamentare (per l'affidamento, la conferma e la revoca di tutti gli incarichi dirigenziali) in sostituzione integrale di quello attualmente in vigore, di cui alla delibera n° 2068/2017, concertandolo con le organizzazioni sindacali. Per le note vicende relative al continuo alternarsi del management aziendale, la proposta di recepimento delle misure anticorruzione predisposte veniva adottata con **Delibera n. 338 del 18 marzo 2020**. Contestualmente alla notifica dell'atto per i successivi adempimenti di competenza, il RPCT trasmetteva alla U.O.C. Gestione, valorizzazione e sviluppo delle Risorse Umane, una bozza di proposta di Regolamento, armonizzata in modo coerente con le misure sopra indicate e le indicazioni fornite dall'ANAC in materia, nei

diversi Piani nazionali anticorruzione. Le indicazioni fornite nel documento allegato all'atto deliberativo n. 338 del 18.03.2020, per l'affidamento degli incarichi di Struttura Complessa e di Direttore di Distretto parzialmente integrative del Regolamento adottato con atto deliberativo dell'ASP 2068/2017, risultano comunque essere immediatamente applicabili e vincolanti, per come previsto dall'art. 6, in quanto misure formalmente recepite con atto deliberativo, integrative del PTPCT 2019 – 2021 e ritenute non negoziabili in quanto coerenti con la normativa ed i Piani nazionali Anticorruzione. Ad oggi, risulta approvato soltanto il regolamento degli incarichi della dirigenza PTA, mentre per gli incarichi ai Dirigenti sanitari, con nota prot. n° 132933 del 01/12/2023, è stata trasmessa al RPCT la bozza di regolamento per Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca degli incarichi dirigenziali; nella nota si precisa che è in fase di ultimazione la parte concernente la graduazione degli incarichi in vista della rimodulazione della Rete Ospedaliera e Territoriale e la conseguente riformulazione dell'Atto Aziendale; Alla definizione della Graduazione delle funzioni il Regolamento sarà sottoposto ai sindacati di categoria.

- **Misure:**

1. Approvazione di un nuovo Regolamento degli incarichi dirigenziali al personale sanitario in sostituzione integrale di quello attualmente in vigore, di cui alla delibera n° 2068/2017, che segua le indicazioni già recepite con la Delibera n. 338 del 18.03.2020, completo di Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca incarichi.

- **Soggetto responsabile della misura:** U.O. Gestione, valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane.
- **Tempi di realizzazione:** entro il mese di settembre 2024 in considerazione dell'articolazione programmata.
- **Indicatore:** Pubblicazione Delibera/Determina di approvazione regolamento Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca incarichi dirigenziali area sanitaria.

D) AREA DI RISCHIO: Affari legali e contenzioso:

Il RPCT, sulla base di ciò che risulta rilevabile dalle competenze istituzionali assegnate dagli atti organizzativi e di programmazione o comunque presenti per prassi riconosciuta, sin dall'inizio ha individuato e proposto alla UOC interessata la mappatura dei seguenti processi: 1) gestione del contenzioso civile, penale e amministrativo; 2) gestione delle azioni di contrasto alle procedure di pignoramento; 3) gestione di costituzione in giudizio dell'Ente; 4) gestione della consulenza tecnico – giuridica ai servizi aziendali, senza ottenere alcun riscontro. La richiesta di mappatura, al fine di individuare i rischi di corruzione ed adottare ogni utile misura di prevenzione è stata ulteriormente sollecitata, con nota prot. 24483 del 18.02.2021, alla luce delle indagini in corso nell'ambito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata “*Sistema Cosenza*”, sulla quale si è richiesto altresì di voler relazionare per meglio definire il contesto di rischio. Ad oggi, la mappatura specifica dei processi è stata completata, così come è stata effettuata l'acquisizione di un sistema informatizzato che costituisce una valida misura per la riduzione del rischio in alcuni dei processi segnalati dall'RPCT in quanto la piattaforma informatizzata SEC-SISR, avviata nel corso del 2021 e ad oggi è stata implementata attraverso l'importazione massiva dei dati contenzioso anni 2018-2019-2020-2021-2022-2023. Pertanto, per l'anno 2024, il RPCT propone il monitoraggio, da parte della struttura Affari legali, dei 4 processi sopra specificati e di eventuali altri ritenuti significativi dal Direttore della struttura, con successiva valutazione del rischio e proposta di misure eventuali.

a) Gestione contenzioso civile, penale ed amministrativo:

- Misura generale:

1. Monitoraggio dei 4 processi individuati dalla struttura, valutazione del rischio e proposta di misure eventuali;
2. Report annuale sul monitoraggio ed implementazione piattaforma informatica;

- Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Affari Legali e Contenzioso.

- Tempi di realizzazione: entro il mese di novembre 2024;

- Indicatore: Report annuale sul monitoraggio ed implementazione piattaforma informatica SEC-SISR.

b) Gestione delle azioni di contrasto alle procedure di pignoramento:

in attuazione di quanto disposto dal RPCT con nota prot. n° 109559/2022, la U.O.C. Affari Legali ha predisposto il nuovo regolamento aziendale, per la regolarizzazione dei sospesi di cassa, liquidazione e pagamento titoli esecutivi giudiziari e definizione procedure deflative del contenzioso, trasmesso con nota prot. n° 109172 del 03/10/2023 al RPCT; Il RPCT sottoponeva il nuovo regolamento alla U.O.C. GREF, che evidenziava criticità che non consentivano la condivisione ed evidenziando la opportunità di poter utilizzare la nuova procedura amministrativo contabile del Ciclo Passivo approvata con deliberazione n°2751 del 20/12/2023.

Misura:

1. Monitoraggio Applicazione corretta nuova procedura Ciclo passivo di cui del. 2751/2023;

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Affari Legali e Contenzioso; U.O.C. GREF.

Tempi di realizzazione: contestuale con l'applicazione della procedura Ciclo passivo;

Indicatore:

1. **Report annuale Monitoraggio** nuova procedura Ciclo passivo di cui del. 2751/2023;

c) Gestione costituzione in giudizio dell'Ente: gestione consulenza tecnico-giuridico:

Nel PTPCT anno 2023-2026 era stata confermata quale misura l'acquisizione di personale da short list; per tale ragione era stata prevista la necessità di aggiornare regolarmente e periodicamente la short list aziendale con rinnovo della procedura di acquisizione delle disponibilità dei professionisti interessati al conferimento di incarichi in ambito aziendale.

In merito alla definizione di linee guida interne per individuare personale interno e/o esterno da costituire in giudizio, secondo criteri oggettivi di esperienza e conoscenza, nonché rotazione di incarichi, dopo difficoltà dovute all'assenza del Direttore U.O.C., la U.O.C. Affari Legali con nota prot. n°90438/2023 ha trasmesso al RPCT ed al Direttore Generale la bozza di regolamento incarichi avvocati esterni, aggiornato alla luce delibera ANAC 158/2022; la bozza è stata condivisa ed attualmente il regolamento per incarichi legali è in corso di approvazione da parte della Direzione Generale.

Misura generale:

1. Applicazione nuova short list per incarichi avvocati esterni;

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Affari Legali e Contenzioso; Direzione Generale.

Tempi di realizzazione: short list entro il mese di maggio 2024; Report annuale 2024,2025,2026;

Indicatore:

1. Adozione Delibera/Determina di approvazione short-list consulenti.
2. Report annuale su rotazione incarichi esterni e aggiornamento periodico short list.

E) AREA DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio:

La mappatura dei processi è stata effettuata sulla base della proposta effettuata dal RPCT. Non sono state ancora definite le misure di prevenzione, richieste e sollecitate, anche se la situazione dell'area di rischio appare oggi particolarmente delicata, a seguito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata "Sistema Cosenza" che ha coinvolto il management della UOC Gestione delle risorse economiche e finanziarie. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ha approvato il **Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC** aziendale con Deliberazione n. 160 del 15 febbraio 2017, integrato e rimodulato con Delibera 1234 del 10 luglio 2018. Con Deliberazione n. 547 del 3 aprile 2017 sono stati poi nominati i Responsabili delle attività di implementazione delle procedure amministrativo – contabili definite dalla Regione Calabria con DCA 33/2016: Gestione del Ciclo Attivo; Gestione del Personale; Gestione Magazzino; Gestione del Patrimonio; Gestione Inventari; Gestione della Mobilità Sanitaria e delle Partite infragruppo; Gestione del Contenzioso; Gestione delle Rilevazioni Numerarie; Gestione Chiusure Contabili.

Con delibera ASP n° 2751/2023 è stata approvata la nuova procedura Ciclo passivo relativa alla definizione del fabbisogno.

L'ASP ha soddisfatto la misura precedente con l'adozione di sistemi digitali di pagamento e **implementazione a regime del progetto di Piattaforma MyPay messa a disposizione dall'Agid**, attraverso la quale far transitare, in via esclusiva, ogni esigenza di pagamento all'Asp, con la **contestuale cessazione di modalità alternative di riscossione**.

Misura

1. Il percorso attuativo della certificabilità – PAC nei suoi aspetti generali e l'implementazione delle procedure contabili nei termini stabiliti dal DCA 33/2016 da parte dei Responsabili nominati con Delibera 1234 del 10 luglio 2018, nei suoi elementi di analisi, descrizione dei processi e successiva regolamentazione finalizzata alla certificabilità è stato recepito come misura di prevenzione della corruzione, non ancora realizzato pienamente e pertanto si aggiorna al termine ulteriore del 31 dicembre 2024. E' quindi necessario concludere le attività ed integrare le procedure del Ciclo passivo, compreso quella di determinazione fabbisogno, secondo la normativa vigente.

Soggetto responsabile della misura: 1) Responsabile transizione al digitale (RTD), U.O.C. GRE, Sistemi informativi aziendali, Strutture aziendali; 2) UOC Gestione Tecnico-patrimoniale, UOC Acquisizione beni e servizi, UOC Affari legali e contenzioso; UOC Valorizzazione. Gestione, Formazione Risorse Umane, U.O.C. Gestione Risorse Economiche.

Tempi di realizzazione: entro il mese di dicembre 2024;

- Indicatore:

1. Report annuale (novembre 2024-2025-2026) monitoraggio implementazione del sistema di pagamento digitale in via esclusiva, di ogni esigenza di pagamento all'Asp, con la contestuale cessazione di modalità alternative di riscossione.
2. Report annuale (novembre 2024-2025-2026) su monitoraggio delle attività di competenza svolte in conformità alle procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n° 33/2016 e s.m.i. da parte dei responsabili individuati con delibera n° 1234/2018 e definizione procedure amministrative su criticità delibera PAC e su procedura ciclo passivo di cui del. 2751/2023.

F) AREA DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni:

Nell'ambito dell'area di rischio si è proceduto alla mappatura dei maggiori processi ed alla individuazione dei rischi di corruzione e delle misure di contrasto. Le misure di prevenzione definite sono state di tipo prevalentemente regolamentare, con la individuazione della necessità di elaborare o migliorare le procedure e di condividerle fra servizi/strutture omogenee, di rotazione e di gestione dei conflitti d'interesse. L'elaborazione delle procedure non si è ancora conclusa per le oggettive difficoltà operative dovute alla pandemia, che ha particolarmente impegnato le strutture, maggiormente interessato all'area di rischio alto e medio. Per quanto riguarda l'area farmaceutica, con deliberazione n° 106/2023 è stato individuato il coordinamento delle CAPD con il compito di coordinare le attività delle sei Commissioni Appropriata Prescrittiva dei Distretti.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
1) Vigilanza sulle farmacie effettuata dalla Commissione Farmaceutica (art. 14 L.R. 18)	Favorire/ penalizzare una Farmacia predeterminata	ALTO
2) Farmaco vigilanza e dispositivo vigilanza	Favoritismi e scambi di favore verso colleghi e personale della struttura	ALTO
3) Esecuzione dei controlli ufficiali in esecuzione delle profilassi di Stato presso aziende OSA e non	Favorire azienda sottoposta a controllo	MEDIO
4) N.O.C.I. Nucleo operativo controllo interno	Controllo non conforme o non veritiero	MEDIO

I responsabili delle UOC Farmacia hanno elaborato le procedure per la regolamentazione delle attività di vigilanza e controllo, che rappresentava la misura prevista nel PTPCT anno 2023-2025; per tale motivo, per l'anno 2024-2026 si prevede quale misura la corretta applicazione delle procedure individuate.

Per quanto riguarda il NOCI, le strutture interessate sono in fase di organizzazione per l'avvio dei controlli; tuttavia hanno evidenziato la necessità di poter disporre di un SW per simulazione DRG, strumento indispensabile per poter effettuare i controlli in modo oggettivo e completo per come previsto dalla norma.

Misura 1:

1. Monitoraggio sulla Corretta applicazione della procedura di attività di vigilanza e controllo;

Soggetto responsabile della misura: CAPD; U.O.C. Farmacia territoriale e Ospedaliera;

Tempi di realizzazione: contestuale con report annuale (entro novembre di ogni anno);

Indicatore: Report annuale di monitoraggio procedura.

Misura 2:

1. Controllo interno di 2° livello; Verifica campionaria sulla correttezza dei controlli e dissuasione da comportamento non corretti in fase ispettiva;

Soggetto responsabile della misura: Coordinamento CAPD (delibera 106/2023); U.O.C. Farmacia territoriale e Ospedaliera;

Tempi di realizzazione: entro il mese di novembre 2024-2025-2026;

Indicatore: Report annuale su controlli interni 2° livello.

Misura 3:

1. verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo; realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica.

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Sanita Animale (Vet. Area A)

Tempi di realizzazione: entro il mese di novembre 2024;

Indicatore: Report di monitoraggio delle procedure e di integrazione del sistema di verifiche e controlli.

Misura 4:

1. Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale. Costituzione NOCI e NOCE secondo norma regionale.
2. Acquisizione sw per simulazione DRG per controlli formali.

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Gestione Rete Erogatori, Direzione Sanitaria aziendale, Coordinamento ospedale, U.O.C. Direzioni mediche di Presidio. Area Tecnico-Patrimoniale;

Tempi di realizzazione: entro il mese di giugno 2024;

Indicatore:

1. Atto formale di riorganizzazione, programmazione attività, formazione e reportistica periodica, secondo DCA n° 53/2012.
2. Evidenza Acquisizione SW per simulazione DRG su controlli formali;

G) AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici diretti ed immediati per il destinatario.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei seguenti processi per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). Quale misura trasversale prevale la previsione di controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, ovvero adozione di strumenti di condivisione informatica con informatizzazione/digitalizzazione dei processi. L'applicazione del DCA n° 89/2019, che individua un percorso chiaro e ben definito, di fatti ha ridotto il rischio a valori minimi, pertanto anche per il PTPCT anno 2024-2026 si prevede quale misura residua il monitoraggio delle attività previste nel suddetto regolamento.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Gestione Piano di Assistenza individualizzato ossigenoterapia (PAI)	Favorire determinate aziende nel riconoscimento delle prestazioni	MEDIO
Distribuzione ausili di protesica respiratoria (ventilatori, aspiratori...)	Favorire determinate aziende nell'assegnazione dell'ausilio	MEDIO/BASSO

- **Misura:** controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, magari accompagnata da una informatizzazione/digitalizzazione dei processi; monitoraggio misura.
- **Soggetto responsabile:** U.O.C. Farmacia territoriale tramite l'ufficio DPC;
- **Tempi di realizzazione:** **annuale entro novembre** anno 2024-2025-2026.
- **Indicatore:** relazione di verifica anno 2024 e 2025-2026.

H) AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici diretti ed immediati per il destinatario.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei seguenti processi per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). Quale misura trasversale prevale la previsione di controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, magari accompagnata da una informatizzazione/digitalizzazione dei processi.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Presa in carico utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale su segnalazione Autorità	Favorire/penalizzare soggetti interessati per l'ottenimento di eventuali benefici giuridici richiesti (affido, adozioni)	MEDIO

- **Misura:** informatizzazione/digitalizzazione dei processi;
- **Soggetto responsabile:** U.O.C. Servizi Sociali;
- **Tempi di realizzazione:** nel corso dell'anno 2024;
- **Indicatore:** evidenza documentale di attivazione dei sistemi informatici di gestione delle procedure.

I) AREA DI RISCHIO: Rapporti con i soggetti erogatori.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei processi sottoindicati per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). La gestione dei rischi dovrà essere completata con le misure trasversali indicate nella Determinazione Anac n. 12 del 28.10.2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione) e della Delibera Anac n. 831 del 3.08.2016 (Piano Nazionale Anticorruzione 2016) per come raccomandato dalla nota ANAC – UVMAC prot. n. 95596 del 16.12.2020, in particolare in relazione alla corretta determinazione del fabbisogno, al rafforzamento della trasparenza e al rafforzamento dei controlli. Tali misure dovranno essere recepite all'interno di un *Manuale operativo di accreditamento per strutture sanitarie e socio sanitarie che erogano prestazioni assistenziali in regime residenziale – residenziale – domiciliare e ambulatoriale (o territoriale)*, comprensivo delle misure di prevenzione proposte ed armonizzato con la normativa nazionale e regionale di riferimento, da elaborare sulla base del documento proposto dall'Anac, quale buona prassi da seguire, con la Raccomandazione sopra citata, da recepire quale regolamentazione aziendale.

Accordi / Contratti con le Strutture Private accreditate (Case di Cura Private – Strutture Specialistiche)	Favorire/penalizzare strutture accreditate (da accreditare)	CRITICO
Accordi/Contratti con le strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie (RSA – CP e Riabilitazione Estensiva)	Favorire/penalizzare strutture accreditate (da accreditare)	CRITICO

A seguito della misura anno 2023, il presidente della Commissione aziendale, nonché i direttori/Responsabili delle strutture coinvolte (GRE, TAD, DSM, DSVC) hanno elaborato un

regolamento secondo le indicazioni ANAC, ma limitatamente alle procedure riferite all'autorizzazione. Il RPCT ha richiesto al nuovo Presidente della Commissione ed alle strutture interessate di integrare la procedura con la parte relativa all'accreditamento, pertanto si riconferma la misura.

Misura: Manuale operativo di accreditamento per strutture sanitarie e socio sanitarie che erogano prestazioni assistenziali in regime residenziale – residenziale – domiciliare e ambulatoriale (o territoriale), comprensivo delle misure di prevenzione proposte ed armonizzato con la normativa nazionale e regionale di riferimento, da elaborare sulla base del documento proposto dall'ANAC, quale buona prassi da seguire, con la Raccomandazione sopra citata, da recepire quale regolamentazione aziendale.

Tempi di realizzazione: entro il mese di giugno 2024;

Soggetto responsabile della misura: Gruppo di lavoro coordinato dal Presidente della Commissione Aziendale per l'autorizzazione sanitaria L.R. 24/2008 e costituito dalla stessa Commissione e dai Direttori (o loro delegati) delle Unità Operative: Governo della rete e degli erogatori, Tutela Anziani e Disabili, Dipartimento di Salute Mentale, Distretto Sanitario Vallecrati (per Hospice).

Indicatore: Pubblicazione Delibera/Determina di adozione del Manuale/regolamento aziendale adeguato alle linee ANAC.

L) AREA DI RISCHIO: Liste di attesa.

La mappatura dei processi in questa area di rischio ha rilevato, in modo uniforme fra tutte le attività prese in considerazione, la criticità relativa al mancato rispetto delle liste di attesa, direttamente collegata ai margini di discrezionalità che hanno le strutture nella gestione delle Agende di prenotazione. Maggiore è la discrezionalità, in particolare nelle attività in cui la prenotazione è effettuata direttamente presso le strutture e non attraverso il CUP, maggiore risulta la probabilità di mancato rispetto delle liste di attesa. A tal proposito si richiama l'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari. Oltre alle misure specifiche assunte nell'ambito di ogni processo, che si propongono di fronteggiare il rischio in via transitoria, occorre fare un grande sforzo di coordinamento programmatico ed eventualmente di investimento nell'ambito del *Piano per la transizione digitale*, che in questo momento, potrebbe risultare anche idoneo alla gestione dei servizi della fase post pandemia da Covid_19.

La misura seguente, già prevista nel precedente PTPCT, per come attestato dal responsabile CUP aziendale, è stata attuata con il trasferimento di circa il 90% delle prenotazioni, e rimanendo ancora fuori gestione circa 160 agende su 1560 (riguardano i CSM, varie Radiologie – agende TAC e RMN); Nel corso del 2023 la situazione è ulteriormente migliorata con la gestione della quasi totalità delle Agende sia per le attività istituzionali che per l'Alpi, ma si riconferma la misura per ottimizzazione lista eccezioni;

Misura:

1. **assicurare che tutte le Agende di prenotazione/accesso** ad ogni tipologia di servizi/prestazioni erogate, sia di natura socio sanitaria che amministrativa, in ogni contesto (territoriale, ospedaliero, di prevenzione) per il quale si rileva una lista di attesa o un servizio a sportello, vengano gestite dal CUP o da altro sistema di prenotazione centralizzata, anche da remoto, con l'utilizzo di sistemi informatici di prenotazione online.
2. **stabilire e regolamentare con precisione una lista molto contenuta di eccezioni** alla prenotazione dell'ordine cronologico delle Agende, da gestire comunque all'interno di un sistema informatico, con la **previsione di un flusso informativo di controllo** che consenta di

poter ripercorrere e verificare la gestione delle eccezioni oltre che i tempi di attesa per servizio e prestazione, anche ai fini gestionali e per il monitoraggio dei tempi procedurali amministrativi.

Tempi di realizzazione: entro dicembre 2024;

Soggetto responsabile della misura: Direzione strategica, UOC Sistemi informativi aziendali, Responsabile CUP, Responsabile Transizione al Digitale, le strutture con le agende fuori gestione, UOC Gestione VSF Risorse Umane – Responsabile Alpi, UOC PDTA.

Indicatore:

1. Report monitoraggio su inserimento nel sistema delle agende attualmente non gestite (100%) al netto eccezioni;
2. Report **liste gestite** e predisposizione da parte del CUP della **lista delle eccezioni**;

M) AREA DI RISCHIO: Attività libero professionale

- Nell'area di rischio è stata nel 2023 effettuata, ad oggi, la mappatura completa del/dei processi. Bisogna quindi procedere celermente alla valutazione del rischio in relazione alle autorizzazioni, alla gestione delle prenotazioni, alle modalità di erogazione delle prestazioni, ai rapporti e quindi alle potenziali interferenze con l'attività istituzionale, al rispetto dei volumi di attività, al rispetto degli obblighi di trasparenza ed individuare idonee misure di prevenzione, da attuarsi nell'anno 2024. Inoltre nell'area di rischio erano emerse diverse criticità derivanti dal mancato adempimento alle direttive che regolamentano le prestazioni in intramoenia, quali la Legge 189/2012, il DPGR Regione Calabria n° 150/2013, la delibera ASP Cosenza n° 2026 del 07/10/2014; Nel corso dell'anno 2023, tali criticità, dal report della struttura, risultano in parte superate in quanto le misure 2023, sono state attuate (attivare l'agenda CUP per le prestazioni erogate in Libera professione Intramoenia da tutti i Dirigenti autorizzati e stipula convenzione annuale con tutti i Dirigenti autorizzati nel rispetto della legge n° 189/2012, DPGR R.C. n° 150/2013, delibera ASP CS n° 2062/2014); l'attuale ulteriore criticità segnalata (n 141107/2023) è relativa alla esigenza di implementare un efficiente sistema di contabilità separata per una corretta ricostruzione dei costi diretti e indiretti.

E' necessaria quindi effettuare attività di monitoraggio relativamente a:

- ✓ obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- ✓ obbligo per il personale sanitario di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento;
- ✓ divieto di condizionare il paziente orientandolo verso la visita in regime di libera professione;
- ✓ obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- ✓ obbligo di attivare l'agenda CUP per le prestazioni erogate in Libera professione Intramoenia dai Dirigenti autorizzati e stipula convenzione nel rispetto della legge n° 189/2012, DPGR R.C. n° 150/2013, delibera ASP CS n° 2062/2014;

Nel corso del 2023 è stato attivato il CUP Regionale, ed è stata attivata anche la commissione paritetica di vigilanza delle attività ALPI, che di fatto, unitamente alla informatizzazione della maggior parte del processo, garantisce un buon grado di controllo e monitoraggio sulle attività.

Infine con DCA 3 dell'11/01/2024 è stato adottato il regolamento regionale per la gestione CUP.

Misura:

1. Monitoraggio delle attività Alpi; valutazione del rischio.

2. Monitoraggio implementazione agende CUP Alpi;
3. Monitoraggio stipula convenzioni annuale con i Dirigenti;
4. Acquisizione apposito software per gestione separata contabilità ALPI;

Tempi di realizzazione: entro settembre 2024;

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Gestione V.S.F. Risorse Umane; Responsabile ALPI; Responsabile CUP aziendale; U.O.C. PDTA; U.O.C. Area Tecnico-Partrimoniales (x sw).

Indicatore:

1. Documento di valutazione del rischio residuo.
2. Report monitoraggio grado implementazione agende CUP;
3. Report monitoraggio stipula convenzioni con i Dirigenti;
4. Acquisizione SW e Report valorizzazione costi ALPI con dati estratti da SW.

N) AREA DI RISCHIO: Attività conseguenti al decesso intraospedaliero

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura del processo Decesso intraospedaliero per il quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2) del PTPCT 2018-2020.

Fra le misure prese in considerazione era stato previsto il censimento e mappatura delle associazioni di volontariato che accedono alle strutture, del relativo personale e regolamentazione degli accessi e delle modalità di assistenza anche con questa finalità. Tale misura risulta oggi aggiornata con l'Approvazione del *Regolamento disciplinante i rapporti di collaborazione dell'ASP di Cosenza con le Associazioni di volontariato*, con Deliberazione n. 209 del 27 febbraio 2020 che ha sostanzialmente previsto il rinnovo di tutte le convenzioni/accordi con le modalità previste dallo stesso Regolamento, considerato che “ *a seguito di una prima informale mappatura dei rapporti in essere con gli organismi di volontariato è emersa una realtà estremamente variegata, all'interno della quale, parallelamente ai rapporti formalizzati a livello centrale, si sono sviluppati nel tempo, a livello periferico o di singola Unità Operativa, numerosi rapporti di collaborazione che vedono impegnati i volontari in attività di supporto ai servizi*”. In questo contesto si ritiene di dover rafforzare la misura, così per come realizzata, prevedendo la pubblicazione delle Convenzioni stipulate con le Associazioni di Volontariato in apposita sezione del sito aziendale Amministrazione Trasparente/Dati

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Decesso intraospedaliero	Favorire particolari imprese nel servizio di pompe funebri	ALTO

Nel PTPCT anno 2023 era stata prevista la misura relative all'istituzione del registro segnalazioni anonime, ma tale misura non è stata applicate dai Responsabili delle strutture Ospedaliere, pertanto è necessaria la riproposizione per l'anno in corso;

Misura:

1. pubblicazione Convenzioni sottoscritte con Associazioni di volontariato ai sensi del Regolamento disciplinante i rapporti di collaborazione dell'ASP di Cosenza con le Associazioni di volontariato, approvato con Deliberazione n. 209 del 27 febbraio 2020, sul sito aziendale Amministrazione Trasparente/Dati ulteriori analogamente a quanto stabilito dall'art. 56 c. 3bis del D.L. 117 del 3 luglio 2017 (Codice del terzo settore);
2. registro segnalazione anonima eventi da parte di utenti.

Tempi di realizzazione: pubblicazione contestuale; registro entro aprile 2024;

Soggetto responsabile della misura 1: UOC Affari Generali ed Assicurativi.

Soggetto responsabile della misura 2: Direzioni PP.OO. Aziendali, Coordinamento Presidi.

Indicatore:

1. Report annuale del N° Convenzioni sottoscritte/n. Convenzioni pubblicate.
2. Istituzione registro segnalazioni anonime in ambito ospedaliero.

2.3.7. *Misure generali e trasversali di trattamento del rischio.*

Il processo di gestione del rischio ha visto la definizione delle misure generali e trasversali indicate nella vigente normativa e riportate, con ulteriori approfondimenti e raccomandazioni nei diversi Piani nazionali anticorruzione e la individuazione delle misure specifiche, di prevenzione e contrasto agli eventi rischiosi emersi nel corso della mappatura dei processi.

In questo contesto, le misure di carattere generale e trasversale, indicate nella normativa vigente e non ancora completamente definite a livello aziendale, per le quali si rende indispensabile, nel corso dell'anno 2024, perseguire la definitiva adozione sono le seguenti:

a) Rotazione ordinaria del personale

La problematica relativa alla rotazione del personale costituisce uno dei maggiori elementi di discussione e confronto fra punti di vista spesso non coincidenti se non in conflitto. Anche all'interno dell'ASP, la discussione su questo punto ha fatto emergere punti di vista diversi e rigidità legate sia alla rappresentazione di difficoltà oggettive nell'adozione della misura (carenza di personale) sia a resistenze culturali nell'assunzione di ruoli flessibili ed innovativi. Questa situazione non ha consentito finora di poter regolamentare la possibilità di adottare la misura, a nessun livello organizzativo, in quanto le proposte avanzate non hanno soddisfatto l'esigenza di conciliare le diverse posizioni e superato perplessità e resistenze presenti. Sulla problematica è intervenuta anche l'ANAC con la Raccomandazione nota prot. 8477 del 01.02.2019 inviata all'Asp in seguito a segnalazioni sulla irregolare gestione di alcune procedure di conferimento incarichi (vedi Area di rischio incarichi).

L'ASP si è impegnata ad approvare un Piano di Rotazione del personale, contestualmente all'approvazione del nuovo Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali, entro 90 giorni dal 18 marzo 2020, termine ridefinito al **15 febbraio 2021** con la nota prot. n. 128367 del 24.12.2020 con la quale l'Asp riscontrava la richiesta di informazioni e chiarimenti in sede di monitoraggio sul recepimento delle Raccomandazioni di cui alla nota prot. 8477 del 01.02.2019.

Il Piano doveva essere approvato sulla base di Linee Guida concordate con il RPCT (Delibera 338 del 18 marzo 2020 – art. 8 dell'Allegato), pertanto il RPCT ha trasmesso con nota 22036 dell'11.02.2020, la proposta dei criteri di rotazione, recepito integralmente nell'ambito del PTPCT 2021-2023 all'**allegato a)**. Ad oggi la misura non è stata applicata anche per difficoltà inerenti l'organizzazione aziendale e l'attesa del riordino derivante dal nuovo atto aziendale in corso di elaborazione da diverso tempo secondo le indicazioni regionali.

Misura: Sulla base delle suddette Linee Guida, pertanto, la Direzione Strategica dovrà adottare, in quanto non ancora adottato, il Piano di rotazione ordinaria del personale, che dovrà interessare tutti gli Uffici, individuando anche gli uffici e/o le figure professionali dove la rotazione sia possibile; dove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative ed adottate altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori ovvero l'articolazione delle competenze, c.d. *segregazione delle funzioni*: estensione dei meccanismi di

doppia firma, individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, lavoro in team, condivisione delle fasi procedurali.

Tempi di realizzazione: entro il mese di settembre 2024;

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Adozione Delibera/determina di recepimento del regolamento per la disciplina della rotazione ordinaria e straordinaria;

b) Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, da adottare successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*» misura che, nel caso dell'inchiesta "sistema Cosenza", è stata solo in parte adottata. La misura è in parte disciplinata nell'ambito dei Criteri di rotazione del personale dei cui all'allegato a), oltre che dalla Delibera Anac 215/19 «*Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001*» **che qui si recepisce integralmente.**

La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé). E' necessario che la rotazione straordinaria sia disciplinata e regolamentata, nel rispetto della normativa vigente.

Misura: regolamento per la disciplina della rotazione ordinaria e straordinaria;

Tempi di realizzazione: entro il mese di luglio 2024;

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Adozione Delibera/determina di recepimento del regolamento per la disciplina della rotazione ordinaria e straordinaria;

c) Inconferibilità/incompatibilità degli incarichi:

La disciplina è dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. La misura attuata, per come previsto dalla norma, è l'acquisizione delle *Dichiarazione di delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità* da parte dei soggetti incaricati.

Secondo quanto suggerito nel PNA, la regolamentazione interna della materia deve prevedere la definizione di adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica di tali dichiarazioni e di effettuare il monitoraggio delle singole posizioni soggettive, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione. Nell'esperienza maturata dall'Autorità, tra l'altro, in passato si è spesso riscontrato che la dichiarazione risulta acquisita in un momento successivo alla data di conferimento dell'incarico. Nel corso del 2023, si è riscontrato una acquisizione spesso contestuale, per cui la regolamentazione da adottare anche nel corso dell'anno 2024, pertanto, dovrà ancora prevedere che:

- ✓ la dichiarazione sia acquisita tempestivamente, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico;
- ✓ una successiva verifica entro un congruo arco temporale;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

- ✓ il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- ✓ la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Misura:

1. L'U.O.C. Gestione Risorse Umane è tenuta, al momento di conferimento e/o rinnovo di nuovi incarichi, a richiedere le dichiarazioni di esclusione dei motivi di inconferibilità e incompatibilità.
2. Annualmente dovrà richiedere la dichiarazione sull'incompatibilità.

La stessa struttura è altresì tenuta ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. Di tale attività riferirà annualmente al Responsabile Anticorruzione.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rese disponibili sul sito aziendale. Detta misura di trasparenza garantisce la possibilità del controllo sociale diffuso.

Tempi di realizzazione: tempestivo

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Relazione annuale al RPCT con indicazione del numero dichiarazioni acquisite/ numero incarichi conferiti e/o rinnovati nell'anno e numero verifiche effettuate a campione.

d) Disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del d.lgs. 165/2001 "*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*", introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del d.lgs. 39/2013, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

1) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

2) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

3) non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari e si raccorda con la disciplina di cui all'art. 3 del D.lgs. 39/13. Come precisato nel Piano Nazionale Anticorruzione, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, per tale dovendosi intendere, ai fini della disciplina in esame, anche la sentenza di patteggiamento per delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non

è ancora irrevocabile, vale a dire non è ancora passata in giudicato. Rilevano, pertanto, anche le sentenze pronunciate in primo grado e in appello per le quali non siano ancora decorsi i termini per proporre l'impugnativa. La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del d.lgs 165/2001 riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

Misura: Le Unità Operative Complesse Gestione V.S.F. Risorse Umane, Gestione Attività Tecniche e Patrimoniali, Provveditorato Economato e gestione logistica, Affari Generali, devono verificare la sussistenza di precedenti penali al momento della costituzione delle commissioni di concorso e per l'affidamento di commesse, in maniera tempestiva, mentre l'UOC Gestione V.S.F. Risorse Umane deve verificare la sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e sim.

Tempi di realizzazione: tempestivo

Soggetto responsabile: Le Unità Operative Complesse Gestione V.S.F. Risorse Umane, Gestione Attività Tecniche e Patrimoniali, Provveditorato Economato e gestione logistica, Affari Generali,

Indicatore: Relazione annuale al RPCT con indicazione del numero di verifiche effettuate/numero componenti, al momento della costituzione delle commissioni, e numero di verifiche effettuate su sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e sim.

e) Disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

L'art. 53 c. 16 ter del D.Lgs 165/01, per come modificato ed integrato dalla Legge 190/12, prevede che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

Misura: in relazione a quanto previsto anche nel nuovo Codice di comportamento aziendale, art. 24, comma 10, anche nel PTPCT 2023-2025 si stabilisce, quale misura di prevenzione, che l'ufficio risorse umane acquisisca apposita dichiarazione, ovvero clausola contrattuale, da parte del personale che negli ultimi tre anni di servizio ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per l'ASP, *“ di non svolgere, nei tre anni successivi, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'ASP svolta attraverso i medesimi poteri”*.

Soggetto responsabile: U.O.C. Gestione V. S.F. Risorse Umane; U.O.C. che gestiscono contratti con privati suscettibili;

obiettivi: a) acquisire un campione (il 40%) delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage con riguardo all'anno 2024; b) verifiche sul campione 50% stabilito rispetto alle dichiarazioni acquisite; c) acquisire dichiarazioni da soggetti privati contrattualizzati con ASP;

indicatori:

- a) numero delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite sul totale dei dipendenti cessati cui potenzialmente si applica il divieto di pantouflage;
- b) numero di verifiche effettuate rispetto al campione stabilito;
- c) n° dichiarazioni soggetti privati;

domande di verifica: a) sono state acquisite le dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage? quante dichiarazioni di impegno sono state acquisite sul totale dei dipendenti cessati?
b) quante verifiche sono state effettuate rispetto al campione X stabilito?

f) Codice di comportamento

Il nuovo Codice di comportamento aziendale è stato approvato con Deliberazione 34 del 21 gennaio 2021, **che si recepisce integralmente nell'ambito del presente Piano, quale misura di prevenzione della corruzione**, aggiornato a seguito della emanazione, da parte dell'ANAC, di nuove Linee Guida, elaborate sulla base dell'esperienza realizzata a partire dall'approvazione del DPR 62/2013, con le deliberazioni n° 358 del 29/03/2017 e successivo aggiornamento con deliberazione n° 177 del 19/02/2020.

Con deliberazione successiva n° 520 del 5/05/2021 è stato adottato il regolamento disciplinare.

Nel corso dell'anno 2021 e inizio 2022, per diffondere la cultura e la conoscenza del Codice di comportamento, sono stati effettuate giornate di formazione per tutti i dipendenti dell'ASP di Cosenza con la realizzazione del corso *“Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza”*.

In effetti la procedura di notifica del Codice di Comportamento ed acquisizione delle presa d'atto, ha interessato e coinvolto la maggior parte del personale dipendente a cui viene sottoposta la presa d'atto al momento della sottoscrizione del contratto.

Nell'elaborazione del Codice di Amministrazione, l'ASP ha tenuto conto delle esigenze locali e aziendali, così per come rilevate durante il lungo percorso di consultazione che ha visto la partecipazione diretta dei dipendenti, in particolare nell'ambito di iniziative di formazione, degli Organi di amministrazione e infine degli stakeholder interni ed esterni, ai quali è stata sottoposta una bozza del Codice, formalmente adottata e pubblicata sul sito aziendale (Delibera n. 951 del 14 ottobre 2020).

Lo sforzo che ha inteso fare l'ASP nell'elaborazione del Codice è stato quello di superare la visione che vede il dipendente pubblico assumere comportamenti standardizzati, di estrema correttezza formale ma slegati dagli obiettivi e dal contesto operativo della propria azienda ed area operativa e far emergere un profilo di dipendente che corrisponda a quello di un soggetto che vuole essere protagonista di una nuova tensione propulsiva che accompagni il cambiamento di prospettiva gestionale del sistema sanitario locale.

Pertanto, il primo obiettivo è stato quello di adottare e promuovere un modello etico – comportamentale per i dipendenti dell'Azienda.

Il secondo obiettivo è stato quindi quello di comunicare e condividere con il pubblico il modello etico – comportamentale definito, anche al fine di migliorare l'immagine dell'ASP all'esterno, attivando un circolo virtuoso di scambio con l'opinione pubblica.

Infine il Codice è stato elaborato in modo tale da rendere efficaci e sostenibili le previsioni regolamentari, identificando chiaramente le fattispecie comportamentali ed identificando, quando possibile, il percorso di accertamento delle responsabilità.

Il Codice dovrà essere revisionato periodicamente in relazione alle indicazioni, esigenze e normative sorgenti e implementato da misure attuative e attività complementari di formazione sensibilizzazione e monitoraggio sull'efficacia delle norme inserite. Infatti, al fine di adeguare ed aggiornare il Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, al DPR n. 81 del 13 giugno 2023 che ha modificato il DPR 62/2013, è stata predisposta apposita Appendice al Codice di comportamento di cui alla Delibera n. 34 del 21.01.2021 nella quale sono stati maggiormente specificati alcuni aspetti riguardanti l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione. L'Appendice è in corso di approvazione.

Tali misure, inserite nel PTPCT 2023-2025, e qui riconfermate, consistono in particolare:

- 1) Completamento e verifica della procedura di notifica del Codice ed acquisizione delle presa d'atto, in particolare per i soggetti non dipendenti ai quali le previsioni sono estese, *per quanto compatibili*, ai sensi dell'art. 2 c. 3 del DPR 62/13.

Nel complesso, per tali tipologie si registra negli adempimenti un miglioramento progressivo negli anni, nel rispetto delle previsioni del Codice e della loro efficacia, per cui :

- ✓ le notifiche del nuovo Codice di comportamento ai soggetti che svolgono attività relative ad affidamento di lavori, servizi e forniture risultano devono essere implementate, con acquisizione della prevista presa d'atto.
- ✓ Nel corso dell'anno 2022 e 2023 risultano effettuate notifiche ed acquisite prese d'atto da parte dei soggetti che svolgono attività di consulenza, collaborazione o intrattengono comunque rapporti con l'Asp;
- ✓ risultano ancora poche le notifiche ed acquisizione di prese d'atto da parte di Associazioni non profit che intrattengono rapporti con l'ASP;

Si dovrà quindi porre particolare attenzione **alla notifica ed acquisizione delle prese d'atto a tutti i soggetti esterni, da parte di tutte le Unità Operative interessate**, segnalando eventuali difficoltà oggettive relative all'acquisizione della presa d'atto o eventuale rifiuto.

Nei confronti di questi soggetti, il Codice prevede altresì l'obbligo di **inserimento**, con specifica responsabilità disciplinare del dirigente inadempiente, nei provvedimenti di incarico e nei contratti di collaborazione, consulenza e servizi **di apposite clausole di risoluzione o decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice**. Tali obblighi dovranno essere specificatamente indicati nei provvedimenti, in quanto giudicati compatibili, ad esempio attraverso il richiamo esplicito degli artt. rivolti ai destinatari del Codice, oppure attraverso una ulteriore e più precisa declinazione degli obblighi del Codice, coerenti con la tipologia di prestazione che il soggetto esterno si impegna ad assicurare. L'approfondimento di tale ulteriore specifica costituisce una misura del PTPCT 2024 – 2026, con la **definizione, in collaborazione con le competenti Unità Operative, di Schemi – tipo di formule/obblighi da inserire nelle diverse tipologie di contratto**. Il Codice prevede altresì che si possano stabilire, in sede contrattuale, ulteriori obblighi, individuati sulla base del tipo di collaborazione prestata.

Per quanto riguarda i Contratti di lavori e forniture di beni e servizi, l'impegno all'osservanza del Codice risulta strettamente connesso al rispetto del **Patto d'integrità**, approvato dall'ASP nell'ambito del PTPCT 2018 – 2020 (Delibera n. 161 del 31.01.2018) che costituisce parte integrante e sostanziale dei Documenti di gara da sottoporre al fornitore.

In relazione al rispetto delle previsione del Codice di Comportamento da parte di soggetti esterni, l'art. 2 del Codice di Amministrazione inserisce anche “i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici dei servizi territoriali e medici

dell'emergenza sanitaria territoriale, per quanto compatibile con le convenzioni vigenti” e gli “specialisti ambulatoriali interni (medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi) per quanto compatibile con le convenzioni vigenti”.

Al fine di assicurare la massima efficacia delle previsioni del Codice si vuole promuovere nell'ambito del PTPCT una misura di monitoraggio a campione nei confronti del personale convenzionato, personale esterno, con verifica anche delle previsioni contrattuali.

2) Attività di informazione, sensibilizzazione, formazione.

1. Livello informativo: pubblicazione in apposito spazio sul sito aziendale, con link sulla Home page, di schede informative sugli articoli del Codice anche in relazione ad eventuali violazioni registrate nell'ASP – a cura dell'Ufficio RPCT;
2. Livello di sensibilizzazione: con l'organizzazione webinar/incontri online su temi/aree specifiche del Codice ed incontri tematici ed altre forme interattive, di gruppo o di consulenza individuale, ad organizzazione diretta da parte dei Responsabili delle strutture, in collaborazione con gli Animatori dell'integrità;

g) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.

Il PTPCT 2021 – 2023, approvato con Deliberazione n. 553 del 12 maggio 2021 ha pertanto previsto di procedere alla revisione/aggiornamento della Procedura di regolamentazione conflitto d'interessi del personale dipendente, *“inserendo ulteriori elementi che possano determinare un incremento dell'efficacia, responsabilizzando i Direttori delle macrostrutture e prevedendo azioni di responsabilità per i soggetti inadempienti negli obblighi di comunicazione e di controllo/vigilanza”*. Con atto deliberativo n° 1452 del 14/10/2021 è stato approvato l'aggiornamento e la revisione della procedura di regolamentazione del conflitto di interesse che, acquisita come misura di prevenzione, deve essere applicata in modo puntuale da tutto il personale interessato. I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale. Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile utilizzando l'apposita modulistica predisposta dal RPCT ed allegata alla deliberazione n° 1452/2021 di approvazione del regolamento.

h) Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

L'ASP, con Delibera n. 3201 del 05.12.2013 ha adottato specifico Regolamento che stabilisce una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. E' prevista una attività di monitoraggio annuale sulle autorizzazioni rilasciate relativamente a:

- Incarichi gratuiti che non necessitano di autorizzazione per partecipazione a convegni e seminari in qualità di docenti;
- Incarichi retribuiti che non necessitano di autorizzazione per partecipazione a convegni e seminari;

- Perizie e consulenze tecniche d'ufficio (CTU) conferite dall'autorità giudiziaria che non necessitano di autorizzazione;
 - Richieste autorizzazioni per lo svolgimento di prestazioni retribuite, a favore di soggetti sia pubblici che privati, svolte saltuariamente ed occasionalmente dal personale di ogni qualifica e profilo;
 - Richieste autorizzazioni pervenute relativamente alle perizie e consulenze tecniche di parte (CTP) rese davanti autorità giudiziaria che necessitano di autorizzazione;
- L'attività di monitoraggio costituisce Misura fondamentale anche per l'anno 2024.

i) Patti di integrità negli affidamenti.

Il Patto di Integrità è stato sviluppato da Transparency International negli anni '90 con l'obiettivo di aiutare governi, economia e società civile nella lotta alla corruzione nel settore degli approvvigionamenti pubblici, dotando le amministrazioni di uno strumento aggiuntivo deterrente contro la corruzione, che compensi meccanismi legislativi a volte incompleti o funzioni di controllo e/o repressione spesso lente ed inefficaci. Il Patto d'integrità è stato formalmente recepito dalla Legge 190/12 e dettagliato nel P. N.A, come misura obbligatoria efficace da utilizzare nell'azione di contrasto alla corruzione. Nell'ambito del PTPCT 2018 – 2021 è stato adottato il Patto d'integrità dell'ASP di Cosenza, recependo il documento elaborato da un gruppo di lavoro appositamente costituito, secondo le previsioni del PTPCT 2017 – 2019. Si ritiene necessario procedere anche nel 2024 al **monitoraggio a campione** relativo all'inserimento del Patto di integrità recepito nel PTPCT anno 2018-2020, aggiornato con riferimenti alla normativa vigente, nei documenti di gara da sottoscrivere ed alla verifica di eventuali violazioni, ai fini della conferma di efficacia.

j) Disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

L'ASP ha di recente (inizio anno 2022) adottato un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi *device*, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alla Legge 179/2017 ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con delibera 469/2021.

La soluzione, attivata ad inizio 2023, consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc. Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi.

Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di “dialogare” con il segnalante “mediante la soluzione”, quindi senza conoscerne l'identità.

Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento.

Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione, attraverso il link pubblicato sul sito dell'ASP e opportunamente comunicato a tutti i dipendenti, unitamente al manuale di utilizzo.

Da segnalare che attualmente è stata sospesa l'assistenza informatica specializzata;

Di seguito le funzionalità implementate:

➤ **fase di avvio**

- dichiarazione al sistema dei dati di contatto, oltre che del RPCT, dei soggetti che potrebbero, se attivati dal RPCT, accedere alle segnalazioni (OIV, UPD) in fase di gestione;
- dichiarazione al sistema dei soggetti che potenzialmente potrebbero procedere alla presentazione delle segnalazioni:
 - fase di **registrazione** che avviene da web, accertandosi dell'identità del segnalante attraverso autenticazione OTP (One Time Password), acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo;
 - fase di verifica dell'identità dei dati dell'utente registrato ed abilitazione al servizio;

➤ **fase di presentazione**

- l'utente abilitato può, quindi, accedendo al sistema sempre in ambiente web, completare il modello di segnalazione reso disponibile;
- completata la compilazione si otterrà **conferma dell'identità** del segnalante al momento dell'**invio** della segnalazione (via OTP);
- immediato **disaccoppiamento** dei dati del segnalante da quelli della segnalazione; tutti i dati vengono mantenuti crittografati e conservati su server distinti;
- **invio di notifica** di avvenuto deposito della segnalazione al RPCT (sms/email);

➤ **fase di gestione**

il RPCT avrà accesso immediato SOLO ai dati della segnalazione, in chiaro ed in forma “volatile” (cioè a chiusura della sessione non è più disponibile la segnalazione in chiaro) e potrà:

- **chiedere integrazioni** e “dialogare” con il segnalante senza conoscerne l'identità. E', infatti, il sistema a “recapitare” le richieste al segnalante, ed a procedere all'inoltro al RPCT degli eventuali riscontri ottenuti;
- **decidere l'archiviazione** (l'archiviazione viene notificata al segnalante);
- **inviare, per l'eventuale avvio dei rispettivi procedimenti**, la segnalazione: all'OIV, all'UPD e/o alle Procure di Corte dei Conti e/o Tribunale.

L'invio ai **soggetti interni**, pre-dichiarati al sistema, viene notificata via sms/email e saranno tracciati tutti gli accessi alla segnalazione con immediato report al RPCT. Il sistema consente ai soggetti interni di dichiarare lo stato del procedimento avviato, allegando atti e documenti utili. L'invio ai soggetti esterni avverrà con le modalità e le cautele previsti dalla norma.

k) Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

L'importanza e obbligatorietà di tale misura di supporto alla realizzazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza è stata più volte sottolineata e ribadita nei diversi Piani Nazionali Anticorruzione pubblicati (PNA) Tale misura è stata ampiamente utilizzata negli anni scorsi ed ha sicuramente raggiunto l'obiettivo di far conoscere il sistema di prevenzione della corruzione e sensibilizzare i dipendenti sulle tematiche relative all'etica ed all'integrità.

Per la problematica relativa alle misure precauzionali adottate per l'intero anno 2021 e 2022, il programma di formazione svolto ha previsto la realizzazione di un solo Corso residenziale generale, relativo al Codice di comportamento aziendale; per il 2024, per le mutate condizioni, le attività formative potranno essere erogate in modalità a distanza/elearning, ovvero in presenza, attraverso l'adesione ai Corsi in materia di trasparenza/anticorruzione/formazione specifica nelle aree di rischio da parte della SNA e altre istituzioni pubbliche o autorganizzati, accedendo a piattaforme messe a disposizione dell'ASP o noleggiare all'occorrenza, anche con modalità semplificate e flessibili, comunque senza accreditamento in ECM, ovvero, nel caso di tematiche specifiche da approfondire

che interessano settori e casi specifici, anche in formazione residenziale all'interno dell'Azienda o all'esterno.

FORMAZIONE GENERALE

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Partecipazione ad attività di formazione organizzata dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche. Incontri di formazione organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della prevenzione delle corruzione e della trasparenza. Redazione PIAO.	Responsabile Trasparenza e prevenzione della corruzione e Ufficio RPCT. Dirigenti/ funzionari operanti nelle aree a rischio.	€ 6.000,00
Attività di formazione specifica sul "Processo di identificazione, analisi, valutazione del rischio corruzione-trattamento".	Strutture amministrative ASP, in particolare area Legale, G.R.E.F, Gestione personale, area Tecnico-patrimoniale, acquisizione beni e servizi.	1.000,00
Percorso formativo su: Trasparenza: pubblicazioni obbligatorie; pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i."	Responsabili della pubblicazione dei dati di cui all'allegato 3	1.000,00

Il Corso di formazione sul "processo di identificazione, analisi, valutazione e trattamento del rischio corruzione" si ritengono necessari ed indispensabili per approfondire le conoscenze di base ed affrontare alcune tematiche relative a casi aziendali, con coinvolgimento del personale dell'area amministrativa a maggior rischio, al fine di chiarire l'importanza di una corretta e completa mappatura ed analisi del rischio corruttivo a quelle strutture ancora poco rispondenti e collaboranti alle sollecitazioni da parte del RPCT.

I beneficiari del Corso saranno i dipendenti afferenti alle strutture che, nell'ambito della mappatura dei processi, hanno rilevato scarsa disponibilità e capacità di incidere sulle attività oggetto dell'aggiornamento.

Il "Percorso formativo sulla Trasparenza ai responsabili della pubblicazione dei dati si rende necessario in risposta ad oggettive difficoltà ed anche alla segnalazione ANAC su pubblicazioni dei dati di consulenti e collaboratori nel corso del 2021, per cui l'RPCT ha proposto una rimodulazione della gestione di tali pubblicazioni, approvata dall'ASP con deliberazione n°510 del 21/03/2022.

FORMAZIONE SPECIFICA E LEARNING

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Partecipazione ad attività di formazione sulla segnalazione di illecito da parte del Dipendente (Whistleblowing). Digitalizzazione del processo. Attività formativa autorganizzata in modalità a distanza/learning. Conflitto di interesse, inconfiribilità, incompatibilità	Dirigenti e dipendenti dell'ASP di Cosenza a maggior rischio	1.000

L'attività formativa si rende necessaria alla luce della nuova organizzazione della gestione delle segnalazioni di illecito che l'RPCT, con il supporto di personale qualificato esterno per la gestione informatica, ha avviato già all'inizio dell'anno 2022, e che è stato attivato attraverso il sito wb33 a disposizione dei dipendenti.

Fra le misure **generali e trasversali** che si intende implementare, cogliendo tutte le occasioni offerte dalla normativa e dal processo di riorganizzazione aziendale, promuovendo anche una integrazione della programmazione, sono quelle di **semplificazione dell'attività amministrativa, di digitalizzazione dei processi, di regolamentazione, di controllo, di definizione PDTA, tutte capaci di assumere un ruolo fondamentale e propulsivo delle attività di trasparenza e prevenzione della corruzione.**

Infine, le misure specifiche sono state individuate e progettate nell'ambito di ogni area di rischio ed in corrispondenza al processo operativo preso in considerazione. Le misure sono dettagliatamente illustrate nell'allegato 2).

2.3.8. Trasparenza.

E' la sezione del PIAO che riguarda la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza amministrativa. Essa costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n° 20/201918, laddove considera la legge 190/2012 "*principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione*".

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholder*, sia esterni che interni.

Le amministrazioni che sono tenute ad adottare il PIAO osservano gli obblighi di pubblicazione disciplinati dal d.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente, da attuare secondo le modalità indicate dall'Autorità nella delibera n. 1310/2016 e nell'Allegato 1) alla stessa.

Il legislatore, sin dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 33/2013, ha previsto che nei PTPCT sia predisposta una specifica programmazione, da aggiornare annualmente, in cui definire i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

In tale programmazione rientra anche la definizione degli obiettivi strategici, compito, affidato all'organo di indirizzo dell'amministrazione. La promozione di maggiori livelli di trasparenza, infatti, costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, **caratteristica essenziale** della sottosezione PIAO "Trasparenza" i **soggetti responsabili** di ognuna delle citate attività (elaborazione, pubblicazione, aggiornamento, depubblicazione dei dati e monitoraggio sull'attuazione degli obblighi) sono specificati **nell'allegato 3 del presente PTPCT 2023-2025 e coincidono con i Direttori/Responsabili delle Strutture Responsabili** individuate nello stesso allegato 3. Nel corso dell'anno 2023 sono ulteriormente migliorati i livelli di trasparenza dati dal maggiore assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale e si sono create le condizioni per assicurare un flusso continuo e regolare di informazioni da pubblicare. Questo anche in virtù della individuazione dei Responsabili della pubblicazione dei dati, elencati nell'allegato 3) del PTPCT 2021 e della costante attività di monitoraggio e segnalazione delle inadempienze. Nel corso dell'anno 2023 sono stati apportati miglioramenti alla sezione del sito aziendale Amministrazione Trasparente, ed attivata la Casa di Vetro, al fine di rendere più accessibili le informazione. La stabilizzazione del flusso consentirà inoltre la definitiva regolamentazione dell'attività.

L'obiettivo strategico che si intende perseguire anche nell'anno 2024 rimane comunque quello di rendere definitivi certi e stabili i flussi di trasmissione e pubblicazione obbligatoria, individuando responsabilità specifiche per ogni struttura con obbligo di pubblicazione ed assicurando i necessari supporti tecnologici.

Pertanto per l'anno 2023, ci si propone di

- ✓ Implementare il sistema informatico intuitivo, (casa di Vetro) che permette l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione direttamente da parte dei responsabili della pubblicazione individuati nelle strutture interessate sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ completare l'attività di rilevazione, schedatura e pubblicazione dei procedimenti amministrativi, implementando il Catalogo di cui all'allegato 1);
- ✓ adempiere agli obblighi di pubblicazione attraverso la trasmissione dei dati sulle Banche dati nazionali oltre che sul sito aziendale; .
- ✓ implementare gli adempimenti relativi all'inserimento degli **incarichi di consulenza e collaborazione**, di cui all'art. 15 D.Lgs 33/13, all'Anagrafe delle Prestazioni, al fine di superare le precedenti criticità.

In merito al primo punto è stata attivata la sezione **"Casa di vetro"**, da parte del SIA, con il supporto tecnico dell'operatore dell'ufficio RPCT per la messa a regime del sistema; tale sistema permette a ciascun operatore, eventualmente individuato dal Responsabile della struttura tenuta all'obbligo e che produce il dato da pubblicare, di renderlo direttamente disponibile ai sensi del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" tramite accesso diretto con credenziali personalizzate. Il sistema è operativo dai primi mesi del 2023. Il Direttore/Responsabile della struttura tenuta all'obbligo potrà comunicare all'RPCT periodicamente **l'elenco aggiornato** dei nominativi dei **personale individuato all'interno** della struttura per le attività previste (produzione, elaborazione, aggiornamento, pubblicazione/depubblicazione dei dati e monitoraggio) per l'attuazione degli obblighi. A tal proposito **nel presente PIAO si recepisce l'allegato 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023** (Allegato 3/A PIAO), relativo all'elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "Amministrazione Trasparente", **sotto sezione 1° livello – Bandi di gara e contratti** – che è sostitutivo degli obblighi elencati per la stessa sottosezione nell'allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e delibera ANAC n° 1134/2017 nonché l'allegato 3/A del PIAO 2023. I nominativi di cui all'allegato 3 del presente PIAO saranno aggiornati successivamente, fermo restando il rispetto dell'adempimento da parte delle strutture tenute all'obbligo di pubblicazione.

Per ciò che attiene gli adempimenti relativi all'inserimento degli incarichi di consulenza e collaborazione, nel corso del 2022, al fine di ottimizzare il rispetto degli obblighi, è stato necessario ridefinire l'attività dell'Anagrafe delle prestazioni, riportandola nell'ambito, coerente ed appropriato, dell'articolazione organizzativa del Dipartimento Tecnico amministrativo; a tal proposito con delibera n° 510 del 21 marzo 2022 con all'oggetto: *"Riordino attività anagrafe prestazioni e procedure inserimento dati su Banca dati sistema PerlaPA incarichi a dipendenti e consulenti. Modifica misure deliberazione n° 161/2018, allegato c) punto 5 – Repertorio dei contratti esterni"* è stata approvata dall'ASP di Cosenza la misura organizzativa, proposta dal RPCT, e la stessa, già resa operativa, dovrà essere a regime nel corso dell'anno 2024 in quanto per l'inserimento di consulenti e collaboratori si registrano ancora incompletezze per l'area di inserimento relativo all'U.O. risorse umane,.

Con tale riordino è stato individuato il Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo, o suo delegato, quale Responsabile per gli adempimenti relativi all'Anagrafe della Prestazioni PerlaPA (RPPA), e stabilito che la Struttura che provvede all'affidamento degli incarichi è anche responsabile

dell'inserimento dei dati sul sistema Perla PA attraverso l'accesso diretto al sistema, tramite credenziali personali, da parte dell'inseritore dedicato e individuato da ogni struttura con l'obbligo di pubblicazione del dato.

L'adempimento sulle banche dati nazionali, in alcuni casi, come per sistema PerlaPA, consente di soddisfare anche l'obbligo di pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente" dell'ASP di Cosenza tramite collegamento al link.

Per le situazioni diversificate di residuo inadempimento di alcuni importanti obblighi di legge, purtroppo ancora presenti, l'obiettivo sarà quello di tendere alla riduzione del fenomeno, insistendo sulla individuazione e pubblicizzazione delle responsabilità, anche al fine di consentire a chiunque di voler proporre segnalazioni o richieste di **accesso civico**.

In merito a tale strumento, sono state create le condizioni per facilitarne l'utilizzo ed è stato individuato un Referente dell'accesso civico nella persona della **Dott.ssa Carolina Tassone**, ai sensi dell'art. 24 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP.

Inoltre, e questo vale per ogni obbligo di pubblicazione, l'Azienda Sanitaria dovrà continuare ad effettuare un grande sforzo per aumentare la qualità delle informazioni da pubblicare, ai sensi dell'art 6 del Dlgs 33/13 e soprattutto di pubblicare informazioni, dati e documenti, in termini di adozione di formati aperti e riutilizzabili, ai sensi dell'art. 7 Dlgs 33/13.

Nell'anno 2024 tutti i dati, documenti, informazioni pubblicati sul sito aziendale, non ancora conformi, dovranno essere pubblicati con uno standard di almeno tre stelle (Open Licence, Readable, Open Format) della scala di Tim Berners Lee, per come rivisitata dall'AgID nelle *Linee Guida per la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico – 2016*. Tutti i dati, documenti, informazioni già pubblicati in formati non corrispondenti a tale standard, dovranno, nel corso dell'anno, essere pubblicati anche in tale standard.

Per quanto riguarda l'accesso civico generalizzato è stata completata la realizzazione della **Rete dei referenti per l'Accesso civico generalizzato**, per come previsto dall'art. 28 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP, che costituisce il secondo grande pilastro del sistema della Trasparenza ai fini della programmazione coordinata delle iniziative di accesso, di formazione e autoformazione, di scambio e collaborazione, "centro di competenza" e supporto ai servizi, di analisi congiunta e assistita delle richieste di accesso che perverranno.

Rete dei Referenti per l'accesso civico generalizzato:

STRUTTURA	REFERENTE	QUALIFICA
Dipartimento di Staff		
Dipartimento Amministrativo	Dott.ssa Giovanna Borromeo	Dirigente Amministrativo
Distretto Sanitario Vallecrati	Sig.ra Elena Labonia	CPS Tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico
Distretto Sanitario Esaro - Pollino	Dott. Ferdinando De Noia	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Tirreno	Dott.ssa Debora D'Acunzo	Collaboratore Amministrativo Prof.le Esperto

Distretto Sanitario Ionio Nord	Dott.ssa Antonia Bellitti	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Ionio Sud	Dott. Vito Saccone	Collaboratore Prof. le Assistente Sociale
Distretto Sanitario Cosenza – Savuto	Dott.ssa Flora Andreoli	Assistente Sociale Specialista
Dipartimento Salute Mentale	Dott.ssa Rosa Laratta	Collaboratore professionale sanitario Infermiere
Dipartimento di Prevenzione	Dott. ssa Valentina Battendieri	Comparto sanità

Per il riesame delle richieste di accesso civico generalizzato, in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine previsti, per come previsto dall'art. 33 del medesimo Regolamento, il RPCT si avvale del supporto del Referente per l'accesso Civico e del Responsabile della Privacy (DPO) dell'Azienda Sanitaria.

In materia di accesso (documentale, civico, civico generalizzato – FOIA), è stato poi istituito il Registro degli accessi, implementato dalle informazioni provenienti aziendali. I dati di monitoraggio relativi alla implementazione del Registro non sono ancora soddisfacenti in quanto la maggior parte delle strutture non trasmette dati e non riscontra negativamente la richiesta. Non si ha pertanto una situazione chiara e definitiva delle richieste di accesso pervenute e trattate.

Purtroppo, tale problematica non potrà essere risolta definitivamente fino a quando non si procederà alla elaborazione automatica del Registro degli accessi, attraverso l'implementazione del sistema del Protocollo informatico e dei flussi documentali con i programmi specifici che interessano il sistema degli accessi, per come raccomandato dal Dipartimento per la Funzione Pubblica.

Nel corso dell'anno 2024 ci si propone quindi di:

- ✓ sostenere l'implementazione del sistema del Protocollo informatico e dei flussi documentali con i programmi specifici che interessano il sistema degli accessi;
- ✓ aggiornare il *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato* di cui alla Delibera 1360 del 10 luglio 2017 al fine di superare alcune criticità di tipo sostanziale ed organizzativo quali: a) ridefinire compiti e responsabilità nel sistema degli accessi; b) definire il ruolo del DPO/Ufficio Privacy nell'ambito del FOIA; c) raccordare le modalità di richiesta di accesso con il nuovo sistema aziendale dei flussi documentali; d) ridefinire il ruolo dei Referenti per l'accesso civico e creare il Centro di competenza Aziendale.

In materia di **Open data**, nei prossimi anni si intende recepire la normativa europea e nazionale sulla valorizzazione del patrimonio informativo pubblico, così per come indicato nelle Linee Guida Nazionali formulate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Agenzia per l'Italia Digitale e seguire gli standard condivisi a livello internazionale.

2.3.9. Monitoraggio del PTPC sull'attuazione e sull'idoneità delle misure

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento dello strumento di programmazione (sia esso sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o PTPCT) è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. L'ASP di Cosenza intende rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato. Le attività di monitoraggio periodico, riguarderà le seguenti attività:

- a) crono programma di realizzazione delle azioni previste dal PTPCT e dalle singole misure;
- b) adempimenti di pubblicazione ai sensi del Dlgs 33/13;
- c) diffusione ed attuazione Codice di Comportamento.

I dati di monitoraggio sullo stato di attuazione del PTPCT anno 2024 saranno rilevati dai Referenti RPTC sulla base di schede appositamente predisposte dall'Ufficio RPCT. Le attività di monitoraggio avranno quindi come esito la stesura di un Report sullo stato di avanzamento della realizzazione delle misure previste nel PTPCT, elaborato entro il mese di dicembre, ovvero semestrale in relazione alla carenza di personale presso l'ufficio RPCT, che sarà trasmesso al Direttore Generale e alla O.I.V. e pubblicato sul sito www.asp.cosenza.it perché possa essere visionato dall'ANAC, dai servizi coinvolti nella realizzazione del Piano, dagli stakeholder interni ed esterni.

La responsabilità del monitoraggio è prevista su più livelli: nel monitoraggio di primo livello l'attuazione spetta ai referenti del RPCT e/o Direttori/Responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure, in autovalutazione; comunque il RPCT potrà richiedere documenti, informazioni e/o qualsiasi elemento che possa comprovare l'effettiva azione svolta e autovalutata. Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione è compito del RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno se presenti.

La frequenza del monitoraggio, è prevista almeno annuale, e qualora possibile, secondo disponibilità di risorse umane, anche semestrale.

Per effettuare il monitoraggio saranno predisposte delle schede di monitoraggio in cui indicare, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, le cause (ove conosciute) che li abbiano determinati e le iniziative che si intendono intraprendere per correggerli;

L'obiettivo del RPCT dell'ASP di Cosenza nel triennio sarà comunque quello di realizzare un monitoraggio costante, attraverso l'adozione di un sistema di controllo di gestione informatizzato e integrato, delle misure.

a) Metodologia di elaborazione del PTPCT, coordinamento ed integrazione con la programmazione aziendale.

Il PTPCT è un documento di natura programmatica complessa e articolata per il quale risulta necessario **stabilire reali collegamenti con gli altri livelli di programmazione presenti nell'ASP e coinvolgere gli Stakeholder interni ed esterni.**

Per quanto riguarda la programmazione interna, il PTPCT si integra, per come previsto dalla vigente normativa, nel PIAO, che assorbe il **PTPCT ed il Piano della Performance.**

In seguito all'approvazione degli atti di programmazione si provvederà quindi ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, le misure individuate e progettate per l'attuazione del PTPCT nel duplice versante della:

- performance organizzativa (art. 8 d.lgs. n. 150/2009)
- performance individuale (art. 9 d.lgs. 150/2009).

Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione, individuati nella sezione PCT e negli atti programmatici relativi alla sezione della Performance organizzativa, si darà conto nell'ambito della Relazione della performance (art. 10 d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, si verificheranno i risultati raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Relativamente alla performance individuale, gli obiettivi e le relative attività da perseguire per la prevenzione dei fenomeni corruttivi saranno oggetto di valutazione da parte del dirigente responsabile della struttura competente.

A seguito della Nomina del Responsabile della transizione digitale e di costituzione del relativo Ufficio (Determina del Commissario Straordinario n. 181 del 12 marzo 2020) si è resa utile e opportuna anche una integrazione con le misure del **Piano per la transizione al digitale** in considerazione della grande valenza che riveste l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione dei processi/procedimenti nella prevenzione della corruzione.

b) Comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Tutte le comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed ogni altra informazione relativa alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione, rivolte ai servizi interni, avverranno esclusivamente con la pubblicazione sul sito aziendale, che tutti i dipendenti, ognuno nel suo ruolo, hanno l'obbligo di consultare periodicamente quale adempimento attuativo dell'art. 17 c. 13 del Codice di Comportamento aziendale, sulla home e nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Piano Triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza", accessibile attraverso il collegamento

- http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=programma_trasparenza_integrita

2.3.10. Monitoraggio sulla trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione/ente ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati; se non siano stati disposti filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca *web* di indicizzare ed effettuare ricerche, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente; se i dati e le informazioni siano stati pubblicati in formato di tipo aperto e riutilizzabili.

Gli esiti sui monitoraggi svolti sia sulle misure di trasparenza adottate che sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non è direttamente responsabile di tutto il monitoraggio in quanto nella programmazione delle attività per assicurare la trasparenza, sono individuate le strutture responsabili della pubblicazione cui è attribuito il monitoraggio di primo livello (Allegato 3 del PIAO). Questo aspetto organizzativo è definito tenendo conto della tipologia di informazioni, delle dimensioni della struttura e del numero di uffici coinvolti. In altre parole, il sistema organizzativo, per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti.

Il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC va inquadrato nell'ottica di partecipare alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione/ente. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

La frequenza del monitoraggio, è prevista almeno annuale, e qualora possibile, secondo disponibilità di risorse umane, anche semestrale.

Una possibile modalità operativa per lo svolgimento dell'attività di monitoraggio è quella di predisporre report specifici da parte dei soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati secondo le indicazioni del RPCT e indirizzati a quest'ultimo.

In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione all'ufficio di disciplina, cui trasmette anche i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di trasparenza, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Di ciò informa anche il vertice politico dell'amministrazione, o l'OIV o la struttura con funzioni analoghe ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43, co. 5, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, co. 7, l. n. 190/2012).

Da ultimo, si aggiunge che gli esiti di tutte le verifiche svolte dal RPCT, in coordinamento con l'OIV, rappresentano uno strumento importante di supporto per la valutazione da parte degli stessi organi di indirizzo politico dell'efficacia delle strategie di prevenzione perseguite in vista della elaborazione, da parte di questi, degli obiettivi strategici alla base della pianificazione.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ha redatto il *“Disciplinare sulla protezione delle persone fisiche riguardo al trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi diffusi per finalità di pubblicità e trasparenza”* ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 e del Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento (UE) 2016/679 (RPD o GDPR) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Il documento riporta le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nei casi in cui effettuano la diffusione di dati personali sui propri siti web istituzionali, ed è stato prodotto in una forma sintetica ma dettagliata con esemplificazioni sul tema e chiarimenti pratici in modo da rispondere alle necessità dei dipendenti addetti alla pubblicazione sul sito istituzionale.

In riferimento a casi esaminati unitamente dall'ufficio del RPCT e dall'ufficio privacy dell'ASP CS (pubblicazione dei curricula) si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, lo stralcio delle indicazioni contenute nel disciplinare:

“L'obbligo di pubblicazione del curriculum non giustifica la diffusione di tutti i contenuti astrattamente previsti nel modello europeo, ma solo quelli pertinenti rispetto alle finalità di trasparenza perseguite. In tale prospettiva, si considerano pertinenti le informazioni riguardanti i titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative (es. gli incarichi ricoperti), nonché le ulteriori informazioni di carattere professionale (es. Conoscenze linguistiche, competenze nell'uso delle tecnologie, partecipazione a convegni e seminari, redazione di pubblicazioni da parte dell'interessato)”.

Anche al fine di ridurre il rischio di c.d. furti di identità, non devono formare oggetto di pubblicazione dati eccedenti, quali ad esempio la foto, i recapiti personali o il codice fiscale dell'interessato (...).

Il documento sarà comunque sottoposto all'attenzione sia del personale ASP che si occupa della redazione dei documenti oggetto di pubblicazione che dei dipendenti addetti alla pubblicazione sul sito istituzionale (Allegato 3 e 3/B), che nel corso del 2024 sarà coinvolto ufficialmente nei processi di pubblicazione in Amministrazione trasparente, attraverso le attività formative per l'implementazione della "Casa di vetro".

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Dal punto di vista organizzativo l'azienda presenta il seguente organigramma:



La struttura organizzativa aziendale rappresentata è attualmente in corso di rimodulazione per la riorganizzazione necessaria in applicazione dell'atto aziendale che è rimasta incompiuta, ed anche perché è attualmente in corso la revisione dello stesso.

La sfida che si intende affrontare, è quella di potenziare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo "virtuoso" di arricchimento in *progress* del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente.

Per quanto riguarda il personale oltre il 70% di quello dipendente ha un'età uguale o superiore a 50 anni, per il resto la carenza di personale medico e del comparto, nonché di personale amministrativo adeguato, condizionano fortemente il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi sia in campo sanitario (ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche, prestazioni di laboratorio e di radio-diagnostica, nonché prestazioni di assistenza domiciliare) che in campo amministrativo (sviluppo di procedure di gara, svolgimento concorsi per assunzione di personale, definizione del contenzioso, gestione dei flussi informativi, sviluppo di procedure amministrativo-contabili).

3.1.1. La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.

L'ASP di Cosenza è articolata in:

- Distretti Sanitari;
- Presidi Ospedalieri;
- Dipartimenti;
- Strutture operative complesse;
- Strutture operative semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture operative semplici nell'ambito di struttura operativa complessa.

Macro articolazione organizzativa.

L'A.S.P. di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa:

a) Distretti Sanitari:

I Distretti Sanitari dell'ASP di Cosenza sono attualmente sei e derivano dall'accorpamento di tredici Distretti esistenti nelle vecchie Asl, avvenuto nel rispetto delle linee guida regionali e per come di seguito specificato:

- Distretto 1 "Tirreno";
- Distretto 2 "Pollino-Esaro" con il CAPT/CdS di Lungro, Mormanno e S. Marco A.;
- Distretto 3 "Ionio Nord" con l'Hospice di Cassano;
- Distretto 4 "Ionio Sud" con il CAPT/Casa della salute di Cariati;
- Distretto 5 "Valle Crati";
- Distretto 6 "Cosenza –Savuto" con S.G.F.

b) Presidi Ospedalieri:

I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011, 106/2012, DCA n° 9/2015 e DCA n°64/2016 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nell'ASP di Cosenza sono:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di Acri;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore;
- Ospedale di Trebisacce secondo il DCA n° 64/2016, e successiva delibera n° 2 e 3/2021 del Commissario ad Acta;
- Ospedale di Praia a mare come da sentenza n° 1153 del 2017 - III sez. Cons. di Stato e da decreto Ministero e Configurazione Commissario ad ACTA e successiva proposta di riconfigurazione di cui alla delibera ASP 1030/21;

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere è stata rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e dell'atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017 e DCA 91/2020.

c) Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

c.1) Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Amministrativo/Tecnico-Logistico;

c.2) Dipartimenti/Aree Funzionali

- Dipartimento Area Medica;
- Dipartimento Area Chirurgica;
- Dipartimento Area Servizi e di Diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Dipartimento Area Emergenza/Urgenza;
- Dipartimento di Staff;
- Dipartimento Area Materno-Infantile (Interaziendale con l'A.O.).

d) Strutture Ospedaliere e Territoriali Accreditate:

- **Strutture di ricovero per acuti e post acuti:**
 - Case di Cura private accreditate;
- **Strutture di ricovero extraospedaliere:**
 - Residenzialità e semiresidenzialità Anziani;
 - Residenzialità Disabili;
 - Riabilitazione estensiva extraospedaliere;
 - Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche;
 - Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS;
 - Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale;
 - Residenzialità e semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
 - Strutture Assistenza Domiciliare;
 - Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera**, l'Azienda opera mediante tre Ospedali Spoke, due Ospedali di Zona disagiata, due presidi in corso di attivazione, per come di seguito elencati:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore ed Acri;
- Ospedali in corso di attivazione di Trebisacce e Praia a Mare dove attualmente sono in funzione solo alcuni servizi (Pronto soccorso e Lungodegenza a Trebisacce; Pronto soccorso e Medicina a Praia a mare).

La continuità dei percorsi assistenziali di cura e riabilitazione è assicurata dalla rete integrata dei servizi dei sei Distretti Sanitari aziendali integrati alla rete ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata.

Nel processo di riordino dell'assistenza ospedaliera, un ruolo importante riveste la riorganizzazione anche della rete territoriale dove è in fase di sviluppo la rete delle Cure Primarie che rappresentano un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'**Assistenza Primaria**, con l'obiettivo di una presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine di diminuire progressivamente il loro spostamento fra le strutture e favorire la possibilità del loro mantenimento al domicilio attraverso le dimissioni protette.

A tal fine è in programma lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT) che rappresentano una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali a bassa densità abitativa. Lo scopo è quello di costruire una piattaforma sperimentale, assistenziale sul modello UCCP (Unità Complessa Cure Primarie) da allocare nelle Case della Comunità. L'Azienda tende a sviluppare, in modo uniforme e omogeneo, l'Assistenza Domiciliare Integrata con l'Assistenza Sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina Generale ed il PLS dovrà ricoprire un ruolo centrale. In quest'ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 (con una soglia minima LEA $\geq$ al 1.8 %) di pazienti over 65 in ADI. Al fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità (DPGR n° 12/2011 "Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali") è impegno dell'ASP garantire l'Assistenza residenziale e semiresidenziale il cui accesso è riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci previa valutazione multidisciplinare (UVM). A detto organismo è conferito il compito di predisporre i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, deve dunque garantire la necessaria multi-professionalità e l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale). Le diverse attività non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi "protetti", si collocano nella Specialistica di II° livello da eseguirsi in ambito ospedaliero. I distretti dovranno, dunque, condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le altre strutture accreditate per il livello ospedaliero, adeguate e condivise procedure di tutte le fasi assistenziali e di integrazione tra le risorse professionali per un percorso organizzativo comune (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA).

Centrale è il ruolo delle Cure Primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dalla L. 189/2012, DCA 65/2018 e dal DCA 161/2018, assicurano, nelle 24 ore, la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono state formalizzate con appositi DCA rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura; ciò deve indurre le varie componenti professionali, che operano nei percorsi assistenziali dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un'efficace collaborazione interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito, collaborando nella contestualizzazione dei PDTA che coinvolgono ospedale e territorio.

La costruzione di specifici profili di cura per i soggetti con multicronicità deve essere effettuata attraverso lo strumento degli obiettivi di Piano con un’approccio d’iniziativa tendente a ridurre in modo significativo l’accesso al Pronto soccorso ed il ricorso inappropriato all’ospedale, ma soprattutto deve consentire lo sviluppo delle attività di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie cronico-degenerative, con conseguente riduzione dell’incidenza delle stesse e/o ritardata insorgenza delle complicanze.

La realizzazione dei nuovi modelli assistenziali territoriali ed ospedalieri “di cui al DM 71/2022” non può prescindere dalla definizione di un piano operativo regionale e da un successivo riordino dell’organizzazione delle strutture sanitarie all’interno della Regione Calabria e quindi delle singole AA.SS.PP. attività tutt’ora in itinere al livello nazionale e regionale.

3.2. Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

PREMESSA

La gestione dell'emergenza sanitaria ha comportato nel lavoro pubblico un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile, finora oggetto di limitate sperimentazioni.

Le Aziende si sono viste costrette a confrontarsi concretamente con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza che sono stati messi al centro di un ampio e diffuso dibattito tuttora in corso.

Con l'emergenza sanitaria, infatti, le Aziende sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es.: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Occorre ora passare dalla modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un'adequata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile.

L'approccio proposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica nelle sue "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" della fine del 2020 è quello di un'applicazione progressiva e graduale, in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all'Azienda, che deve elaborare un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Va sottolineato preliminarmente come il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile debba tuttavia tener conto dell'attuale disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa.

I tradizionali modelli del lavoro pubblico, inoltre, mal si adattano con un'organizzazione che deve essere in grado di adattarsi velocemente ai cambiamenti, di lavorare in una logica incrementale, rispondendo alle esigenze dell'utenza e valorizzando il lavoro di squadra, secondo criteri di intercambiabilità e flessibilità operativa dei componenti.

Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

In quest'ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorrerà ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

La più recente normativa in materia di lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'Azienda e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ossia "lontano ma vicino".

Si tratta di favorire forme di collaborazione tra Azienda e lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Azienda.

Il principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;

- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'Azienda;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio: l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio equilibrio ideale tra vita lavorativa e vita privata.

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare: sono da considerarsi, infatti, un fattore indispensabile del lavoro agile. Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento.

Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti tenuti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative, per i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Sulla base del vigente quadro normativo (legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1), le Aziende sanitarie sono tenute a redigere il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano della performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Si può pertanto dire che il POLA *“è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile, i quali andranno inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della performance o nelle schede individuali”* (Linee guida sul POLA e indicatori di performance, Presidenza del Consiglio dei Ministri, DFP).

La programmazione del lavoro agile si inserisce in un processo unitario all'interno delle organizzazioni nel quale convergono i diversi strumenti di programmazione aziendale previsti dal legislatore.

A regime, il POLA costituirà una sezione del Piano della performance, da aggiornare secondo una logica di scorrimento programmatico.

Si tratta, quindi, di un documento di programmazione organizzativa dinamico adottato dall'Azienda - sentite le organizzazioni sindacali e nelle more della regolamentazione da parte della Contrattazione Collettiva Nazionale dell'istituto del lavoro agile - contenente il livello di attuazione raggiunto dal lavoro agile, le relative modalità organizzative, i soggetti, i processi e gli strumenti necessari ed il suo programma di sviluppo.

3.2.1. *Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile*

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile sono in primo luogo i dirigenti ai vari livelli dell'organizzazione, i Servizi tecnologici dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), i Servizi di Prevenzione e Protezione, la funzione Privacy – DPO, i Servizi Formazione, i Servizi dedicati alla valutazione della performance, i Comitati Unici di Garanzia (CUG), i Servizi di logistica, di Amministrazione del Personale, del Bilancio e degli Acquisti.

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti dell'Azienda sono stati coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali, sulla base del piano di sviluppo individuato, sarà possibile dar luogo ad appositi accordi individuali, in aderenza al Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro, approvato a livello interaziendale, in una logica di omogeneizzazione e di integrazione dei processi riguardanti l'amministrazione del rapporto di lavoro.

Ogni Responsabile garantisce parità di trattamento e non discriminazione nell'accesso al lavoro agile, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento.

È compito della dirigenza esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi.

3.2.2. *Livello di attuazione del lavoro agile*

Dal mese di marzo 2020 l'Azienda ha adottato il lavoro agile in modalità straordinaria e semplificata al fine di ridurre la mobilità dei dipendenti e, quindi, il rischio di diffusione del contagio da Covid-19. A tal fine sono state predisposte indicazioni operative per lo svolgimento di tale attività, come previsto dal D.L. n. 6/2020 e dal DPCM del 23.2.2020, in assenza degli accordi individuali previsti dalla disciplina legislativa di riferimento.

Nell'anno 2020 si rileva che la modalità lavorativa in lavoro agile è stata autorizzata per la maggior parte dei dipendenti, proseguita in maniera semplificata nell'anno 2021 e il personale amministrativo del comparto risulta essere il ruolo che maggiormente ha utilizzato il lavoro agile.

Dalla decretata cessazione dell'emergenza pandemica, l'Azienda si è uniformata a quanto precedentemente disciplinato dalla legge in tema di lavoro agile.

3.2.3. *Modalità attuative*

Per meglio definire le modalità attuative del lavoro agile, sono state emanate, con nota Prot.n. 70901 del 12/05/2022, disposizioni in materia di lavoro agile ai sensi del D.L. n.24 del 24/03/2022, degli artt.18 e ss. L.81/2017, delle Linee Guida in materia di Lavoro Agile nella P.A. e ai sensi dell'art.1, comma 6 del Decreto del Ministro per la P.A.. In tali disposizioni sono individuati le finalità, i principi, i criteri di accesso al lavoro agile, nonché lo schema di accordo individuale che disciplinano l'istituto in via ordinaria, superata la fase emergenziale.

Inoltre, il CCNL Comparto sanità 2019/2021, al Titolo VI – Lavoro a distanza, agli art, 76 e ss. Disciplina il lavoro agile e le modalità di attuazione dello stesso attraverso la sottoscrizione di un accord individuale.

L'ASP di Cosenza, con l'adozione delle citate disposizioni del 12/05/2022, si trova in perfetta linea con quanto disposto nel nuovo CCNL.

Allo stato attuale, lo sviluppo del lavoro agile da parte dell'Azienda è orientato ai servizi tecnico-amministrativi sulla base dei piani operativi pervenuti.

Di seguito si riporta l'illustrazione delle modalità attuative del lavoro agile a livello delle varie aree tematiche interessate.

- *Requisiti tecnologici Supporti hardware e software al Lavoro Agile*

L'Azienda permette l'utilizzo di dispositivi personali per collegarsi all'Azienda, previo accordo con i Sistemi Informativi Aziendali.

Il Dipendente ha l'obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

- *Connessione internet - Posta elettronica e strumenti di produttività – Applicativi aziendali*

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro.

Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento avverrà previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN).

3.2.4. *Sicurezza sul lavoro*

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e della L. 81/2017.

Infatti, in data 24/03/2020 con nota Prot.n.28817, è stata emanata l'Informativa sulla Sicurezza del Lavoro Agile ai sensi dell'art.22, comma 1, L. 81/2017 con la quale si sono trasmesse le indicazioni relative agli ambienti di lavoro indoor private redatte dal Responsabile della UOC Ufficio Unico della Sicurezza di questa ASP.

3.2.5. *Privacy – dpo*

Considerata la pervasività, nella gran parte dei processi aziendali, dell'impiego di tecnologie informatiche collegate ad internet, risulta necessario che tali attività siano svolte nel rispetto e in piena conformità alla normativa vigente in materia di protezione del dato e cyber security.

L'ASP di Cosenza, nell'esecuzione delle attività oggetto del POLA, mette in atto misure tecniche ed organizzative idonee a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati in suo possesso contro la perdita, il furto, nonché l'uso, la divulgazione o la modifica non autorizzata.

A tutti coloro che effettuano attività lavorativa in modalità agile e in telelavoro sono fornite specifiche istruzioni operative, nonché l'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento generale per la protezione dei dati personali).

3.2.6. *Logistica*

Il lavoro agile non è un obiettivo, ma una politica di gestione del cambiamento organizzativo con la finalità di migliorare i servizi resi alla collettività.

Una delle principali sfide poste dall'introduzione del lavoro agile ordinario è, dunque, il cambiamento della cultura organizzativa. Un fattore strategico per la realizzazione di un processo di implementazione del lavoro agile è la sensibilizzazione della Dirigenza, che dovrà individuare le attività remotizzabili nel senso più inclusivo possibile.

Il ricorso diffuso al lavoro agile richiede un ripensamento da parte delle aziende in ordine al concetto di postazione di lavoro.

Tra gli aspetti correlati alla flessibilità della prestazione lavorativa vi è, infatti, un diverso utilizzo degli spazi, in virtù del fatto che chi svolge la propria attività in modalità remota per parte della settimana, non occupa stabilmente la propria scrivania.

Questa considerazione, unita alla progressiva digitalizzazione/dematerializzazione documentale, e all'evoluzione tecnologica (WiFi, cloudstoring, VPN, piattaforme web ecc.) rende sempre più elastico il concetto di ufficio tradizionalmente inteso quale insieme di arredi ed attrezzature (scrivania, armadi, postazione telefonica fissa, presa di rete) funzionali allo svolgimento stabile del proprio lavoro.

Riorganizzare e riprogettare spazi e risorse in azienda è, pertanto, una necessità da un lato ma anche un'opportunità se si considera il valore aggiunto (di socializzazione ma anche di scambio di competenze) che può derivare dalla predisposizione di spazi comuni in cui la postazione fisica perde i suoi connotati tradizionali per divenire luogo di interazione professionale e relazionale.

L'attenzione che deve essere dedicata alla progettazione delle aree, dei luoghi, degli spazi in cui i lavoratori si avvicinano richiede una progettualità innovativa tanto nell'individuazione delle aree da dedicare al co-working quanto nella creazione di postazioni non solo funzionali, ma anche nelle quali il lavoratore possa sentirsi a proprio agio e non "di passaggio".

L'inesperienza delle aziende a questo tipo di approccio innovativo richiede preparazione, condivisione e anche considerazione delle esperienze maturate da altri soggetti, pubblici o privati, che si sono avvicinati già da tempo, in maniera strutturata, a questa modalità lavorativa.

E', altresì, importante comprendere il verosimile dimensionamento del fenomeno, in modo da poter tarare le reali esigenze in termini di spazi necessari e postazioni da predisporre.

3.2.7. *Programma di sviluppo del lavoro agile*

Si riporta in tabella la pianificazione delle strutture operative nelle quali vengono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile e il numero totale di attivazione previsto.

Macro Strutture Proponenti	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	N. totale posizioni smart working attivabili per le macroattività	N. totale lavoratori impegnati nelle macroattività
Dipartimento di Staff	- Gestione/inserimento dati - Recupero crediti - Gestione protocollo in entrata ed in uscita	1.359	4.531
Dipartimento Tecnico Amministrativo	- Redazione di atti amministrativi, redazione documenti aziendali, redazione atti deliberativi - Registrazione/Emissione/Liquidazione fatture elettroniche e documenti no iva		
Area Farmaceutica	- Registrazione posta elettronica - Emissione ordini - Gestione documentale		
Dipartimento Materno Infantile	- Gestione approvvigionamenti - Area contabilità Analitica e Area Programmazione Economica		
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	- Area Programmazione Strategica - Gestione flussi informativi e analisi statistiche - Rapporti con il privato accreditato (degenza e ambulatoriale) e gestione flusso di liquidazione		
Dipartimento di Prevenzione	- Funzioni di protocollo/ Attività segreteria - Gestione controlli sui fornitori – inventario beni mobili - Assistenza telefonica		
Area Farmaceutica	- Attività amministrativa area contenzioso - Elaborazione istruttorie richieste attività sanitaria		
Distretti Sanitari	- Attività afferenti alla gestione del reclutamento del personale e gestione giuridica del personale - Relazioni sindacali		
Area Emergenza Urgenza	- Supporto RPCT - Riunioni in conference call		
Spoke	- Elaborazione progetti organizzativi - Statistiche - Monitoraggio e programmazione attività socio sanitarie - Attività gestionali/direzione di servizio - Gestione flussi informativi		

3.2.8. La misurazione e valutazione della performance

Relativamente allo stato di implementazione del lavoro agile, gli obiettivi da porsi dovrebbero essere strettamente collegati e discendere da quelli strategici aziendali e collocare il lavoro agile all'interno di una visione di medio periodo che vede le Aziende Sanitarie orientate ad un reale processo di cambiamento e di transizione sostenibile.

In ordine, comunque, alla dimensione di valutazione del POLA di performance organizzativa aziendale, una valutazione circa lo stato di implementazione a livello aziendale riguarda:

- il livello di digitalizzazione, in termini di sviluppo, che le Aziende si devono porre come obiettivo di medio periodo sia in termini di infrastruttura di Rete, che di tecnologia hardware da fornire o mettere a disposizione dei singoli dipendenti, come anche in termini di sicurezza digitale degli applicativi. Il POLA, di conseguenza, deve proporre indicatori di valutazione del lavoro agile orientati

sui programmi di transizione digitale definiti a livello di sistema più complessivo. In specifico va valutato quanto, a livello di start up iniziale, la dotazione tecnologica e la conoscenza digitale del personale coinvolto è in grado di supportare il lavoro agile e di conseguenza gli obiettivi di periodo che si intendono raggiungere in termini di sviluppo di tale aspetto;

- il rafforzamento dell'Azienda in termini di resilienza. Il lavoro agile va visto come strumento per garantire continuità delle attività anche in circostanze eccezionali nelle quali non possa essere garantita la presenza ordinaria del dipendente. Tale indicatore discende anche dal precedente obiettivo e ci permette di misurare il livello di capacità delle Aziende di far transitare, all'occorrenza, la propria attività in tempi brevi, in ordine alle funzioni individuate nel POLA, in lavoro agile. E' necessario misurare la capacità aziendale di permutare in maniera massiva, a fronte di necessità, l'assetto organizzativo secondo le opportunità fornite dal lavoro agile. Di conseguenza occorre porsi un obiettivo di periodo rivolto a garantire una reale transizione al lavoro agile per i settori e le aree indicati nel POLA;

- sviluppare processi di semplificazione amministrativa. Altro aspetto di importanza strategica riguarda la semplificazione amministrativa. Le Aziende Sanitarie, come la PA in generale, hanno bisogno di snellire le procedure amministrative in essere, anche avvalendosi delle nuove tecnologie digitali. Oltre alle semplificazioni procedurali interne, obiettivi di semplificazione amministrativa devono riguardare il rapporto con il cittadino, al fine di sviluppare modalità di interazione con la PA più veloci e dirette, superando ridondanti passaggi procedurali e riducendo i tempi di risposta. Oltre ai costi di processo, obiettivi di performance devono riguardare la riduzione dei tempi dei procedimenti amministrativi e di risposta ai cittadini.

- *Valutazione della performance individuale*

Il nostro nuovo sistema di valutazione della performance individuale e soprattutto il lavoro fatto in questi ultimi anni è stato rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni dall'alto, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Pertanto, per il momento si ritiene necessario mantenere l'impianto articolato dall'OIV e riguardanti la performance organizzativa, gli obiettivi individuali annualmente assegnati e i contributi organizzativi.

- *Performance organizzativa*

L'Area della performance organizzativa riguarda i risultati relativi all'ambito organizzativo di appartenenza. L'appartenenza ad una U.O. deve comportare la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati raggiunti dall'organizzazione stessa, indipendentemente dalla tipologia di incarico assunto.

Una buona organizzazione deve basarsi, soprattutto, sul gioco di squadra e sul senso di appartenenza, prevenendo così il possibile rischio di alcuni professionisti di operare in modo tendenzialmente autonomo.

Il lavoro agile, se non opportunamente gestito, corre questo rischio. Le esperienze fino ad oggi presenti dimostrano come nelle richieste di lavoro agile ci sia, in diversi casi, la volontà da parte del dipendente di staccarsi dall'organizzazione e il tentativo di isolarsi.

Si ritiene pertanto che i livelli di performance organizzativa assegnati ad ogni singola Unità Operativa debbano valere per tutti gli appartenenti all'organizzazione stessa, non ravvisando la necessità di individuare indicatori differenti per personale che ha optato per il lavoro agile.

- *Obiettivi individuali*

Gli obiettivi individuali vanno individuati secondo target definiti in relazione al livello di responsabilità e di incarico professionale rivestito da ogni singolo dipendente. Per quanto riguarda questa dimensione valutativa gli obiettivi e gli indicatori devono rimanere quelli legati all'incarico rivestito e già consolidati nel sistema di valutazione individuale.

La valutazione dei comportamenti e contributi organizzativi. In ordine a questa ultima dimensione valutativa, l'impianto vigente in Azienda prende già in considerazione tali aspetti, che non vanno considerati in modo diverso a seconda che il professionista lavori in presenza o a distanza.

3.2.9. *Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile*

Il cambiamento climatico è la principale crisi globale della nostra epoca. L'obiettivo della neutralità climatica è imprescindibile e costituisce una sfida complessa, ma possibile. A tal proposito istituzioni, imprese e cittadini sono chiamati a dare il loro contributo alla riduzione delle emissioni di gas serra. Durante il periodo di lockdown da Covid del 2020, quando cioè si è avuta la massima riduzione degli spostamenti di veicoli dovuti ad attività produttive e trasporti in gran parte fermi, il calo delle emissioni di CO₂ si è attestato in Italia attorno al 35%.

Tale riduzione è in realtà molto vicina a quello che dovrebbe essere il taglio da raggiungere in appena un decennio per centrare gli obiettivi e non far precipitare la crisi climatica. Questo ci mostra in maniera molto chiara la dimensione dello sforzo che dovremmo fare nei prossimi anni e anche la distanza dall'obiettivo.

Con le dovute attenzioni ai diritti e al benessere complessivo del lavoratore non v'è dubbio che il lavoro agile, se adottato in maniera strutturale e non residuale, può contribuire in maniera significativa alla riduzione delle emissioni di gas serra e al miglioramento della qualità della vita nelle nostre città, con evidenti vantaggi, sia a livello locale sia a livello globale.

Se si considera, in particolare, l'abitudine della maggioranza dei lavoratori (65-70%) ad usare il mezzo privato per recarsi al lavoro, il lavoro agile può costituire la chiave per un futuro in cui le città si liberano dal traffico congestionato e migliorano la qualità della vita e dell'aria. Per farlo, però, occorre non perdere l'occasione e creare le condizioni perché il lavoro agile costituisca, ove possibile, una valida alternativa al lavoro in presenza.

Ciò premesso, il lavoro agile non si limita a migliorare le condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro e a contribuire alle performance organizzative e individuali, ma può avere degli impatti positivi su diversi ambiti:

- Interni all'Azienda:

- riduzione degli infortuni in itinere dovuti alla riduzione del numero degli spostamenti casa-lavoro e per servizio;
- riduzione del fabbisogno di aree di sosta veicolare nelle sedi aziendali;
- riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;
- riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro;
- riduzione e ottimizzazione degli spazi e risparmi in termini di utilities.

- Esterni all'azienda

- minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dalla riduzione degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti;
- riduzione delle emissioni inquinanti grazie alla riduzione degli spostamenti di servizio dovuti a riunioni, formazione, ecc.;
- minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali e risorse (cancelleria e utenze); minore consumo di prodotti monouso, di cibi e bevande da asporto che si traduce in minore spreco di cibo e scelte alimentari più sostenibili, meno imballaggi, ecc.;
- ripopolamento delle aree urbane periferiche e delle aree interne del territorio con conseguente redistribuzione dei consumi.

Tuttavia, non è assiomatico che il lavoro agile vada sempre di pari passo con la sostenibilità ambientale. Per esempio, lavorando da casa i dipendenti non utilizzano quotidianamente treni, autobus o metro. Vi è, quindi, una riduzione di emissioni. Questo risparmio però può essere azzerato se i dipendenti, quando si recano in presenza al lavoro, scelgono di non usare i mezzi pubblici e guidare da soli la propria autovettura.

Ne consegue che parallelamente l'azienda deve mantenere e semmai incrementare l'incentivazione di forme di mobilità sostenibile da parte dei dipendenti al fine di scoraggiare l'uso del veicolo privato. Per quanto riguarda i sistemi di riscaldamento o di aria condizionata negli uffici, vi è la necessità di procedere gradualmente all'ottimizzazione dell'uso degli spazi di lavoro in base alla presenza della forza lavoro durante la settimana lavorativa.

Gli obiettivi a breve e lungo termine a cui tendere a livello interaziendale sono, quindi, la riduzione del numero e della distanza degli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti e contestualmente una graduale riprogettazione e adeguamento degli ambienti di lavoro in un'ottica di sostenibilità ambientale ed economia circolare.

La riduzione degli spostamenti di servizio va perseguita mediante il ricorso prioritario a sistemi di videoconferenza, ogni qualvolta non vi siano esigenze ostative, per attività quali riunioni, formazione, consulenze, ecc.

Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre anche la distanza degli spostamenti è opportuno affiancare al lavoro agile anche la modalità di coworking, svolto mediante telelavoro da sedi satellitari aziendali o in affitto per quei dipendenti che hanno esigenze familiari ed abitano a distanze significative dalla propria sede di lavoro.

CONCLUSIONI

La gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre lo strumento del lavoro agile, attraverso modalità semplificate.

Questa fase di sperimentazione generale ha rappresentato una utile base di partenza per lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, del lavoro agile.

Al riguardo, a livello interaziendale si è provveduto a raccogliere l'insieme dei contributi dei soggetti coinvolti nella realizzazione dei POLA, a partire dai piani di sviluppo proposti dai dirigenti responsabili fino alle modalità attuative e agli strumenti necessari ai vari livelli dell'organizzazione. Nell'esperienza del gruppo che ha lavorato alla composizione dei documenti è emersa una visione dell'organizzazione del lavoro maggiormente orientata verso forme di flessibilità spazio-temporale delle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, e orientata maggiormente verso la definizione di obiettivi da raggiungere più che di attività da svolgere.

E' maturata la consapevolezza che il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori deve svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione come le aziende sanitarie, preordinate a rispondere ai bisogni di salute di ampi contesti territoriali.

I POLA, per rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento, saranno oggetto di periodiche revisioni ed aggiornamenti, che tengano conto dei contributi offerti dai confronti con tutti i soggetti coinvolti.

La caratteristica di dinamicità del POLA permetterà di valutare in itinere la possibilità di ampliare l'ambito delle attività il cui svolgimento sia effettuabile in modalità agile.

Utile strumento per la revisione e l'aggiornamento dei POLA potrà essere costituito da questionari specifici volti a conoscere il livello di benessere organizzativo e il gradimento del lavoro agile.

Il POLA, attualmente inquadrato a livello normativo come allegato al Piano della performance, potrà essere successivamente inserito negli strumenti di pianificazione generale che saranno previsti per le Pubbliche Amministrazioni.

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro).

In particolare, la sezione deve contenere:

- le condizionalità e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- gli obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance;
- i contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione).

3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1. Piano triennale dei fabbisogni di personale

A seguito della ricezione delle Linee Guida da parte della Regione Calabria con DCA n° 118 del 03/10/2022, con riferimento al triennio 2022/2024, l'ASP di Cosenza ha adottato il nuovo piano del fabbisogno con deliberazione n. 1611 del 06/10/2022, approvato con DCA della Regione Calabria n.124 del 11/10/2022. Il suddetto Piano del Fabbisogno risulta ancora vigente in quanto è in itinere

la procedura di ricognizione e aggiornamento della metodologia per la definizione dei nuovi piani dei Fabbisogni a livello regionale.

Inoltre, per la predisposizione del nuovo Piano del Fabbisogno, si è in attesa anche delle Linee Guida Regionali che tengano conto del progetto per l'unificazione della rete ospedaliera e del Piano di Efficientamento dell'ASP di Cosenza relativamente all'apertura e/o al potenziamento delle Strutture sanitarie del territorio. Il predetto piano nell'anno 2024 sarà redatto in relazione alle direttive regionali che saranno impartite ed alle figure che saranno collocate in quiescenza.

Di seguito, pertanto, si riconferma la tabella riepilogativa relativa al fabbisogno di personale determinato in applicazione delle suddette normative in materia e il relativo piano assunzionale al 31/12/2022 con il costo potenziale dello stesso:

TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
739	95	471	55.724.000,00 €
TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
59	12	45	4.043.832,00 €
Fabbisogno Personale Infermieristico	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
1.092	107	1.028	47.170.150,00 €

Fabbisogno OSS	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
435	60	284	9.316.100,00 €



Fabbisogno TLBM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
114	12	86	3.909.100,00 €
Fabbisogno TSRM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
104	9	80	3.662.650,00 €

Fabbisogno Ulteriore personale comparto sanitario , tecnico sanitario e della riabilitazione	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
104	-	17	801.550,00 €

Fabbisogno inf.per funz. Centrali e coord.trasvers. (CIO,RISCHIO CLINICO,MONIT.ATT.RIC, SITRO ecc)	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
40	-	-	- €



Fabbisogno Anestesisti per sale operatorie	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
14	3	3	228.000,00 €
Fabbisogno Infermieri per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
37	7	37	1.659.500,00 €
Fabbisogno OSS per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
13	10	13	385.350,00 €

Fabbisogno Personale sanitario/amministrativo/prof/tecnico	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
1063	192	1.052	37.797.920,00 €

Fabbisogno Area Assistenza Distrettuale della Prevenzione e del restante Personale	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
2446	203	1.680	110.527.354,00 €



Altro Personale in servizio (es. profili professionali a esaurimento) per i quali non è stato definito alcun fabbisogno			COSTO 2022
		57	2.178.000,00 €

COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022
277.403.506,00 €

VINCOLO DI SPESA
277.416.257,58 €

Inoltre, in linea con il Piano del Fabbisogno, sulla scorta delle circolari Regionali e delle Leggi Nazionali, la UOC Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane, oltre a bandire numerose procedure concorsuali, ha proceduto alla stabilizzazione del personale ai sensi della c.d Legge Madia dalla L. n.197 e dell'art. 1 comma 268 della Legge 234 del 31/12/2021. Si provvederà, altresì, a pubblicare ulteriore avviso di stabilizzazione in base alle modifiche apportate all'art. 1 comma 268 della Legge 234 del 31/12/2021.

3.3.2. *Il piano formativo*

La formazione è lo strumento fondamentale per la crescita professionale del personale e per la valorizzazione delle capacità individuali, per raggiungere gli obiettivi aziendali programmati, per la tutela sanitaria dei cittadini e per avere strutture sanitarie in grado di erogare prestazioni sanitarie efficaci in modo efficiente. Inoltre, la formazione è un supporto essenziale per la definizione delle responsabilità assegnate al personale in servizio, che si traduce nell'erogazione di prestazioni di qualità. Proprio per dare l'opportunità di un aggiornamento continuo sono stati istituiti i programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Percorsi formativi adeguati, consentono il trasferimento di informazioni generali e competenze pratiche necessarie per il cambiamento culturale e operativo dovuto all'evoluzione tecnologica, scientifica e normativa.

L'aggiornamento e la formazione devono coinvolgere possibilmente quanto più personale dipendente e convenzionato dell'ASP, in relazione alle risorse di cui si dispone. Per l'anno 2022 uno degli obiettivi è quello di accrescere le competenze professionali e le abilità tecniche del personale sanitario, non sanitario e tecnico amministrativo, con l'obiettivo di elevare la qualità, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza, sicurezza e l'erogazione in tempi congrui delle prestazioni sanitarie.

La crisi economico-finanziaria che da più tempo sta perdurando, ha indotto, già nel 2010, il Governo Italiano ad emanare il D.Lgs n.78/10 recante "*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*", convertito con successive modifiche, nella legge n. 122 del 30 luglio 2010, che all'art. 6, comma 13, prevede che, nel settore specifico della formazione, a decorrere dal 2011, la spesa annua della pubblica amministrazione, "ad esclusione del settore delle Forze Armate, Forze Nazionali dei Vigili del Fuoco e Forze di Polizia, deve essere non superiore al 50% della spesa sostenuta nel 2009. In Calabria a questa riduzione delle risorse economiche da destinare alla formazione si è aggiunta l'emanazione del "Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria". approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010, che ha determinato anche una riduzione progressiva della dotazione organica delle singole aziende sanitarie per mancato turn over.

Nello specifico della U.O. Formazione, centro unico di programmazione e progettazione formative dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, riconosciuta dalla Regione Calabria "Provider Provvisorio ECM" con Decreto Regionale n.16713 del 05/12/2013, le suddette premesse hanno comportato già nel 2010 il dimezzamento del budget da dedicare alla formazione, e hanno determinato, negli anni successivi, un progressivo assottigliamento dell'organico dedicato, fino alla situazione attuale caratterizzata da 1 sola unità operativa e altre 2 unità assegnate solo a marzo 2022, di cui una andrà in quiescenza nel prossimo anno.

È a causa di questa insufficiente dotazione organica che, in attesa dell'assegnazione di altre unità operative, per mantenere alta la qualità dei corsi attivati, si rende necessario riflettere su forme di collaborazione nuove, da attuare insieme alle UU.OO. alle quali i corsi verranno di volta in volta dedicati, in modo da delegare alle stesse alcuni processi organizzativi, sotto la supervisione della U.O. Formazione.

Nella strutturazione del presente Piano Formativo, si è partiti dai fabbisogni formativi avvertiti, da rispetto degli obiettivi formativi aziendali, regionali e nazionali in vigore, e dopo aver dato spazio ai **settori obbligatori ex lege** dell'anticorruzione e trasparenza e della sicurezza nei luoghi di lavoro, si è inteso privilegiare i settori dell'emergenza urgenza e della prevenzione.

Riferimenti normativi - normativa nazionale

Dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 l'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la Formazione Permanente nel campo delle professioni sanitarie, si configura pienamente come elemento di tutela dell'equità sociale, leva strategica di miglioramento dei servizi resi ai cittadini e strumento di crescita professionale del personale aziendale.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1 febbraio 2002, ha portato all'attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal 1 gennaio 2002. Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia del tutto innovativa rispetto agli altri Paesi. Dal 2002, infatti, è diventata realtà l'acquisizione dei crediti formativi ECM per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina.

Molto importante è l'introduzione dell'aggiornamento aziendale introdotto con l'accordo Stato - Regioni del 20 dicembre 2001 con l'adesione di varie organizzazioni e associazioni, inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società Scientifiche Italiane, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare corsi aziendali di formazione per il personale.

Il Programma Nazionale, attivo dal gennaio 2002, si propone l'obiettivo di disegnare le Linee Strategiche della Formazione Continua, i cui contenuti e fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali. È previsto, infatti, che gli obiettivi nazionali debbano essere definiti da un'intesa tra Ministero della Salute e Regioni, tenendo conto del Piano Sanitario Nazionale allo scopo di stimolare negli operatori una nuova attenzione verso la salute e i problemi emergenti di natura socio-sanitaria. Il ruolo riconosciuto alle Regioni, nel campo della Formazione sanitaria continua, realizza il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse.

Normativa regionale

La normativa regionale in tema di ECM fa riferimento, in assenza dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario per la Salute, a quello del 2004/2006, pubblicato sul BUR come Legge n°11 del 19 marzo 2004, che all'art. 20 comma 1, così recita *“E' istituita la Commissione regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) con il compito di supporto al Dipartimento regionale in materia di analisi dei bisogni formativi, professionali e di contesto, individuazione degli obiettivi formativi, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, accreditamento dei requisiti ulteriori e procedure per l'accreditamento dei provider, verifica e valutazione dei provider e degli eventi formativi, realizzazione dell'anagrafe dei crediti”*.

Inoltre, il comma 3 della suddetta Legge Regionale stabilisce, per lo sviluppo dei compiti della professionalità (SCP) e tenendo conto dell'introduzione delle lauree specialistiche, dell'istituzione della Consulta regionale per lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e non sanitarie non ricomprese negli Ordini o Collegi, la quale esprime parere in materia di organizzazione e programmazione delle attività di ECM e SCP.

Di seguito vengono riportate le successive principali norme di settore emanate dalla Regione Calabria:

- Decreto n.385 del 17 luglio 2006 con il quale viene istituita la “Commissione Regionale per l'Educazione Continua in medicina (ECM)”;
- DDG n°182 del 14 gennaio 2008 con il quale viene istituito un gruppo tecnico ECM con il compito di supportare il Settore del Dipartimento della Salute e delle Politiche Sanitarie nel processo di implementazione del Sistema Regionale di Formazione Continua in Sanità;
- Delibera n°5 del 12 gennaio 2009, con la quale vengono approvate le linee di indirizzo in materia di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario (OOS), che, in ottemperanza all'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001 e alla legge regionale 11 maggio 2007 n°9, dispone la realizzazione dei corsi presso le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e le Istituzioni Pubbliche e Private Accreditate con il S.S.R.;
- DGR n° 612 del 21 settembre 2009 con la quale si istituisce il Sistema Regionale di Formazione Continua in Sanità e si forniscono, alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Calabria, specifici indirizzi per:
 - Costituire le Strutture dedicate alla Formazione in Staff alla Direzione Aziendale e al suo

- interno prevedere un Centro ECM individuando le risorse destinate
- Individuare il Responsabile della Formazione
 - Formulare il regolamento Aziendale per la Formazione coerente con le linee di indirizzo Nazionali e Regionali
 - Costituire una Rete di Referenti per area dipartimentale/distrettuale ed in ogni Unità Operativa Complessa, con indicazione dei criteri di scelta;
 - Rilevare il fabbisogno formativo aziendale
 - Formulare il piano di Formazione Aziendale
 - Realizzare la Banca Dati dei percorsi di formazione effettuati da ciascun operatore dell'Azienda
 - Prevedere idonei organi e processi di valutazione dell'efficacia della formazione;
- Delibera n°145 del 27 gennaio 2010 con la quale si approvano le Linee Guida per i piani di formazione del personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e si individuano alcune aree di sviluppo da tenere in conto nei piani di formazione:
 - Sviluppo delle professionalità
 - Sviluppo organizzativo
 - Sviluppo dei processi formativi
 - Sviluppo dei processi intersettoriali
 - Innovazioni istituzionali;
 - Delibera di Giunta Regionale n°53 del 28 febbraio 2011 con la quale si approva la Convenzione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) e la Regione Calabria, finalizzata all'Accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, nonché dei provider per l'erogazione della formazione in ambito regionale, con l'obiettivo di implementare il Sistema di Formazione Continua in Sanità della Regione Calabria;
 - Delibera di Giunta Regionale n.532 del 28 novembre 2011 con la quale si istituisce l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua;
 - Decreto del Presidente della Giunta Regionale n°96 del 19 giugno 2012 con il quale si nomina la "Commissione regionale per la formazione continua - ECM" ex art. 20 L.R. 19 marzo 2004, n.11;
 - Decreto n.14908 del 29/11/2011 con il quale viene istituito il "Gruppo Tecnico per la Formazione in sanità" presso il Dipartimento Regionale "Tutela della salute e Politiche Sanitarie";
 - Decreto n.347 del 08 febbraio 2012 con il quale viene avviata la "Realizzazione del Sistema Regionale di Accreditamento per l'Educazione Continua in Medicina- ECM";
 - Decreto n.17777 del 13 dicembre 2012 con il quale vengono nominati i componenti dell'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua, in attuazione della delibera di Giunta Regionale n.532 del 28 novembre 2011;
 - DPGR – CA n. 25 del 10 marzo 2014 – Linee Guida 2014-2015 per i Piani di Formazione del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale.

La formazione - Formazione continua in medicina

La professionalità di un operatore della Sanità può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- Il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- Il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello: in altre parole mantenersi "aggiornato e competente". E' per questo scopo che, in tutti i Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.); essa comprende l'insieme **organizzato e controllato** di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da enti ed organizzazioni operanti nel settore (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità. Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento, privilegiando, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale, regionale e aziendale. La E.C.M. è finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che ogni professionista sanitario possa avere la garanzia della qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità; la E.C.M., inoltre, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale. La Commissione nazionale per la formazione continua ha individuato, ai sensi dell'art.16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, i temi prioritari di E.C.M. La E.C.M. interessa tutte le figure del ruolo sanitario, indicate nel sito ministeriale genericamente come "operatori della Sanità". Tali figure comprendono:

Medico chirurgo	Logopedista
Veterinario	Ortottista/Assistente di oftalmologia
Odontoiatra	Ostetrica/o
Farmacista	Podologo
Biologo	Tecnico riabilitazione psichiatrica
Chimico	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
Fisico	Tecnico audiometrista
Psicologo	Tecnico audioprotesista
Assistente sanitario	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Dietista	Tecnico di neurofisiopatologia
Educatore professionale	Tecnico ortopedico
Fisioterapista	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
Igienista dentale	Tecnico sanitario di radiologia medica

Infermiere	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
Infermiere pediatrico	Terapista occupazionale

Promuovere la realizzazione di percorsi formativi che non si limita alla realizzazione di Progetti Formativi Aziendali rivolti alle sole professioni destinatarie dell'obbligo di formazione ECM, ma si estende a tutte le professioni presenti in Azienda, nella consapevolezza che alla qualità delle prestazioni erogate e al raggiungimento degli obiettivi aziendali concorrono tutte le professioni coinvolte nei singoli processi, ogn'una con la propria competenza e preparazione professionale.

Obiettivi formativi nazionali

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell' Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP) – (Ob. Naz. n. 1);
2. Linee guida, protocolli, procedure - (Ob. Naz. n. 2);
3. Documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura (Ob. Naz. n. 3);
4. Appropriately delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA) - (Ob. Naz. n. 4);
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (Ob. Naz. n. 5);
6. Sicurezza del paziente, *risk management* e responsabilità professionale (Ob. Naz. n. 6);
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato (Ob. Naz. n. 7);
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (Ob. Naz. n. 8);
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (Ob. Naz. n. 9);
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (Ob. Naz. n. 10);
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (Ob. Naz. n. 11);
12. Aspetti relazionali e umanizzazione cure (Ob. Naz. n. 12);
13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (Ob. Naz. n. 13);
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo (Ob. Naz. n. 14);
15. Multiculturalità' e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti (Ob. Naz. n. 15);
16. Etica, bioetica e deontologia (Ob. Naz. n. 16);
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema (Ob. Naz. n. 17);
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere (Ob. Naz. n. 18);
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà (Ob. Naz. n. 19);

20. Tematiche speciali del SSN e/o SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 20*);
21. Trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione (*Ob. Naz. n. 21*);
22. Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatie, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali (*Ob. Naz. n. 22*);
23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate (*Ob. Naz. n. 23*);
24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale (*Ob. Naz. n. 24*);
25. Farmacoepidemiologia, farmacoconomia, farmacovigilanza (*Ob. Naz. n. 25*);
26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate (*Ob. Naz. n. 26*);
27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione (*Ob. Naz. n. 27*);
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto (*Ob. Naz. n. 28*);
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment (*Ob. Naz. n. 29*);
30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo (*Ob. Naz. n. 30*);
31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema (*Ob. Naz. n. 31*);
32. Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (*Ob. Naz. n. 32*);
33. Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema (*Ob. Naz. n. 33*);
34. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 34*);
35. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, , con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 35*);
36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza (*Ob. Naz. n. 36*);
37. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione (*Ob. Naz. n. 37*);
38. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni e analisi degli esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti (*Ob. Naz. n. 38*).

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, con nota emanata il 14 Dicembre 2017, dichiara di interesse nazionale le seguenti tematiche formative da sviluppare nel triennio 2017-2020: 1. Vaccini e strategie vaccinali; 2. Responsabilità professionali; 3. Fertilità.

Obiettivi generali e strategici indicati dalla regione calabria

1	Consolidare, mantenere e perfezionare il livello delle competenze tecnico-specialistiche dei professionisti operanti nelle aziende
2	Sviluppare competenze al lavoro inter-professionale e promuovere l'integrazione professionale come modalità di risposta alla complessità organizzativa
3	Sviluppare nei dirigenti e nei coordinatori la consapevolezza delle finalità e delle potenzialità degli strumenti manageriali di base
4	Promuovere l'acquisizione, il mantenimento e/o l'aggiornamento, da parte degli operatori di modalità operative improntate a parametri di qualità dei processi, degli esiti e della qualità percepita delle attività rese
5	Promuovere l'acquisizione di nuove competenze in relazione all'implementazione di attività di alta specializzazione e/o bisogni sanitari emergenti
6	Fornire modalità e strumenti per comprendere e rispondere ai bisogni relazionali dei cittadini-utenti e migliorare l'ascolto degli stessi
7	Diffondere l'utilizzo delle nuove tecnologie per migliorare la comunicazione intra ed inter-servizi
8	Acquisire e migliorare la capacità di relazionarsi con persone di altre culture
9	Acquisire/potenziare/migliorare le competenze linguistiche
10	Acquisire/mantenere/aggiornare le competenze in ambito normativo
11	Acquisire/aggiornare competenze informatiche diffuse e generalizzate

Sono da considerarsi di particolare rilevanza e priorità per il SSR le seguenti aree

- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP);
- Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia;
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure;
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna

- professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica;
- La sicurezza del paziente. Risk management;
- Percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali;
- Triage di Pronto Soccorso;
- Area dei Sistemi di *job evaluation* e di misurazione e valutazione delle *performance*, per la diffusione e il rafforzamento della cultura della valutazione;
- Area della trasparenza del sistema e del coinvolgimento dei pazienti.

Regole di accesso e partecipazione alle attività formative

Le regole interne che gli operatori aziendali sono tenuti a rispettare in merito all'accesso e alla partecipazione alle attività formative sono normate dal "Regolamento della Formazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza", approvato con Delibera del D.G. n. 103 del 11 Febbraio 2016.

Programma piano formativo asp cosenza - anno 2024

Per l'anno 2024 si ripropone il programma formativo anno 2023, in quanto attuato parzialmente. Limite di spesa per il finanziamento dei Piani Formativi in base all'articolo 6, comma 13, del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, nella legge 31 luglio 2010, n. 122: € 73.000 (settantatremila,00).

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES) CORSO SULLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA <i>(gestito dall'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione e dalla UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale)</i>		
Titolo	UU.OO./Servizi Destinatari	Budget
Codice di comportamento dell'ASP di Cosenza: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza. Corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, Comportamenti ed etica sul Web.	Tutte le professioni	€ 0,00
Attività di formazione specifica sul processo di identificazione, analisi, valutazione del rischio corruzione-trattamento	Area amministrativa (GREF, Legale, R.U., T.P., ABS)	€ 1.000,00

Percorso formative su: Trasparenza, pubblicazione obbligatorie; pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.	Responsabili della pubblicazione dati (allegato 3)	€ 1.000,00
Partecipazione ad attività di formazione sulla segnalazione di illecito da parte del Dipendente (Wistleblowing). Digitalizzazione del processo. Attività formativa autorganizzata in modalità a distanza/learning. Conflitto di ineterse, inconfiribilità, incompatibilità. (Formazione specifica e Learning)	Dirigenti e dipendenti dell'ASP di Cosenza a maggior rischio	€ 1.000,00

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)

CORSI DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

*(gestiti dalla U.O.S.D. Ufficio Unico della Sicurezza A.S.P. di Cosenza
e dalla UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale)*

Corso di Formazione Antincendio (Rischio Elevato) – Espletamento affidato ai VV.FF.

Titolo	UU.OO./Servizi Destinatari	Budget
Aggiornamento regola tecnica di prevenzione incendi <i>Formazione antincendio - rischio elevato</i>	Personale Aziendale da inserire nelle istituende unità antincendio	€ 10.000,00

Corso di Formazione sul Rischio Biologico

Titolo	Destinatari	Budget
Il rischio biologico e la prevenzione delle punture da aghi e taglienti	Tutte le professioni sanitarie e O.S.S.	€ 2.000,00

Corso di Formazione dei lavoratori a rischio radiazioni ionizzanti

(a cura di FIORAD)

Titolo	Destinatari	Budget
---------------	--------------------	---------------

Informazione e formazione sui rischi da radiazioni ionizzanti dei dirigenti e preposti e lavoratori a rischio (Artt. 110 e 111 D.Lgs n.101/2020).	Dirigenti, preposti e lavoratori a rischio radiazioni ionizzanti come indicato dall'esperto di radioprotezione.	€ 0,00
---	---	--------

FORMAZIONE RESIDENZIALE

GESTITA DAL CENTRO DI FORMAZIONE ALL'EMERGENZA DELLA C.O. 118 COSENZA

con la consulenza della UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale

Titolo	Destinatari	Budget
Primo Soccorso per laici	Personale aziendale	€ 0,00
BLS-D (<i>Basic Life Support – Defibrillation</i>)	Personale aziendale	€ 0,00
PBLS-D (<i>Pediatric Basic Life Support – Defibrillation</i>)	Personale sanitario	€ 0,00

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (*per attività formative già individuate*)

SETTORE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Partecipazione ad attività di formazione organizzate dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di informazione/formazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della corruzione e della trasparenza. PTPCT	RPCT, ufficio RPCT. Dirigenti e funzionari operanti in aree ad alto rischio	€6.000,00
--	---	-----------

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (*per attività formative già individuate*)

SETTORE PERFORMANCE E CONTABILITA DIREZIONALE

Partecipazione ad attività di formazione organizzate dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di informazione/formazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della Misurazione della Performance, Contabilità direzionale e Redazione PIAO.	Personale programmazione e controllo. Dirigenti Dipartimenti strutturali. Direttori SOC Dip Amministrat., STP/OIV.	€ 6.000,00
---	--	------------

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (per attività formative già individuate)

SETTORE SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Corso base e Corso di aggiornamento per il personale del Servizio Prevenzione e Protezione.	Tutte le professioni	€ 3.000,00
Corso per l'acquisizione della specializzazione nella prevenzione incendi, finalizzato all'iscrizione dei professionisti negli elenchi del Ministero dell'Interno (D.M. 05/08/2011 art. 4).		

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (per attività formative da individuare)

Attività e contenuti	Destinatari	Budget
Il budget relativo alla Formazione Esternalizzata per attività formative da individuare, come stabilito con Delibera n.101 del 31/01/2017 "Approvazione Piano per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza per il triennio 2017-2018-2019", al fine di semplificare le procedure, verrà gestito direttamente dalla Direzione Strategica Aziendale. Tenuto conto del budget limitato, allo scopo di ampliare il numero di professionisti aziendali che possono accedere a tale tipologia formativa, si individua in € 500,00 il limite massimo di riconoscimento dei costi sostenuti, fermo restando la coerenza delle attività formative con gli obiettivi aziendali e l'attività svolta, con preventiva autorizzazione alla partecipazione.	Tutte le professioni	€18.000,00

SCHEMA SINTETICO DI PREVISIONE SPESA PER LA FORMAZIONE AZIENDALE

ANNO 2024



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Formazione Residenziale	€ 15.000,00
Formazione esternalizzata (<i>per attività formative già individuate</i>)	15.000,00
Formazione esternalizzata (<i>per attività formative da individuare</i>)	18.000,00
Quota annuale di accreditamento Provider 2024	€ 2.582,22
Materiale per attività didattiche, esercitazioni, aule, altro	€ 12.417,78
Emergenze formative ed iniziative non calendarizzate	€ 10.000,00
TOTALE	€ 73.000,00
<i>Le cifre potranno essere modificate in relazioni ai costi effettivi di spesa per la realizzazione dei Corsi di Formazione</i>	

4. MONITORAGGIO

4.1. Monitoraggio integrato delle sezioni del PIAO

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio integrato e permanente del PIAO, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili. Tale monitoraggio pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione fatte nel PIAO, volti al raggiungimento del valore pubblico.

Resta inteso che il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Ai fini di realizzare il monitoraggio integrato delle sezioni PIAO si individuano i soggetti responsabili, gli strumenti e le modalità organizzative di seguito specificate:

- a. I soggetti responsabili del monitoraggio integrato sono i componenti del gruppo di lavoro individuati con nota prot. n° 168105 del 12/12/2022 dal Commissario Straordinario, coordinati dal RPCT e responsabili delle singole sezioni del PIAO:
 - ✓ RPCT: responsabile della sezione 2.1 valore pubblico, e 2.3 Anticorruzione e trasparenza;
 - ✓ Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo: responsabile sezione 2.2 Performance;
 - ✓ Direttore U.O.C. Gestione V.S.F. Risorse Umane: responsabile sezione 3- Organizzazione e capitale umano;
 - ✓ Direttore U.O.C. Gestione Tecnico-patrimoniale: responsabile sezione 2.1 valore pubblico e 2.2 performance, per quanto previsto all’art. 3, comma 1(punto a.2, a.3, b.2, b.3), art. 4, comma 1 (punto b.3, b.5); responsabile del Piano per la transizione al digitale e delle modalità, azioni e procedure per l’agenda digitale.
 - ✓ Direttore Dipartimento Tecnico-amministrativo: responsabile del supporto da parte di tutte le strutture del Dipartimento che sarà necessario eventualmente coinvolgere nel monitoraggio.
- b. Tutti i soggetti responsabili delle varie sezioni realizzano una programmazione il più possibile coordinata, sono coinvolti in una condizione di parità tra loro; ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l’adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili.
- c. Il monitoraggio integrato potrà essere realizzato attraverso procedure automatizzate (software), ovvero strumento informatico, in relazione alla disponibilità delle risorse, al fine di consentire un monitoraggio in corso d’opera, mediante il raccordo e l’interazione tra tutti i soggetti responsabili delle diverse sezioni del PIAO, per apportare misure correttive a fronte delle criticità via via riscontrate.
- d. Nel corso del triennio l’Amministrazione potrà istituire una cabina di regia composta dai responsabili delle sezioni di cui al punto a), e /o di un gruppo di lavoro interdirezionale per la predisposizione del PIAO e del successive monitoraggio integrato.

4.2. Collaborazione tra RPCT e OIV

Per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO è importante la collaborazione tra RPCT e OIV.

A tal fine l'OIV è chiamato a verificare:

- ✓ la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- ✓ i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività di controllo, l'OIV si confronta sia con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari – che con i dipendenti della struttura multidisciplinare di cui sopra, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

A sua volta, il RPCT dovrà tener conto dei risultati emersi nella Relazione sulla performance al fine di:

- ✓ effettuare un'analisi per comprendere le ragioni/cause che hanno determinato scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione;
- ✓ individuare le misure correttive - in coordinamento con i dirigenti, in base alle funzioni loro attribuite nella materia della prevenzione della corruzione dal Testo unico del pubblico impiego, con i referenti del RPCT, e in generale con tutti i soggetti che partecipano alla gestione del rischio - al fine di utilizzarle per implementare/migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

4.3. Rapporti tra RPCT e Strutture/Unità di missione per il PNRR

Considerato che molti interventi sono gestiti con risorse del PNRR, l'Autorità ritiene necessario valutare i rapporti tra RPCT e le Strutture/Unità di missione individuate dalle amministrazioni per coordinare, monitorare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti.

A tal fine è necessario assicurare sinergia tra il RPCT e le Strutture/Unità di missione, le quali in linea con la ratio del PNRR e dell'attuale quadro normativo volto alla semplificazione e all'integrazione, provvedono ad aggiornare l'RPCT attraverso relazioni e report periodici, ovvero attraverso:

- ✓ la mappatura dei processi
- ✓ il monitoraggio degli interventi del PNRR
- ✓ l'attuazione degli obblighi di trasparenza

4.4. Divieto di affidamento a terzi dell'elaborazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

La l. n. 190/2012 vieta che l'elaborazione dei PTPCT sia affidata all'esterno (art. 1, co. 8). Lo scopo della norma è quello di considerare la predisposizione dei piani un'attività da svolgere necessariamente da parte chi opera esclusivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente interessato, sia perché presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di identificare i profili di rischio; sia perché comporta l'individuazione delle misure di prevenzione proporzionate e contestualizzate rispetto alle caratteristiche della specifica amministrazione o ente. Tutte queste attività, da ricondurre a quelle di gestione del rischio, trovano il loro logico presupposto nella partecipazione attiva e nel coinvolgimento di tutti i dirigenti e di coloro che a vario titolo sono responsabili dell'attività delle pubbliche amministrazioni e degli enti.

4.5. Aggiornamento PIAO

Il PIAO è un documento di programmazione triennale con aggiornamento annuale. Tuttavia, qualora necessario, il PIAO potrà essere revisionato e/o aggiornato a seguito di normative sorgenti ovvero per esigenze derivanti da necessità di modifica e/o integrazione di contenuti significativi anche nel corso dell'anno.

Allegati al PIAO:

All.1 – Catalogo dei Procedimenti amministrativi;

All.2 – Misure di trattamento del rischio;

All.3 – Prospetto obblighi di pubblicazione;

All.3A- Obblighi di pubblicazione sotto sezione bandi di gara e contratti;

All.4 – Check list appalti PNA 2022

All. 5 – Piano degli Investimenti

All. 6 - Modello Organizzativo NUE 1-1-2