

*PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE - PIAO
2025/2027*

Sommario

PREMESSA	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
COSA FACCIAMO.....	5
COME OPERIAMO.....	7
MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION	8
AMMINISTRAZIONE IN CIFRE.....	9
LE RISORSE ECONOMICHE	13
ATTIVITÀ IN A.L.P.I.	14
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	14
VALORE PUBBLICO	14
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	15
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	16
ANALISI S.W.O.T.	17
OBIETTIVI STRATEGICI GENERALI	19
PERFORMANCE.....	24
TERMINOLOGIA E CONTESTO DI RIFERIMENTO NORMATIVO	25
STAKEHOLDERS.....	26
LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO	27
IL PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING	30
NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO	31
LA SCHEDA DI BUDGET.....	32
TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING	32
VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI.....	32
DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.....	33
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	33
MODELLO 231 e ORGANISMO DI VIGILANZA	35
METODOLOGIA USATA SOGGETTI COINVOLTI.....	35
MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	39
AREA DI RISCHIO ESECUZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI.....	40
AREA DI RISCHIO FARMACEUTICA.....	41
INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA	41
FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE	42
FORMAZIONE AVANZATA E SPECIFICA	42
TRASPARENZA	42
WHISTLEBLOWER E TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI	43

MONITORAGGIO.....	44
MISURE GENERALI E TRASVERSALI - ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI.....	44
MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE.....	45
ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE	46
CONFLITTO DI INTERESSI.....	46
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO.....	46
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	47
INCOMPATIBILITÀ DA CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL D.LGS 165/01) ...	47
ULTERIORI MISURE:	47
CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI	47
STUDI CLINICI	47
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	48
STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	48
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	49
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	50
IL RUOLO DELLA FORMAZIONE	54
LE AZIONI POSITIVE.....	58
MONITORAGGIO.....	60
ALLEGATI.....	60

PREMESSA

Il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, all'articolo 6 introduce lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione – P.I.A.O., che rappresenta una importante innovazione organizzativa.

Il P.I.A.O. è lo strumento di programmazione che le aziende sanitarie pubbliche utilizzano per rendere trasparenti i processi di programmazione di acquisizione e di impiego delle risorse economiche fisiche e professionali necessarie allo svolgimento ottimale dei percorsi di cura erogati al proprio interno.

Il Piano ha durata triennale (con aggiornamento annuale) ed in ottica di massima semplificazione razionalizza la disciplina previgente sostituendo e richiamando i contenuti dei seguenti documenti di pianificazione :

- ✚ Il Piano delle Performance;
- ✚ Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT);
- ✚ Il Piano delle azioni concrete;
- ✚ Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA);
- ✚ Il Piano di azioni positive per la parità di genere;
- ✚ Il Piano triennale dei fabbisogni del personale;
- ✚ Il Piano della Formazione Aziendale (PAF);
- ✚ Piano strategico per la transizione digitale
- ✚ Piano qualità e sicurezza delle cure.

Il P.I.A.O. rappresenta, quindi, una sorta di “testo unico” della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

Nello specifico, il seguente documento di programmazione definisce:

- ✚ Gli obiettivi programmatici e strategici della performance (collegando performance individuale ai risultati della performance organizzativa).
- ✚ Strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo (incluso lavoro agile e obiettivi formativi).
- ✚ Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne attraverso progressioni di carriera del personale,
- ✚ Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.
- ✚ L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, nonché la pianificazione delle attività.
- ✚ Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.
- ✚ Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.
- ✚ Le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Il P.I.A.O. dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza è coordinato dalla Direzione del Dipartimento Tecnico-Amministrativo, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, costituito con delibera n. 619 del 21/10/2022 e successiva n. 804 del 23/12/2022, nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo e con la propria missione istituzionale al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio sanitario regionale, del proprio bacino di riferimento territoriale, impiegando – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

La prospettiva aziendale tende ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società civile, la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone e della comunità stessa. Quest'ultima non solo è destinataria degli interventi, ma è anche realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare proposte, di selezionare le priorità di intervento e di partecipare al controllo dei risultati.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

COSA FACCIAMO

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è un Ente con personalità giuridica pubblica, avente autonomia imprenditoriale, costituito ai sensi e per gli effetti del Decreto del Presidente della Giunta Regione Calabria n. 170 dell'8 febbraio 1995 e ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, e successive modifiche ed integrazioni. Ha sede legale in Cosenza, via San Martino, ove è situato il Centro Direzionale, nel quale sono ubicati gli uffici della Direzione Generale e vengono svolte anche le attività aziendali di supporto. Opera senza fine di lucro, è organicamente inserita nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e assolve al compito istituzionale di promuovere, attraverso programmi coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria ed assistenziale, azioni tese al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. La sede legale dell'Azienda è in Cosenza, in via San Martino s.n.c. dove è situato il Centro Direzionale che accoglie gli uffici della direzione strategica e delle strutture amministrative.

L'Azienda è costituita da un Presidio Ospedaliero Unico, articolato in tre Stabilimenti Ospedalieri:

S.O. Annunziata, Cosenza, via Felice Migliori;

S.O. Mariano Santo, Cosenza, contrada Muoio Piccolo;

S.O. Santa Barbara, Rogliano, via Luigi Sturzo.

<i>Denominazione Amministrazione</i>	<i>Azienda Ospedaliera di Cosenza</i>
<i>Sede Legale</i>	<i>Via San Martino, s.n.c., 87100 - Cosenza</i>
<i>Codice Fiscale / Partita Iva</i>	<i>01987250782</i>
<i>Tipologia di Amministrazione</i>	<i>Azienda del Servizio Sanitario Nazionale</i>
<i>Sito Web Istituzionale</i>	<i>https://www.aocosenza.it</i>
<i>Telefono</i>	<i>0984681992</i>
<i>Fax</i>	
<i>Indirizzo PEC per le comunicazioni</i>	<i>aziendaospedalieracosenza@pec.aocs.it</i>

La struttura organizzativa dell'A.O. di Cosenza è quella definita dal vigente Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 164 del 18/09/2020 e approvato con D.C.A. n. 131 del 07/10/2020. È in corso di approvazione da parte degli organi regionali l'Atto Aziendale di diritto privato di rimodulazione della nuova organizzazione e il funzionamento dell'Azienda per come da DCA n. 54 del 16/02/2023 "Linee guida regionali per l'adozione degli Atti Aziendali".

La definizione del nuovo Atto Aziendale, prende in considerazione il DCA n. 197 del 30/12/2022 "Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università della Calabria per la collaborazione in ambito sanitario", delibera n. 1/2023, e i conseguenziali protocolli/accordi attuativi, del n. 509 del 02/10/2023, n. 610 del 01/12/2023, n. 15 del 15/01/2024, n. 14 del 15/01/2024, e successivi, che prevedono UU.OO. la cui Direzione è affidata a

personale Universitario e l'istituzione di Dipartimenti ad attività integrata Azienda-Università.

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda, Responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale assicura la direzione strategica dell'Azienda attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori, Amministrativo e Sanitario, partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale, è formato da tre componenti e dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio. Il Collegio di Direzione, di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero - professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

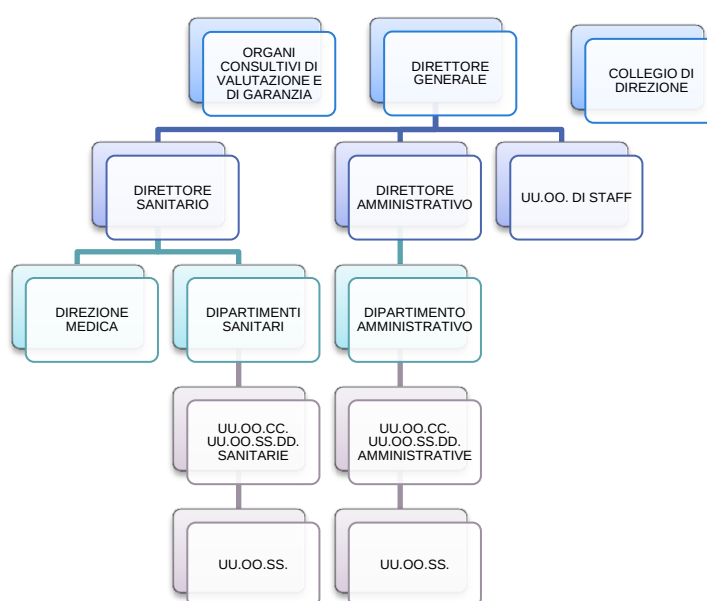


Figura 1: Attuale Struttura Organizzativa.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili disponibili di diritto e di fatto e viene conservato ed incrementato nel tempo per meglio assicurare il soddisfacimento dei bisogni degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, cui eroga prestazioni e servizi.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del secondo comma, art. 5 del D.Lgs. n°502/1992, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata. I beni mobili e immobili, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dagli artt. 828, 829, 830 c.c.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione tecnologica e strutturale dell'offerta di salute. A tal fine può adottare iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale ex art. 5 c. 2 del D.Lgs n°502/1992.

L'Azienda provvede alla salvaguardia, alla valorizzazione e all'aumento della redditività del patrimonio immobiliare indisponibile e disponibile, anche mediante una corretta procedura di ammortamento finalizzata al reintegro delle risorse disponibili.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- + Integrazione e consolidamento dei rapporti con l'Università della Calabria e aderenza completa ai protocolli d'intesa ed accordi attuativi a tutt'oggi sottoscritti;
- + competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- + ascolto e coinvolgimento;
- + motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- + attività sinergiche multidisciplinari e interprofessionali;
- + affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- + innovazione tecnologica e organizzativa;
- + consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale, regionale e nazionale e forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, con gli Enti Locali, le associazioni di Volontariato nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni; che si concretizza in risposte di qualità al bisogno sanitario delle persone;
- + qualità del sistema di governo aziendale;
- + equità e trasparenza;
- + equilibrio economico finanziario.

COME OPERIAMO

L'Azione Aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie e con le istituzioni del territorio.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza con il DCA n. 197 del 30/12/2022 "Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università della Calabria per la collaborazione in ambito sanitario", delibera n. 1/2023, e i conseguenziali protocolli/accordi attuativi, del. n. 509 del 02/10/2023, n. 610 del 01/12/2023, n. 15 del 15/01/2024, n. 14 del 15/01/2024, e successivi, arricchisce la sua mission e si pone come luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di attività didattica.

Sono stati, pertanto, individuati gli obiettivi fondamentali per:

- a) assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario;
- b) promuovere lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria;
- c) garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

Le attività dell'Azienda si sviluppano allo scopo di:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali e nazionali;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda Ospedaliera;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali.

A tale scopo si ritiene fondamentale agire, sul piano gestionale, per:

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell'azienda e assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;

- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico- assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;
- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali utili alla produzione di informazioni per supportare il processo decisionale strategico e direzionale oltre che rendere evidenti i risultati aziendali raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati e ai cittadini.

L'Azienda e l'Università, inoltre, in seguito all'accordo, intendono dare attuazione al citato Protocollo e, nell'ambito delle rispettive autonomie, coordinare la programmazione e le attività di comune interesse con riferimento alle forme di integrazione tra attività assistenziale, didattico-formativa e di ricerca nel quadro delle reti formative e delle reti assistenziali regionali, in linea con la programmazione regionale.

La ricerca per l'Azienda costituisce un impegno istituzionale da perseguire anche con il personale universitario, docente e ricercatore, nonché uno strumento essenziale per l'innovazione in ambito assistenziale.

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

L'Azienda persegue la propria missione attraverso l'erogazione dei LEA, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, facendo propri i principi di salvaguardia della dignità della persona e del soddisfacimento del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso ai servizi offerti, della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure praticate, dell'economicità nell'impiego delle risorse; garantisce l'accoglienza nelle sue strutture ed eroga i suoi servizi a chiunque ne abbia bisogno, secondo il modello "dalla cura al prendersi cura" (from cure to care) fornendo e sviluppando assistenza polispecialistica, promuovendo e perseguendo la centralità del paziente-utente, favorendo la formazione, la valorizzazione e la motivazione del personale mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

L'AO di Cosenza, quale Ospedale Hub di rilievo regionale nonché azienda di riferimento provinciale per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e Università, realizza l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'Università.

Il ruolo di centro Hub e DEA di II livello all'interno delle reti cliniche provinciali, conferisce all'AO di Cosenza anche una connotazione territoriale.

L'AO di Cosenza, in virtù del più volte citato Protocollo d'Intesa, garantirà tutte le attività assistenziali in un processo che include, le attività di didattica e di ricerca, la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario, lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria attraverso appositi programmi di ricerca in sinergia con l'Università.

In particolare:

- ✚ promuove la qualità dell'offerta clinico-assistenziale secondo le priorità di salute indicate dalla programmazione provinciale e regionale nel rispetto dei vincoli delle risorse disponibili;
- ✚ sostiene l'innovazione in ambito clinico-assistenziale promuovendo anche i modelli organizzativi delle Aree per intensità di cura e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- ✚ favorisce lo sviluppo dei necessari processi di integrazione al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali per assicurare ai pazienti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali;
- ✚ persegue l'eccellenza rappresentando, come già previsto dalla programmazione sanitaria regionale, il punto di riferimento di ambito provinciale per la gestione delle patologie ad alta complessità quali quelle del materno infantile, per le patologie oncoematologiche, per percorsi

internistici e chirurgici specialistici d'alta complessità clinica, rafforzando il ruolo di riferimento svolto nella risposta all'emergenza-urgenza;

- persegue la sicurezza delle cure di pazienti, operatori e visitatori della prevenzione e del trattamento delle infezioni acquisite in ospedale;
- incoraggia la qualificazione professionale e valorizza il contributo delle persone nel rispetto di principi di dignità ed equità favorendo la diffusione delle conoscenze in ambito clinico e gestionale;
- promuove la politica di orientamento all'utente in tutta la struttura aziendale secondo principi universali di equità;
- rappresenta, oggi, il luogo privilegiato ed integrato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative;
- assicura legalità ed imparzialità nell'effettuazione dei processi sia di ambito clinico sanitario che burocratico- amministrativo;
- favorisce lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- favorisce lo sviluppo di un sistema di comunicazione digitale con la Pubblica Amministrazione e di gestione documentale completamente informatizzata.

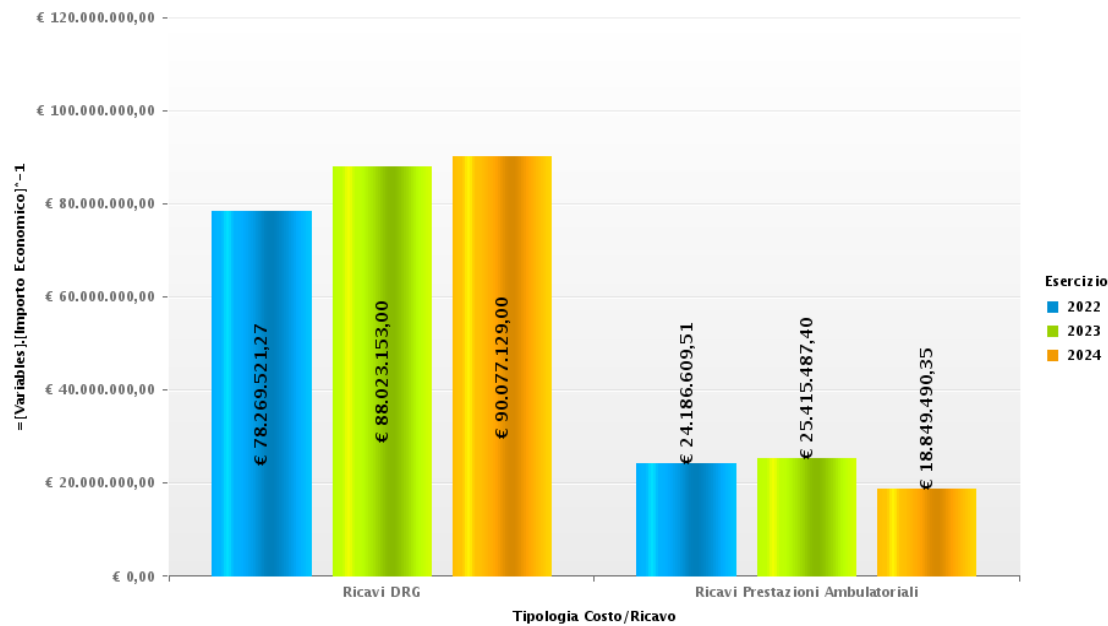
Al fine di mettere a punto modalità gestionali utili a coniugare l'eccellenza delle prestazioni la razionalizzazione nell'uso delle risorse, l'Azienda intende improntare tutti i processi logistici e amministrativi di supporto implementando e potenziando l'integrazione con l'Università.

AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

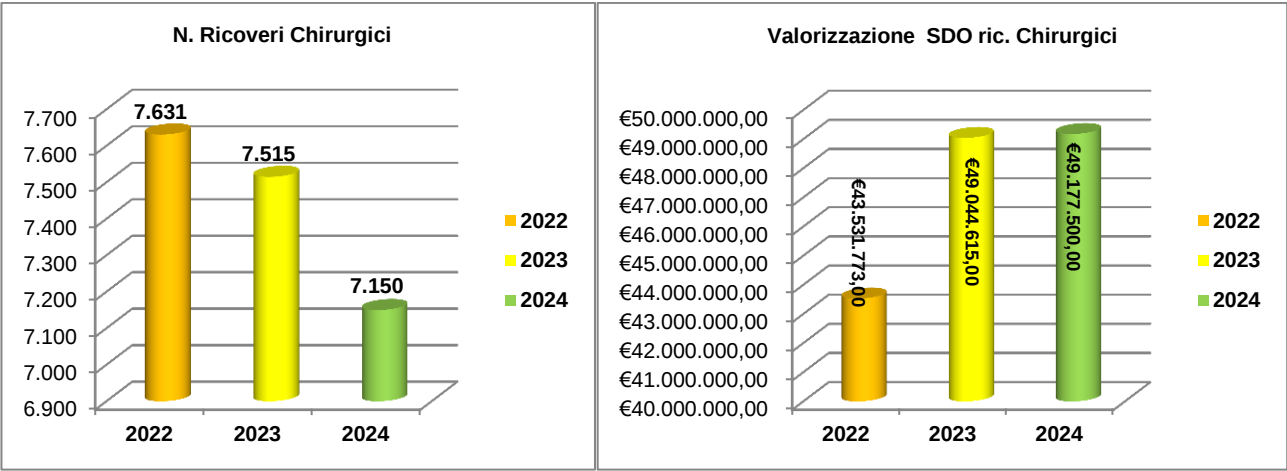
L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 Presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significativi relativi all'anno 2024, tuttavia non ancora consolidati, rispetto ai due anni precedenti, riportati in tabelle e graficamente.

Prestazioni Ambulatoriali			
	2022	2023	2024*
N. Prestazioni	612.227	724.701	627.412
Produzione	€ 24.190.796,09	€ 25.415.487,40	€ 18.849.490,35
* dati al 30 settembre 2024			

Attività di ricovero			
CASI TRATTATI E PRODUZIONE RICOVERI			
Anno Dimissione	Regime Ricovero	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2022	1 - ordinario	16.463	€ 75.031.592,00
	2 - day hospital	3.143	€ 3.240.921,00
2022 Totale		19.606	€ 78.272.513,00
2023	1 - ordinario	18.650	€ 84.210.530,00
	2 - day hospital	3.785	€ 3.812.623,00
2023 Totale		22.435	€ 88.023.153,00
2024*	1 - ordinario	18800	€ 86.153.219,00
	2 - day hospital	3846	€ 3.923.910,00
2024 Totale		22.646	€ 90.456.129,00
* dati non ancora consolidati			



RICOVERI CHIRURGICI		
Anno Dimissione	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2022	7.631	€ 43.531.773,00
2023	7.515	€ 49.044.615,00
2024*	7.150	€ 49.177.500,00
* dati non ancora consolidati		



Dai dati sopra rappresentati, l'attività della A.O. di Cosenza, ha registrato un aumento nell'anno 2024 con una crescente valorizzazione economica degli interventi chirurgici a fronte di una diminuzione dei casi a dimostrazione di maggiore qualità e appropriatezza delle prestazioni.

Una maggiore attenzione ai percorsi e all'organizzazione hanno, altresì, consentito un miglioramento degli indici statistici dei ricoveri riportati nella seguente tabella:

STATISTICA RICOVERI ORDINARI			
	2022	2023	2024* * dati non ancora consolidati
DIMESSI	16510	18664	18800
DEGENZA MEDIA	6,86	6,75	6,57
TASSO OCCUPAZIONE PL	84,38	88,55	88,50
INDICE DI ROTAZIONE PL	43,97	47,83	49,14
N. MEDIO RIC GIORNALIERI	51,57	58,44	60,59
GIORNATE DI DEG	131511	144154	145365
INTERVALLO DI TURNOVER	1,3	0,87	0,85
PL MEDI UTILIZZATI	427	446	450

ESITO TRATTAMENTI P.S.

Anno Accettazione PS	Codesc NAZ Azienda Sanitaria Istituto PS	Codesc NAZ Esito Trattamento PS	N. Accessi Ps	N. Assistiti Ps
2022	180912 - azienda ospedaliera di cosenza	1 - dimissione a domicilio	30.588	24.462
		1 - dimissione a domicilio Totale	30.588	24.462
		2 - ricovero in reparto di degenza	8.583	7.899
		2 - ricovero in reparto di degenza Totale	8.583	7.899
		3 - trasferimento ad altro istituto	740	726
		3 - trasferimento ad altro istituto Totale	740	726
		4 - deceduto in ps	407	407
		4 - deceduto in ps Totale	407	407
		5 - rifiuta ricovero	2.806	2.690
		5 - rifiuta ricovero Totale	2.806	2.690
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica	4.042	3.723
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica Totale	4.042	3.723
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	811	764
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica Totale	811	764
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali	969	945
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali Totale	969	945
		9 - giunto cadavere	11	11
		9 - giunto cadavere Totale	11	11
2022 Totale			48.957	36.335
2023	180912 - azienda ospedaliera di cosenza	1 - dimissione a domicilio	38.938	30.062
		1 - dimissione a domicilio Totale	38.938	30.062
		2 - ricovero in reparto di degenza	10.462	9.330
		2 - ricovero in reparto di degenza Totale	10.462	9.330
		3 - trasferimento ad altro istituto	476	462
		3 - trasferimento ad altro istituto Totale	476	462

		4 - deceduto in ps	327	327
		4 - deceduto in ps Totale	327	327
		5 - rifiuta ricovero	3.131	2.978
		5 - rifiuta ricovero Totale	3.131	2.978
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica	3.252	3.043
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica Totale	3.252	3.043
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	690	641
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica Totale	690	641
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali	1.360	1.310
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali Totale	1.360	1.310
		9 - giunto cadavere	25	25
		9 - giunto cadavere Totale	25	25
2023 Totale			58.661	42.095
Anno Accettazione PS	Codesc NAZ Azienda Sanitaria Istituto PS	Codesc NAZ Esito Trattamento PS	N. Accessi Ps	N. Assistiti Ps
2024*	180912 - azienda ospedaliera di cosenza	1 - dimissione a domicilio	44.770	34.162
* dati non ancora consolidati		1 - dimissione a domicilio Totale	44.770	34.162
		2 - ricovero in reparto di degenza	10.146	9.092
		2 - ricovero in reparto di degenza Totale	10.146	9.092
		3 - trasferimento ad altro istituto	328	324
		3 - trasferimento ad altro istituto Totale	328	324
		4 - deceduto in ps	287	287
		4 - deceduto in ps Totale	287	287
		5 - rifiuta ricovero	1.974	1.901
		5 - rifiuta ricovero Totale	1.974	1.901
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica	3.492	3.194
		6 - il paziente abbandona il ps prima della visita medica Totale	3.492	3.194
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	815	763
		7 - il paziente abbandona il ps in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica Totale	815	763
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali	736	699
		8 - dimissione a strutture ambulatoriali Totale	736	699
		9 - giunto cadavere	33	33
		9 - giunto cadavere Totale	33	33
2024 Totale			62.581	44.771

LE RISORSE ECONOMICHE

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza elabora i propri bilanci in osservanza delle disposizioni contenute nel codice civile, titolo V, capo V sezione IX, in quanto compatibili con la normativa specifica nazionale e regionale emanata per il settore sanitario pubblico, e facendo riferimento ai Principi Contabili emanati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri.

In particolare, trovano applicazione gli articoli 2423 (Redazione del bilancio), 2423 bis, (Principi di redazione del bilancio), 2423 ter comma 5 (comparazione con importi esercizio precedente), 2424 bis (disposizioni relative a singole voci dello Stato Patrimoniale), 2425 bis (iscrizione dei ricavi, proventi, costi ed oneri) e 2426 (Criteri di valutazione) del codice civile.

L'assegnazione delle risorse di parte corrente è effettuata dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria basandosi sui livelli di produzione aziendali delle attività sanitarie di ricovero e prestazioni ambulatoriali procedendo alla valorizzazione dei flussi delle attività erogate dall'Azienda a consuntivo ed alla valorizzazione delle funzioni non tariffate. Il sistema comporta, pertanto, la piena valorizzazione di tutte le attività effettuate dall'Azienda nel rispetto del principio della competenza economica previsto dal codice civile. Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite gli strumenti contabili dei Modelli Ministeriali CE quali report di monitoraggio mensile della spesa del personale, dei costi per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con deliberazioni n. 197 del 31/05/2024 ha approvato il Bilancio d'esercizio 2023.

L'esercizio 2023 si è chiuso con un risultato in perdita pari ad Euro -32.300.436,34. Tale perdita scaturisce dalle modifiche dei criteri di finanziamento della Regione Calabria. L'Azienda ha avviato, già dal 2023, una politica di crescita e d'incremento della produzione aziendale al fine di poter raggiungere nel medio termine il pareggio del bilancio attraverso politiche gestionali e di riorganizzazione di tutta l'attività ospedaliera.

L'Azienda ha avuto una contrazione, per l'annualità, 2022, della produzione dovuta al fatto che, durante l'emergenza, comunque ha dovuto garantire l'offerta sanitaria finalizzata al COVID. Nonostante ciò, già dall'esercizio 2023, l'Azienda ha raggiunto un incremento di produzione di 12.682.745,67 di Euro. Nel corso dell'esercizio sono stati effettuati investimenti in tecnologie, come il Robot Da Vinci ed incrementi di attività di sala operatoria e di comfort alberghiero che hanno contribuito ad una lievitazione dei costi. Tuttavia, se la Regione Calabria adeguerà il finanziamento all'effettiva produzione aziendale il trend economico-finanziario migliorerà sensibilmente. Infatti, già considerando che con il DCA 92/2024 all'Azienda non è stata riconosciuta la produzione di 5.304.876,87, nel momento in cui la Regione Calabria riconoscerà questa ulteriore differenza, la perdita dovrebbe, di fatto, ridursi ad Euro 26.995.559,47.

L'attività di ricavo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza rimane sostanzialmente imperniata sulle consuete categorie della mobilità sanitaria, dei contributi in conto esercizio determinati dalla Regione Calabria e delle attività proprie quali la compartecipazione alla spesa sanitaria, la quota parte di introito per la libera professione intramoenia ed altri concorsi tipici della gestione ordinaria.

Il sistema di finanziamento prevede un'assegnazione onnicomprensiva di tutte le funzioni ed un finanziamento a prestazione per le restanti attività, sia che venga resa alle altre aziende territoriali, sia a cittadini di provenienza extraregionale.

I ricavi per Contributi in c/esercizio per l'esercizio 2023 sono pari ad Euro 67.329.623,91, in aumento rispetto all'esercizio precedente.

Il Valore della produzione, sempre per il 2023, si è attestato ad Euro 199.594.738,34 mentre il totale dei Costi della produzione è pari ad Euro 227.689.684,59 in aumento rispetto al precedente esercizio.

Per quanto concerne la spesa per il personale dipendente la stessa, a conclusione dell'esercizio, si è attestata, al netto dell'IRAP, ad Euro 106.380.947,72.

Il costo per l'acquisto dei beni sanitari, è pari ad Euro 55.228.971,11.

ATTIVITÀ IN A.L.P.I.

Per attività libero-professionale intramuraria (ALPI) si intende l'attività che la dirigenza medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dall'orario di lavoro in favore e su libera scelta dell'assistito pagante in proprio ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

L'ALPI non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e lo svolgimento della stessa deve essere organizzata in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e la piena funzionalità dei servizi. L'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e della prevalenza dei volumi orari e di prestazioni necessari per compiti istituzionali.

Deve dunque rappresentare per l'utenza un servizio aggiuntivo con la finalità di garantire un più ampio ventaglio di prestazioni all'utente nel rispetto dell'esigenza di miglioramento della qualità delle prestazioni, ove scientificamente riconosciute appropriate, efficaci e di sviluppo della promozione del ruolo aziendale.

L'esercizio dell'ALPI è disciplinato da specifico Regolamento aziendale, deliberazione 305 del 29/11/2024.

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**VALORE PUBBLICO**

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza intende perseguire ed implementare il benessere della popolazione nonché promuovere un processo di equità sociale nelle cure, attraverso l'esercizio e l'implementazione di alcune funzioni: sotto l'aspetto assistenziale, l'Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza.

Il servizio erogato dall'Azienda si caratterizza per l'impegno all'umanizzazione di ogni fase dell'iter assistenziale, attraverso la ricerca e la promozione di tutte le modalità operative volte a garantire un "buon servizio" ai cittadini ed al "benessere organizzativo" dei lavoratori. Nello svolgimento della propria attività istituzionale l'Azienda si ispira ai principi costituzionalmente sanciti e tutelati, volti a garantire il godimento dei diritti della persona. I servizi sono erogati secondo regole uguali per tutti. Questo principio è inteso come uguaglianza dei diritti degli utenti, cioè, non solo come diritto all'uniformità delle prestazioni, bensì come divieto di discriminazioni nell'erogazione dei servizi stessi, attivando tutte le modalità che consentano di tutelare esigenze particolari e categorie di "utenti più deboli".

L'Azienda Ospedaliera salvaguarda i principi di efficacia ed efficienza nell'erogazione di servizi e prestazioni rispondenti alle reali necessità dell'utenza e finalizzati a garantire un ottimale rapporto tra risorse impiegate e attività svolte e risultati ottenuti. L'azione che l'Azienda Ospedaliera di Cosenza si propone di realizzare, in continuità con la programmazione triennale nel precedente PIAO 2023-2025, nell'ambito delle funzioni e principi ai quali si ispira deve pertanto tenere prioritariamente in evidenza:

- ✚ l'implementazione dell'informatizzazione e digitalizzazione di percorsi e procedure, sia interne (dell'organizzazione) sia esterne (rivolte agli utenti);
- ✚ la riorganizzazione interna con particolare attenzione al miglioramento dei servizi ed alla umanizzazione delle cure, alla riduzione degli sprechi, alla ottimizzazione dei consumi, al miglioramento dei consumi energetici;
- ✚ promozione e valorizzazione delle competenze umane e professionali con individuazione di percorsi di formazione e declinazione delle skill occorrenti per lo svolgimento dell'attività operativa.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ritiene, inoltre, strategico:

- ✚ investire in innovazione, anche alla luce della programmazione del PNRR, sia ambito tecnologico, che dei sistemi informatici gestionali, attraverso la definizione di piani operativi sia per gli investimenti materiali che immateriali, in particolare nell'ICT, la cui implementazione ha effetti sulla qualità dell'assistenza, sulla rapidità ed efficienza del sistema di risposta, anche al fine di

- realizzare, trasversalmente, la piena accessibilità fisica e digitale, ai servizi sanitari da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- + promuovere innovazione in ambito organizzativo, attraverso la sperimentazione di nuovi modelli dell'assistenza: separazione dei percorsi urgenza/emergenza – elezione, implementazione del sistema di pre-ospedalizzazione centralizzata e gestione dei blocchi operatori in funzione delle liste di attesa, percorsi di fast track in pronto soccorso, gestione ALPI, gestione liste di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche;
- + perseguire innovazione anche nel governo dei processi amministrativi ed economici: percorsi di certificazione, implementazione politiche in materia di privacy, trasparenza, antiriciclaggio, prevenzione della corruzione;
- + attuare il coordinamento e l'integrazione con il territorio provinciale, quale centro Hub per il bacino di riferimento che assicura servizi e prestazioni di alta complessità non presenti in altri nodi della rete ospedaliera
- + promuovere ogni azione utile al fine di dare attuazione al protocollo d'intesa che disciplina le modalità di collaborazione tra la Regione Calabria l'Università della Calabria e l'Azienda Ospedaliera di Cosenza per lo svolgimento di alcune attività previste nel Programma Operativo Regionale 2022-2025 finalizzate alla tutela della salute della collettività e ad una migliore e progressiva formazione degli operatori sanitari del servizio sanitario regionale.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza insiste su un territorio provinciale che per estensione geografica e numero di abitanti - ca 700 mila - è il più vasto della regione Calabria: quinta provincia italiana, seconda dell'area meridionale della penisola.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in ottemperanza a quanto previsto dal D.C.A. n°30 del 3 marzo 2016 garantisce l'omogeneità e la continuità tra il sistema di emergenza territoriale 118 e i PP.SS./DEA che sono le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria. Il sistema di emergenza vede coinvolti i diversi elementi: Centrali operative 118 e i Dipartimenti di emergenza/urgenza ed accettazione (DEA), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di obiettivo comune. Obiettivo prioritario dell'Azienda Ospedaliera è garantire l'adeguatezza della rete emergenza urgenza, adottando tutti gli accorgimenti necessari a consentire che gli accessi al pronto soccorso siano realmente urgenti.

In tale contesto organizzativo ed operativo si inseriscono le criticità gestionali del sistema sanitario regionale che condizionano notevolmente lo svolgimento ordinato e programmato delle attività istituzionali.

Non occorre richiamare le numerose fonti che hanno attestato negli anni la 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 difficoltà 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 protratti per un decennio.

Allo stato, è 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. 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 20 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 finora non affrontate con sufficienza.

In sintesi, l'epidemia da COVID-19, ha messo in risalto la fragilità di un sistema sanitario regionale e in particolare della Provincia di Cosenza, che mostra uno scollamento tra attività ospedaliere e territoriali con un impatto pesante, in termini di continuità assistenziale, per le patologie non-covid, anche quelle croniche e gravi, come segnalato sin dall'inizio della pandemia soprattutto dalle associazioni dei pazienti e dalle società scientifiche. Basti solo pensare che già a fine 2020 si registrava, a livello nazionale, una riduzione, per le patologie oncologiche, del 52% delle nuove diagnosi, del 57% delle visite oncologiche e del 64% degli interventi chirurgici.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è costituita da un Presidio Ospedaliero Unico, articolato in tre Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Annunziata, Cosenza, via Felice Migliori;
- S.O. Mariano Santo, Cosenza, contrada Muio Piccolo;
- S.O. Santa Barbara, Rogliano, via Luigi Sturzo.

L'Azienda persegue la propria missione facendo propri i principi di salvaguardia della dignità della persona e del soddisfacimento del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso ai servizi offerti, della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure praticate, dell'economicità nell'impiego delle risorse.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza è Centro Hub sede di D.E.A. di II livello della rete dell'emergenza. La struttura, sede di D.E.A. di II livello, serve un bacino di utenza compreso tra 750.000 e 1.200.000, è dotata di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello, nonché delle strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I livello, tra le quali: Cardiologia con Emodinamica Interventistica h.24, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Endoscopia digestiva, Broncoscopia Interventistica, Rianimazione Pediatrica Neonatale, Neuroradiologia con Interventistica, Radiologia Interventistica, Neurologia con Stroke di 2° livello; sono presenti h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, con Guardia Medica attiva e Neuroradiologia in reperibilità nonché altre eventuali discipline di alta specialità.

Il Pronto Soccorso realizza interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Il modello organizzativo prevede l'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30-01-98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza). Si applica il Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza-urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage Accordo Stato Regione del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n.285).

L'Azienda, secondo quanto previsto dal D.lgs. 165/2001, opera nel rispetto del principio della separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo e di gestione e attua il principio di distinzione tra atti di governo e di gestione che pone in capo al Direttore Generale l'adozione degli atti che implicano scelte strategiche, di programmazione, e di controllo dell'attività e l'attuazione dei medesimi atti affidati alla dirigenza alla quale compete anche l'ordinaria attività istruttoria. Ai dirigenti spetta infatti, ai sensi dell'art. 15-bis del D. Lgs. 502/92 e dell'art. 4 del D. Lgs. 165/2001, l'adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, compresi tutti quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Sono organi dell'Azienda:

- Il Direttore Generale, il Direttore amministrativo, il Direttore Sanitario;

- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio dei Sanitari;
- i Collegi Tecnici;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- il Comitato Consultivo Aziendale;
- il Comitato Unico di Garanzia.

L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza e persegue la propria mission.

Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione delle politiche di governo clinico e a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni.

La ricostruzione della "catena del comando" ha consentito un più continuo e proficuo confronto su diverse tematiche di interesse aziendale e la possibilità di avviare percorsi condivisi a tutti i livelli.

Come previsto dal D.C.A. n°30 del 3 marzo 2016, avente ad oggetto "Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti" gli Stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda devono essere in grado di offrire competenze e tecnologie sofisticate e complesse per rispondere, in modo armonico e coordinato, ai molteplici fabbisogni di assistenza della popolazione.

Devono, altresì, realizzare le prescrizioni regionali in relazione:

- al consumo e alla produzione delle prestazioni ospedaliere;
- all'appropriatezza dei ricoveri effettuati nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza (OBI, PAC, APA, prestazioni ambulatoriali, controllo DRG ad alto rischio di inappropriatazza);
- al numero dei posti letto necessari all'espletamento delle prestazioni richieste;
- al numero delle strutture complesse necessarie a garantire la produzione e la relativa collocazione delle stesse.

La rete ospedaliera tiene conto, nella gestione, della necessità di integrarsi con le altre reti regionali riguardo all'emergenza-urgenza territoriale.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliera ha puntuale considerazione delle eventuali analisi specifiche effettuate dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, relativamente alle indagini epidemiologiche sulla situazione dei propri residenti.

Le scelte aziendali sono comunque influenzate non solo da vincoli di bilancio e indicatori sanitari, ma anche dai compiti cui l'azienda deve adempiere, ossia l'alta specializzazione, l'emergenza, ma anche l'attività tipica di un ospedale cittadino.

ANALISI S.W.O.T.

La presente sezione rappresenta la sintesi delle informazioni rappresentate nei due paragrafi di analisi del contesto interno e di quello esterno individuando punti di forza (*Strenght*), debolezza (*Weaknesses*), opportunità (*Opportunities*), minacce (*Treath*).

I punti di **FORZA** sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

I **punti di forza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- la presenza di professionalità universitarie di elevata competenza;
- la presenza di tecnologie di altissima specialità;
- Linea multidisciplinare di CHIRURGIA ROBOTICA

- la presenza di attività uniche nel bacino d'utenza provinciale e regionale;
- l'elevata complessità della casistica trattata;
- la condivisione in rete tra le strutture abilitate dei referti prodotti dalle strutture di laboratorio e/o radiologiche e delle immagini degli esami eseguiti;
- l'allocazione del Polo Oncologico presso il presidio della A.O. Mariano Santo;
- l'evoluzione dell'organizzazione aziendale in funzione della integrazione con l'Università, DCA n. 197 del 30/12/2022, e ss.mm.ii., per la collaborazione in ambito sanitario con una forte integrazione di tre componenti essenziali: ASSISTENZA, DIDATTICA E RICERCA;
- l'integrazione con le attività territoriali in particolare per applicazione di modelli organizzativi di pronto soccorso, gestione acuti e della cronicità riacutizzata.

I punti di **DEBOLEZZA**, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

I **punti di debolezza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- la vetustà del complesso immobiliare comprendente i presidi ospedalieri Annunziata e Santa Barbara che con difficoltà sono sottoposti a continui adeguamenti in attesa della realizzazione del nuovo presidio ospedaliero;
- "Duplice veste" OSPEDALE DI CITTÀ SPOKE/ALTA SPECIALITÀ HUB;
- l'innalzamento dell'età media del personale e la fruizione da parte dello stesso delle agevolazioni derivanti dall'applicazione di normativa vigente (legge 104/1992, decreto legislativo 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni) con ripercussioni sull'attività e l'organizzazione dei turni;
- laboriosità del processo di digitalizzazione aziendale in connessione con Territorio e Regione;
- scarsa propensione del personale al cambiamento.

Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall'altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza. Si individua così l'elenco delle opportunità.

18

Le **OPPORTUNITÀ** sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia. Si distinguono:

- ✚ **opportunità interne** che il sistema è capace di innescare al suo interno e quindi direttamente manovrabili attraverso la S.W.O.T. I vantaggi che possono derivare dalla combinazione tra punti di forza e punti di debolezza sono:
 - revisione del percorso chirurgico privilegiando le eccellenze;
 - Nuovi Dipartimenti integrati a forte spinta verso ricerca e innovazione che rappresentano un modello organizzativo volto a rafforzare la sinergia tra ricerca scientifica e applicazioni pratiche innovative;
 - incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche attraverso la realizzazione di una apposita struttura di nuovi ambulatori, colmando le criticità dei locali attualmente destinati agli ambulatori ed avvalendosi delle elevate professionalità e tecnologie di cui dispone l'Azienda;
 - razionalizzazione delle prestazioni di ricovero a favore dei ricoveri appropriati, superando le criticità derivanti dall'obsolescenza di alcune attrezzature e dall'usura di alcuni ambienti, e potendosi basare sulla presenza di elevate professionalità e su una casistica statisticamente altamente complessa;
 - completamento delle procedure di attivazione dell'ala dello Stabilimento Mariano Santo completa.
- ✚ **opportunità esterne** indipendenti dal sistema e proprie del contesto, dell'ambiente in cui il sistema è calato. Le opportunità che l'Azienda potrebbe cogliere dal contesto esterno riguardano:

- Integrazione con Università (nuovo Atto Aziendale);
- Investimenti da fondi PNRR
- la creazione dei piani di gestione integrata ospedale-territorio per i pazienti cronici ai fini della dimissione facilitata;
- la collaborazione con le strutture territoriali ai fini dell'incremento delle possibilità di accesso agli screening oncologici;
- l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, anche in regime di Day Service, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, in luogo delle prestazioni di ricovero che danno luogo a DRG non appropriati.

Le **MINACCE** sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito, nei casi estremi.

Come per le opportunità anche per le minacce si possono distinguere due tipologie:

- ✚ **minacce interne**, che è possibile gestire agendo per tempo sui punti di debolezza:
 - obsolescenza tecnologica (strumentazione e attrezzatura di base);
 - età media del personale;
- ✚ **minacce esterne**, indipendenti dalla capacità decisionale manageriale. Le minacce che provengono dal contesto esterno sono:
 - l'affluenza al pronto soccorso di un notevole numero di utenti che potrebbero soddisfare la loro domanda di salute in strutture territoriali;
 - la necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità che dovrebbero essere erogate dalle strutture territoriali;
 - la carenza nel territorio di strutture di riabilitazione e di lungodegenza e l'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare integrata, che determinano un anomalo incremento delle giornate di degenza;
 - la diminuzione della spesa per beni e servizi, prevista dalla normativa nazionale, che, tenuto conto delle nuove linee di attività intraprese dall'Azienda, comporta il rischio di non potere assicurare una adeguata risposta alla domanda di salute della cittadinanza.

Esistono delle relazioni tra i parametri appena descritti ma, anche se potrebbe sembrare netta la relazione che esiste in positivo tra opportunità e punti di forza e in negativo tra minacce e punti di debolezza, la relazione tra i quattro parametri non è né scontata né automatica.

Infatti, occorre promuovere le forze in modo da trasformarle in opportunità e soprattutto gestire le debolezze come aree di intervento con l'obiettivo di impedirne la trasformazione in minacce.

L'Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di perseguire fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

OBIETTIVI STRATEGICI GENERALI

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 Performance si definisce nella sua programmazione pluriennale ed è oggetto di aggiornamento annuale in relazione ai seguenti determinanti:

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

QUALIFICAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE RIPRESA DELL'ATTIVITÀ POST COVID

Il dato che caratterizza l'attività dell'Azienda Ospedaliera è sicuramente quello di una inversione di tendenza rispetto al triennio precedente, in cui è prevalsa l'esigenza della gestione della pandemia da Covid – 19, quindi di una “normalizzazione” e sviluppo sempre più accentuato delle attività cliniche.

Complessivamente, anche in relazione all'attestarsi del dato epidemiologico a livello internazionale e nazionale, l'Azienda si può ritenere oggi attrezzata per conciliare l'esigenza di sviluppo delle prestazioni cliniche con quella di gestire nuove situazioni emergenziali. Tale positiva circostanza ha messo nelle condizioni l'Azienda di poter avviare un percorso di riqualificazione della struttura ospedaliera e di potenziamento delle dotazioni organiche, nell'ambito degli stringenti vincoli di Bilancio.

Durante il periodo Pandemico di COVID-19, purtroppo, sono aumentati in maniera considerevole pazienti con esigenze di trattamenti diagnostici di livello superiore o chirurgico, sia in urgenza che in elezione, determinando l'allungamento delle liste d'attesa sulle quali si è intervenuto con un sistema complesso di azioni, la cui realizzazione è avvenuta con gradualità e i cui effetti sono stati oggetto di attento monitoraggio, al fine di cogliere tempestivamente i segnali utili alla eventuale pronta rimodulazione delle azioni.

L'obiettivo prefissato è stato quello di trovare soluzioni per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno più bisogno, implementando soluzioni che hanno determinato un aumento dell'equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza.

Con il Decreto-Legge n°73 del 7 giugno 2024 sono state emanate le misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie che, all'art.3, comma 10 prevede che qualora i tempi di attesa previsti dalle classi di Priorità individuate nel PNGLA 2019-2021 non possono essere rispettati, le direzioni generali aziendali devono garantire l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive. A tale scopo, pertanto, con delibere n. 225 del 25/07/2024 e n. 267 del 24/10/2024, è stato previsto un piano operativo per il recupero delle liste di attesa.

Contestualmente, l'esperienza pandemica ha introdotto nell'ambito ospedaliero, percorsi di cura che hanno valorizzato al massimo l'orientamento alla umanizzazione ed alla centralità della persona nell'approccio terapeutico ed alla multiprofessionalità nella gestione del paziente.

20

INFORMATIZZAZIONE/DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI

Il Codice dell'Amministrazione Digitale (d.lgs.vo n. 82 del 7.3.2005 e s.m.i.) è intervenuto a più riprese a disciplinare le modalità di gestione e di comunicazione di documenti all'interno della Pubblica amministrazione e tra la P.A. e soggetti terzi.

Il principio generale è che la pubblica amministrazione deve assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dell'informazione in modalità digitale e quindi si organizza ed agisce a tale fine utilizzando, con le modalità più appropriate, le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

In base alle disposizioni contenute nel C.A.D., le Pubbliche Amministrazioni devono utilizzare (esclusivamente) modalità telematiche sia nelle comunicazioni tra di esse, sia nelle comunicazioni con i propri dipendenti, sia nelle comunicazioni con le imprese e i professionisti.

Per quanto riguarda lo specifico di questo Ente, la digitalizzazione dei processi nell'area amministrativa e tecnica deve procedere parallelamente con il processo di digitalizzazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria.

Complessivamente, il processo di digitalizzazione è stato avviato presso questa Azienda Ospedaliera, sia per quanto riguarda il Fascicolo sanitario elettronico che per quanto riguarda la gestione dei processi amministrativi.

La maggior parte di questi processi sono gestiti attraverso l'utilizzo, esteso a tutte le UU.OO.CC., di un applicativo regionale SEC-SIRS utilizzato da tutte le strutture aziendali.

L'acquisizione e implementazione nell' Azienda Ospedaliera dell'applicativo di gestione documentale – SEC SIAC DOC, che consente la ricezione e lo smistamento di documenti a tutte le articolazioni aziendali,

l'archiviazione e la gestione di fascicoli in formato elettronico, la predisposizione e la trasmissione a terzi di documenti in modalità digitale, l'esposizione dei documenti in ottemperanza alla disposizioni sulla trasparenza, costituisce una piattaforma concreta per realizzare degli obiettivi di digitalizzazione, che si aggiunge e completa altre piattaforme specifiche di comunicazione dematerializzata già esistenti, in ambito aziendale in quanto parte del progetto regionale SEC SISR o relative alla implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per i cittadini ma anche esterne, presenti nell'ambito della Regione Calabria o di altri Enti Nazionali che svolgono specifiche attività di interesse amministrativo (centrali di committenza, Ministeri, Anac...)

L'applicativo SEC SIAC ACQ assicura, invece, la tracciabilità delle fatture (dalla registrazione del protocollo delle fatture in entrata, all'emissione dell'atto di liquidazione), la tempestività dei relativi pagamenti, la protocollazione automatica degli atti di liquidazione, nonché la doppia firma e il doppio controllo di formalità sia dell'atto di liquidazione sia della documentazione interna all'ufficio, con il pieno rispetto dei principi contabili.

Tali applicativi sono in uso quotidiano in area amministrativa.

L'obiettivo che ci si propone è quello di fare uno sforzo ulteriore, programmato ed accompagnato, nell'utilizzo di modalità digitali, per realizzare una completa gestione dematerializzata dei documenti e delle comunicazioni, arrivando a superare, in un arco temporale ben definito, la gestione cartacea, tenendo presente che la completa gestione dematerializzata dei documenti non costituisce un fine a se stesso, ma diventa l'infrastruttura per agevolare il costante perseguimento di obiettivi di snellimento dei processi di gestione con conseguente recupero in termini di efficienza, efficacia e trasparenza.

Ci sono quindi tutte le condizioni – normative, organizzative, tecniche – per perseguire a breve un obiettivo di completa gestione dematerializzata dei documenti e delle comunicazioni, e nel medio termine un obiettivo di snellimento dei processi e dei procedimenti di gestione.

Per quanto riguarda l'area sanitaria, il ritardo nei processi di informatizzazione e digitalizzazione possono essere recuperati, sostenuti ed implementati dalla programmazione e finanziamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR -

La Missione 6 - Salute – del PNRR mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- 🚦 Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- 🚦 Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Fra i progetti regionali che coinvolgono l'Azienda Ospedaliera, a livello specifico e trasversale, con impatto sulla digitalizzazione dei processi, risultano di grande valenza i seguenti:

- 🚦 M6C2 1.3. "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione"- sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK....) per un importo complessivo di euro 292.550.000– di cui intervento Reingegnerizzazione NSIS a livello locale.
- 🚦 M6C21.1.1 Digitalizzazione Dea I e Dea II livello per un importo complessivo di 7.532.500,00

Per quanto riguarda il progetto M6C2 1.1.1, fino a Novembre 2023 sono stati realizzati Assessment da parte della Regione Calabria per definire gli interventi da eseguire al fine di poter usufruire dei fondi Pnrr.

Gli Assessment sono terminati stabilendo il cronoprogramma di interventi da effettuare inviato dalla Regione Calabria e sottoscritto dall'AO di Cosenza in data 06/06/2024.

Ad oggi si è in fase di analisi ed adesione agli Accordi quadro disponibili sulla piattaforma Consip ed utilizzabili secondo quando stabilito nel cronoprogramma Regionale.

In sintesi gli interventi prevedono una serie di investimenti infrastrutturali dell'AO di Cosenza con particolare rilevanza sulla connettività della rete informatica, adeguando tutta la Lan dell'AO di Cosenza a 10 gigabit considerando anche l'investimento di Sanità Connessa (Ministeriale) che porterà un incremento della velocità della fibra in ingresso ed introducendo pc portatili per rispondere alle esigenze di visita a bordo letto con la sostituzione dei relativi pc obsoleti spesso veicolo di virus ed attacchi Cyber.

La seconda parte d'investimenti prevede l'adeguamento alle nuove direttive Nis2 dettate da ACN con la messa in campo di una Cybersecurity sia formativa attraverso corsi di formazione, che strutturale con l'inserimento di politiche di controllo delle postazioni di lavoro.

Per finire si è acquistata una piattaforma di interoperabilità con tecnologia FHIR al fine di connettere in un unico Repository tutti i dati Sanitari ed Amministrativi.

A tal fine inoltre si è provveduto ad aggiornare le licenze Microsoft dei server presenti nel data center aziendale, introducendo Office 365 sulle postazioni di lavoro.

Inoltre è allo studio un nuovo sistema Lis (Laboratorio di analisi) ed un nuovo sistema Ris e Pacs(Radiologia) attualmente obsoleti e contrattualmente scaduti.

Seguirà un'ultima fase di interconnessione della CCE con il sistema informatico del blocco operatorio e terapia intensiva che renderà la Cartella clinica informatizzata di Cosenza completamente interconnessa con tutti i software sanitari.

Per quanto riguarda il sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica, relativo alla Missione 6 Salute, Componente 2 Investimento 1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione di cui al Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e del relativo Piano Operativo, l'Azienda ha provveduto a predisporre il Piano di Adeguamento Tecnologico ed il Piano di incremento delle competenze digitali (formazione e comunicazione) con gli interventi necessari ad adeguare i sistemi in uso alle linee guida nazionali per la produzione dei documenti digitali e per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario della Regione Calabria.

Sono stati quindi predisposti piani operativi di dettaglio che, tenendo fisse le milestone di progetto, hanno dettagliato tutte le attività e le relative tempistiche a corredo dell'adeguamento degli applicativi da parte dei fornitori. e la nostra azienda si è dotata di un repository aziendale che permette l'invio di tutti i referti generati al fascicolo FSE 2.0

Sono state così pianificati, oltre agli aggiornamenti dei sistemi produttori, dei documenti che alimentano il FSE:

- ✚ Lettera di dimissione ospedaliera;
- ✚ Verbale di Pronto Soccorso;
- ✚ Referti di Radiologia;
- ✚ Referto di Laboratorio di analisi;
- ✚ Referto di specialistica ambulatoriale;
- ✚ Referto del trasfusionale
- ✚ Referti di gepadial

Gli obiettivi prefissati si sono raggiunti in seguito al completamento di alcuni interventi quali:

- ✚ l'acquisto e distribuzione delle firme digitali;
- ✚ l'acquisto e distribuzione dei lettori di smart card;
- ✚ il censimento degli operatori sul sistema FSE;
- ✚ l'abilitazione delle Tessere Sanitarie come CNS per l'autenticazione degli operatori richiesta dal FSE;
- ✚ la configurazione delle postazioni di lavoro per l'utilizzo degli applicativi aggiornati e per la firma digitale dei suddetti documenti.

Le attività sono state tutte concluse; solo i referti di anatomia patologica finiscono nel nostro repository aziendale ma non sono inviati perché il ministero deve dare autorizzare l'invio al fascicolo.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Tra gli obiettivi strategici che l'Azienda Ospedaliera di Cosenza intende perseguire, rivestono fondamentale importanza gli investimenti in innovazione tecnologica volte ad ammodernare il parco tecnologico aziendale.

La Componente 2, della Missione 6 Salute del PNRR, comprende misure volte all'ammodernamento tecnologico riguardanti la sostituzione di Grandi apparecchiature obsolete, nello specifico per il Sub Investimento 1.1.2- "Grandi apparecchiature sanitarie" sono stati assegnati n. 23 interventi all'Azienda Ospedaliera di Cosenza per un importo complessivo pari a € 3.757.962,00. I 23 interventi comprendono la sostituzione di altrettante apparecchiature obsolete: n. 15 Ecotomografi, n. 1 TAC, n. 1 Gamma Camera, n. 2 Sistemi polifunzionali per Radiologia Digitale Diretta, n. 3 Telecomandati radiologici e n. 1 Densitometro Osseo.

A tal proposito, si evidenzia che sono stati stipulati tutti i contratti di fornitura relativi ai 23 interventi sopraelencati mediante adesione agli Accordi Quadro delle gare aggiudicate da Consip e le relative apparecchiature sono state ordinate.

Inoltre, al 31/12/2024, sono state fornite, installate e collaudate n. 16 delle 23 Grandi apparecchiature, le rimanenti saranno installate e collaudate durante l'arco dell'anno 2025.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza rientra nel "Programma di Ammodernamento tecnologico", approvato con DCA n. 5 del 31/01/2022, che prevede la sostituzione o il potenziamento di n. 5 Grandi apparecchiature sanitarie (n. 1 Acceleratore Lineare, n. 1 Risonanza Magnetica, n. 1 TAC, n. 1 Mammografo, n. 1 Angiografo) per un importo complessivo di € 8.274.771,26, di cui 95 % a carico dello Stato e il restante 5% a carico della Regione Calabria. Al 31/12/2024 sono stati ammessi a finanziamento n. 3 interventi, di cui l'intervento inerente l'installazione di un nuovo mammografo è stato concluso. Nell'arco del 2025 saranno conclusi gli ulteriori 2 interventi finanziati (Angiografo e Acceleratore Lineare) e si procederà alla richiesta di finanziamento degli ultimi interventi rimasti (RMN e TAC).

Negli ultimi anni l'innovazione tecnologica all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza si è rafforzata ulteriormente grazie alla sinergia con l'Università della Calabria. Nel biennio 2023-2024 attraverso la convenzione con UNICAL sono state acquisite e collaudate n. 3 apparecchiature elettromedicali con notevole contenuto tecnologico e con carattere innovativo (Sistema robotizzato per chirurgia endoscopica, Sistema robotizzato mobile per imaging intraoperatorio, Ecotomografo) per un importo complessivo di € 3.870.000,00.

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE /TRASPARENZA

La prevenzione della corruzione e la trasparenza è assunto dall'Azienda quale obiettivo generale e trasversale di tutta la programmazione, declinato nei termini e nelle modalità illustrate nella sezione "Rischio corruttivo e trasparenza" di questo P.I.A.O. Accanto alla prevenzione del rischio corruttivo, l'Azienda ritiene obiettivo strategico l'adozione di un modello organizzativo di gestione ai sensi del Decreto legislativo 231/2001 e con esso l'implementazione di protocolli e procedure che regolano e definiscono la struttura aziendale e la gestione dei processi sensibili.

CONTROLLO/CONTENIMENTO/OTTIMIZZAZIONE COSTI/RISPARMIO ENERGETICO

La ripresa delle attività cliniche post pandemia, sebbene abbia comportato una certa riduzione dei costi specificatamente destinati alla gestione della Pandemia, per i quali, tra l'altro era previsto un rimborso da parte dell'Ente Regione, non ha sostanzialmente intaccato la struttura dei costi fissi destinati ai servizi non sanitari che, sostanzialmente mantengono la loro rigidità, in quanto non comprimibili nella loro dimensione di offerta e leggermente aumentati al fine di assicurare le precauzioni necessarie e gestire eventuali picchi di contagio o periodiche situazioni di emergenza.

Pertanto, risulta necessario, in questo contesto, definire una politica di gestione che, a partire dall'assegnazione di budget di spesa annuale predefiniti, proceda al monitoraggio e controllo dei volumi e dell'appropriatezza della spesa, in una logica di contenimento e riduzione, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

In tale contesto ed alla luce della nuova emergenza legata al conflitto russo –ucraino, che ha prodotto una forte lievitazione dei costi energetici, si rende altresì necessario provvedere alla definizione di un programma aziendale di risparmio energetico, seguendo le indicazioni della UE, per come stabilito nella Circolare dalla Funzione Pubblica n. 2/22. Nel dettaglio, l'UE, tramite il Regolamento 2022/1369, ha previsto misure dirette a ridurre i consumi di gas naturale. Ebbene, tutte le amministrazioni sono invitate ad avere come obiettivo anche l'efficienza energetica. Si parla del cd. "dividendo dell'efficienza", ossia leve premiali previste dall'ordinamento per tali obiettivi. In tal senso, la normativa attuale statuisce come una quota delle economie provenienti da riduzioni di spesa siano adibite a finanziare la contrattazione integrativa e ad attivare gli istituti premianti di cui all'art. 19 D.Lgs. n. 150/2009.

PERFORMANCE

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.

La programmazione della Performance, in coerenza e continuità con quanto stabilito dall'art. 10 del D.lgs n. 150 del 27/10/2009 individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici aziendali. L'Azienda si propone di promuovere la Tutela della Salute dei cittadini, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona. La soddisfazione dei bisogni dell'utenza e il miglioramento della salute, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali, sono obiettivi prioritari che richiedono misure preventive e curative da realizzarsi in stretta collaborazione tra i servizi ospedalieri e territoriali. L'Azienda dovrà porre una significativa attenzione ai fattori economici e sanitari non perdendo di vista la sensibilità degli effetti organizzativi e la razionalizzazione del lavoro. L'Azienda si impegna a sviluppare tutte le azioni necessarie per promuovere il principio della responsabilizzazione diffusa del personale e il continuo coinvolgimento dello stesso, sviluppando anche iniziative formative specifiche, migliorando il benessere organizzativo. Costituisce impegno fondamentale proseguire nell'attuazione del programma di informatizzazione aziendale, in particolare la gestione informatica delle cartelle cliniche e del registro operatorio; nonché promuovere le iniziative finalizzate al controllo, ottimizzazione e contenimento dei costi mediante il continuo coinvolgimento sia dei Centri di Responsabilità che dei Centri di costo.

L'Azienda intende promuovere lo sviluppo di tutte le attività ritenute strategiche, come il potenziamento delle attività chirurgiche, la riorganizzazione dell'Area Emergenza Urgenza e il completamento del Polo Oncologico, in linea con i principi fondamentali di un'assistenza moderna, efficace ed efficiente e cioè umanizzazione, innovazione, ricerca, formazione attraverso:

- ✚ lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali integrati (home care, ambulatoriale, day hospital, ricovero ospedaliero in degenza continua), utili a garantire una presa in carico globale dell'utente e della sua famiglia. Tale impostazione contribuisce al superamento delle attuali suddivisioni delle competenze rendendo esplicite e condivise le finalità professionali che afferiscono a diverse discipline, favorendo l'utilizzo ottimale e razionale di posti letto e del personale;
- ✚ uno standard di accoglienza elevato per umanizzazione, personalizzazione, sostegno, habitat, comfort, privacy
- ✚ l'apertura dell'ospedale alle strutture territoriali e ai medici di famiglia la cui interconnessione, attraverso una piena condivisione di informazioni, rende esaurientemente concretizzato un sistema basato sulla centralità del paziente evitando disagi, disorientamento, duplicazioni di prestazioni.

Contestualmente dovrà essere potenziata l'attività di APA PAC consentendo così una progressiva gestione

del Trend del numero di ricoveri ordinari. Occorre promuovere ulteriori creazioni di Protocolli Operativi interni ai singoli servizi e reparti, finalizzati al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici per ridurre le Liste di Attesa per le prestazioni da erogare.

TERMINOLOGIA E CONTESTO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

Al fine di favorire una migliore comprensione del contenuto della programmazione della Performance e per garantire la necessaria trasparenza aziendale si ritiene necessario fornire le definizioni di alcuni termini specifici riportati all'interno del piano.

- ✚ **Performance organizzativa:** è il livello di performance ottenuto dall'Azienda Ospedaliera di ossia dalle singole Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura e inseriti nella scheda di budget.
- ✚ **Performance individuale:** è il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente, valutato attraverso una scheda di valutazione redatta dal Responsabile della struttura, dal numero delle presenze in servizio rispetto alle giornate lavorative. Per i dirigenti responsabili di struttura e per i coordinatori infermieristici viene valutata anche la percentuale del raggiungimento degli obiettivi specifici loro assegnati.
- ✚ **Ciclo della performance:** è il processo aziendale con cui vengono definiti gli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la Performance. Le principali fasi del ciclo della performance sono la misurazione (analisi dagli scostamenti dei risultati dagli standard prefissati), valutazione (raffronto dei risultati ottenuti in base alla misurazione e pesatura del raggiungimento), rendicontazione (trasmissione con cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione).
- ✚ **Piano della Performance:** è l'insieme degli obiettivi strategici e operativi su cui si fonda l'attività aziendale; viene approvato e revisionato annualmente dall'Azienda;
- ✚ **Misurazione della Performance:** è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;
- ✚ **Valutazione della performance:** è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance;
- ✚ **Indicatore:** è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo.
- ✚ **Stakeholder:** è un gruppo di individui, che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione;
- ✚ **Outcome:** è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso.

I riferimenti normativi principali relativi alla programmazione della Performance, presi in considerazione per l'elaborazione del PIAO 2023 – 2025, sono contenuti in alcuni articoli del titolo 1 del Decreto 150/09 e s.m.i. che ne delineano le modalità di redazione e le finalità.

In particolare:

- l'art. 5, al comma 1, statuisce che "gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici...";
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di "direttive generali contenenti gli indirizzi strategici" e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, della programmazione sulla Performance;

- delibera Civit 88/2010, linee guida per la definizione degli standard di qualità.
- delibera Civit 89/2010, indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
- delibera Civit112/2010, struttura e modalità di redazione del piano della performance.
- delibera Civit 113/2010, applicazione agli enti del Servizio Sanitario Nazionale Mattoni SSN, Mattoni 8, Misura dell'Outcom.
- L.R. n°3/2012, linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel Servizio Sanitario Regionale.
- comma 524 punto a) della Legge di stabilità 2016.
- Decreto del Dirigente Regione Calabria 3262 del 21.03.2014 avente ad oggetto: "Approvazione schema di Regolamento aziendale del Sistema di misurazione e valutazione della Performance individuale – Programma operativo 2013-2015 – Programma 10 obiettivo 10.1.6.
- Decreto Legislativo n.517/1993;
- Patto per la Salute 2010 - 2012;
- Patto per la Salute 2014 - 2016;
- Manovre economiche nazionali {Spending Review) e Leggi di Stabilità annuali;
- Legge n.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto Legislativo n.33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione";
- Decreto Ministeriale n.70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

La programmazione aziendale negli ultimi anni è stata influenzata dal ridimensionamento che ha subito il Fondo Sanitario Nazionale che di riflesso si è ripercosso sul Sistema Regionale e dal Piano di Rientro adottato dal Commissario ad Acta ed imposto alle Aziende Salutari del SSR. Nel corso degli ultimi anni il top management dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha dovuto mettere in campo una serie di azioni virtuose per far convivere, con scarse risorse, il piano di rientro, la qualità delle cure e l'appropriatezza organizzativa, a cui vanno aggiunti, per i due anni trascorsi, gli effetti dell'emergenza pandemica, tutt'ora in corso. La programmazione di un'azienda salutare non è solamente di tipo economico, ma anche e soprattutto di tipo organizzativo.

STAKEHOLDERS

Un'Azienda sanitaria, da intendersi non solo come Ente erogatore di servizi, ma anche come sistema aperto e in continua relazione con l'esterno, deve costantemente porre attenzione a quei fattori che influenzano positivamente e rinsaldano i rapporti con i propri stakeholder, anche al fine dell'ottimale raggiungimento degli obiettivi di trasparenza e anticorruzione, proprio in considerazione del fatto che questi soggetti detentori di un "titolo" per entrare in relazione con l'Azienda, possono oggettivamente favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione.

Gli stakeholder esterni dell'Azienda Ospedaliera sono catalogabili in:

- ✚ **stakeholder essenziali**, cioè coloro che è necessario coinvolgere perché hanno capacità di influenza e grado di interesse alti, rispetto all'attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che l'amministrazione vuole adottare. Tra questi sono da annoverare il Commissario ad Acta, la Regione, le associazioni di categoria, le associazioni sindacali, le altre aziende sanitarie, le Società scientifiche;
- ✚ **stakeholder opportuni**, cioè coloro che è utile/strategico coinvolgere poiché hanno alta capacità di influenza anche se hanno un basso grado di interesse. Di questi fanno sicuramente parte i soggetti in grado di influenzare l'opinione pubblica rispetto a determinate tematiche, come la Corte dei Conti, Media e Social Media, Università e Centri di Ricerca;
- ✚ **stakeholder deboli**, cioè coloro che hanno una bassa capacità di influenza ma alto grado di

interesse. Questa categoria coincide spesso con le fasce destinatarie dell'erogazione dei servizi sanitari, ovvero gli utenti ed è quindi opportuno coinvolgerli nel processo di pianificazione delle stesse. Oltre ai cittadini/utenti, in questa categoria si inseriscono anche le associazioni portatrici di interessi diffusi e le Associazioni delle professioni sanitarie.

Da qui l'esigenza di coinvolgerli nei processi di individuazione del rischio e proposizione delle misure più adeguate per mitigarlo e/o prevenirlo, e nei processi di individuazione delle aree su cui focalizzare l'attenzione nell'ambito della performance. L'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza e la UOC Programmazione e Controllo, in passato hanno pubblicato sul proprio sito istituzionale un avviso volto a raccogliere proposte e segnalazioni, finalizzate all'elaborazione del Piano Anticorruzione e del Piano della Performance. L'iniziativa, nonostante la pubblicazione anche nella sezione Avvisi, e i diversi tentativi di aumentarne la visibilità e di conseguenza l'efficacia, non ha avuto riscontro alcuno.

E' evidente, quindi, che l'approccio con gli stakeholder dovrà essere più mirato e inclusivo. Si procederà, pertanto, nel triennio, a promuovere iniziative specifiche al fine di coinvolgere i gruppi di interessi, in un approccio inclusivo di cooperazione, al fine di condividere processi virtuosi di trasparenza e anticorruzione.

LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

Relativamente al presente PIAO la Direzione Strategica ha inteso fornire ulteriori linee di indirizzo finalizzate ad avviare per il 2025 un ciclo di gestione della performance idoneo a perseguire il valore pubblico dell'Azienda declinato nel modo che segue: *"Rispondere al soddisfacimento del bisogno acuto di salute dei cittadini in maniera efficiente ed efficace promuovendo e concretizzando l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca con l'Università della Calabria"*.

Allo stesso tempo la Direzione ha rappresentato le aree strategiche individuate in:

1. Area del Governo Clinico
2. Area del Governo Economico – Finanziario
3. Area del Governo dei Processi
4. Area del Governo della Reputazione Aziendale

Evidenziando, in ultimo, la necessaria coerenza e con gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale con DCA n° 347/2024.

In ragione di dette linee di indirizzo, la UOC Programmazione e Controllo ha strutturato un sistema di macro obiettivi volti a soddisfare una duplice finalità; la prima riconducibile alla declinazione delle aree strategiche in obiettivi, la seconda relativa all'effettiva successiva strutturazione degli obiettivi in indicatori misurabili e sfidanti.

Detta complessa analisi è stata condivisa con la Direzione Strategica nel suo complesso così da poter cogliere tanto gli ambiti di interesse generale che quelli di specifica afferenza amministrativa e sanitaria

AREA DEL GOVERNO CLINICO

L'area del governo clinico, fermo restando la necessità di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, è stata rappresentata in 4 macro obiettivi pensati per consentire misurazioni sui principali aggregati di ricavo dell'Azienda ovvero quelli riconducibili ai ricoveri remunerati a DRG e le prestazioni rese in regime di specialistica ambulatoriale.

Per entrambe le categorie si è ritenuto imprescindibile differenziare per asset omogeni e, dunque, distinguendo i ricoveri ordinari rispetto a quelli resi in day hospital/day surgery e le prestazioni in specialistica ambulatoriale generaliste rispetto a quelle rese in formulazioni APA/PAC.

Le valutazioni tendono a dare risalto tanto ad aspetti quantitativi (aumento dei volumi) che qualitativi (aumento della complessità della casistica) così da rispondere alle vocazioni dell'Azienda Ospedaliera.

Come è noto la stessa si configura tanto quale HUB dell'Area Nord della Calabria che come Ospedale della città capoluogo di provincia.

codice	GC
Area obiettivo	Governo Clinico
1	Miglioramento quali-quantitativo dei ricoveri ordinari e dei livelli assistenziali
2	Miglioramento quali-quantitativo dei ricoveri in DH/DS
3	Incremento quali-quantitativo delle prestazioni specialistiche APA-PAC
4	Incremento quali-quantitativo delle prestazioni specialistiche

Ai macro obiettivi sopra descritti, in sede di assegnazione alle differenti articolazioni organizzative, è prevista la definizione di specifici indicatori idonei a misurare le caratterizzazioni della singola articolazione organizzativa.

AREA DEL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO

L'Area del governo Economico-finanziario mira a soddisfare esigenze volte alla definizione di obiettivi idonei a garantire che il soddisfacimento dei bisogni di salute sia reso secondo principi di efficienza ed efficacia.

I macro obiettivi, pertanto, rispondono a chiare configurazioni di efficientamento e razionalizzazione delle spese per farmaci e per le ulteriori acquisizioni di beni e servizi anche in ambito manutentivo.

codice	GE
Area obiettivo	Governo Economico – Finanziario
1	Rispetto dei parametri previsti dal Conto economico programmatico
2	Razionalizzazione dei contatti di fornitura di beni e servizi
3	Efficientamento spesa farmaceutica
4	Razionalizzazione dei contratti di manutenzione

Anche relativamente alla presente Area ai macro obiettivi sopra descritti, in sede di assegnazione alle differenti articolazioni organizzative, è prevista la definizione di specifici indicatori idonei a misurare le caratterizzazioni della singola articolazione organizzativa.

AREA DEL GOVERNO DEI PROCESSI

L'area del governo dei processi si configura come l'area di maggiore potenziale secondo la struttura del presente Piano in quanto nella sua trasversalità vuole consentire risposte organizzative trasversali e di notevole impatto.

I macro obiettivi, infatti, individuano 4 processi esplicativi delle azioni di cambiamento che l'Azienda intende realizzare.

Il miglioramento prestazionale delle sale operatorie rafforza la volontà di soddisfacimento di interventi chirurgici non effettuabili spesso in altre strutture e forieri in molti casi di mobilità verso altre regioni.

La trasparenza sui tempi di attesa delle prestazioni risponde alle sempre più chiare indicazioni ministeriali e regionali in materia

La trasmissione puntuale e accurata dei flussi informativi (anche ad articolazioni aziendali interne) consente di soddisfare i debiti informativi e di condurre analisi e verifiche per il miglioramento continuo

dell'organizzazione.

All'interno della presente Area non poteva essere escluso l'impegnativo obiettivo scaturente dalla necessità di aggiornamento delle procedure amministrative, informatiche e sanitarie scaturenti dall'adozione del nuovo atto aziendale trasmesso ai competenti uffici regionali nel mese di dicembre 2024 per la sua approvazione.

codice	GP
Area obiettivo	Governo dei Processi
1	Miglioramento livello prestazionale sale operatorie
2	Trasmissione dei flussi informativi anche ad articolazioni aziendali interne
3	Trasparenza tempi di attesa delle prestazioni
4	Aggiornamento procedure a seguito di adozione nuovo atto aziendale

AREA GOVERNO REPUTAZIONE AZIENDALE

L'area del governo della reputazione Aziendale rappresenta una novità rispetto alle precedenti programmazioni.

Sono sempre maggiori le rilevazioni, le analisi e le "classifiche" che enti pubblici e privati periodicamente presentano sulle aziende sanitarie pubbliche e private.

Il Programma Nazionale Esiti e l'analisi multidimensionale sulla performance di AGENAS rappresentano sicuramente i casi più conosciuti e di maggiore risonanza mediatica.

Le metodologie individuate da AGENAS sono oggettivamente valide in quanto di fonte certa e con dati robusti.

Il monitoraggio di tali dati e l'aderenza alle predette metodologie, pertanto, soddisfa sia la consapevolezza di migliorare la reputazione aziendale che analisi comparative con altre aziende appartenenti allo stesso cluster.

In tema di reputazione non può essere, assolutamente trascurato il necessario e tempestivo aggiornamento delle sezioni informative del sito aziendale e dei portali collegati, atteso che sono innumerevoli le rilevazioni statistiche, anche ufficiali, che testimoniano come la prima azione per reperire informazioni in ambito sanitario sia quella di consultare il sito internet della struttura ove si è intenzionati ad eseguire la prestazione.

Gli ulteriori macro obiettivi enfatizzano le necessità dell'Area in argomento.

29

codice	GR
Area obiettivo	Governo della Reputazione Aziendale
1	Miglioramento livello di aderenza al Programma Nazionale Esiti - modello multidimensionale della performance Agenas
2	Aggiornamento tempestivo sezioni informative sito aziendale e portali collegati
3	Organizzazione di manifestazioni/seminari/eventi volti ad accrescere la reputazione aziendale
4	Verifica delle base di dati utilizzati da soggetti pubblici e privati per indicatori e statistiche

ULTERIORI MACRO OBIETTIVI

L'Analisi condotta dalla UOC Programmazione e Controllo ha consentito di immaginare ulteriori macro obiettivi che completano e sistematizzano l'impianto complessivo richiesto dalla direzione strategica con le linee di indirizzo fornite.

In particolare i macro obiettivi possono essere raggruppati in 3 focus:

1. Pronto Soccorso
2. Clima Organizzativo
3. Soddisfazione degli utenti

Per ciascun focus in sede di assegnazione degli obiettivi alle articolazioni aziendali si procederà alla definizione di indicatori oggettivamente misurabili e sfidanti nel loro perseguimento sulla base dei seguenti macro obiettivi:

codice	PS
Area obiettivo	Pronto Soccorso
1	Incremento qualità triage infermieristico
2	Efficientamento Osservazione Breve Intensiva
3	Riduzione della Permanenza in PS
4	Riduzione Abbandoni PS

codice	CO
Area obiettivo	Clima Organizzativo
1	Miglioramento clima organizzativo e welfare aziendale
2	Utilizzo secondo CCNL delle ferie maturate
3	Individuazione e valorizzazione best performer
4	Formazione e aggiornamento del personale

codice	SU
Area obiettivo	Soddisfazione Utenti
1	Rilevazione soddisfazione utenti

IL PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

La programmazione della Performance è lo strumento di collegamento tra gli obiettivi strategici, che si intendono perseguire, contenuti nel bilancio annuale di previsione, gli obiettivi assegnati dalla Regione e il processo di budget aziendale. Gli obiettivi di Performance rappresentano l'architettura su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l'anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura cui sono stati assegnati, inoltre, devono essere collegati al sistema di valutazione e incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l'oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

Una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con un'implementazione in progress del processo di budget e l'introduzione di sistemi operativi di "governo clinico". Si rende infatti indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire una organizzazione flessibile, in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. La programmazione per "budget", quale guida per l'organizzazione delle attività aziendali, prevede l'individuazione di obiettivi e risorse, all'interno di ben definite compatibilità istituzionali e finanziarie, il tutto finalizzato a una maggiore responsabilità dei dirigenti e al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Il processo di budgeting è quindi quel processo che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire.

Il budget è il momento dei "patti chiari" tra il top management e le sue articolazioni, in questa occasione si innesca una negoziazione - condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere, valutando da entrambe le parti quali siano i passi da percorrere per raggiungere ciò che ci è posto come target. Il budget assegnato è sintetizzato in apposite schede, dove agli obiettivi vengono assegnati dei pesi; esso rappresenta il primo momento della valutazione del personale. I risultati ottenuti saranno poi collegati con il sistema di valutazione e di incentivazione del personale dell'Azienda, al fine di corrispondere il giusto premio ad ogni dipendente.

Nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, la Performance dei principali indicatori viene monitorata costantemente attraverso un sistema di reporting, sia verso il top management che verso le Strutture, in modo tale da poter avere sempre un feedback tra gli attori del sistema Azienda. Tale strumento da solo però non basta, perché senza uno standard a cui avvicinarsi, un goal da realizzare, i dati sarebbero solo sterili, numeri senza un apparente significato e proprio per questo affianco al sistema di monitoraggio dei principali indicatori di attività, efficacia, efficienza, appropriatezza, esito, qualità e processo è stato costruito il processo di budgeting.

Le Linee Guida di riferimento sono:

- Decreto Legislativo n. 150/2009 "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Con Decreto Regionale del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sociali n°3262 del 21.03.2014 è stata adottato lo schema del Regolamento per la Misurazione e Valutazione Performance Individuale, Programma Operativo 10-2013-2015, obiettivo 10.2.6;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 105/2016 valutazione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni;
- Linee Guida per il Piano della Performance - Ministeri n. 1 Giugno 2017;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 322 del 20/12/2024 "Aggiornamento del "Regolamento sistema di misurazione e valutazione performance".

NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza attua il processo di budgeting, inteso come principale strumento d'integrazione tra i diversi processi aziendali. Il modello adottato per il Controllo di Gestione dall'Azienda Ospedaliera non si limita alla sola analisi della performance economica/finanziaria ma, attraverso questa metodologia, ha previsto, a sostegno del "governo clinico", un sistema di monitoraggio, individuando un insieme di indicatori di processo e di esito delle prestazioni erogate per migliorarne continuamente l'appropriatezza e l'efficacia delle stesse. Il processo di budgeting è il punto di cardine attraverso il quale sono delineate le linee strategiche e gli obiettivi, previsti in ambito nazionale, regionale e aziendale, il top management pianifica su base annuale e con assegnazione mirata alle diverse articolazioni aziendali, la propria strategia, conferendo gli obiettivi da perseguire, le risorse con cui raggiungerli e che alla fine dell'esercizio avranno effetti sul sistema di valutazione e di incentivazione del personale. Il budget, come in precedenza detto, rappresenta il momento dei patti chiari tra direzione e strutture, è proprio qui che le strategie delineate trovano il proprio compimento. Un processo di budget, però, non può esistere se non è supportato da un sistema di reporting tempestivo ed efficace, un sistema di tipo bidirezionale che vede al centro il Controllo di Gestione e il Sistema Informativo. Il supporto di un monitoraggio costante consente sicuramente di tarare meglio obiettivi già assegnati anche a causa di fattori esogeni non preventivabili in fase di assegnazione.

Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

- ✚ esplicitazione obiettivi di Performance;
- ✚ programmazione e avvio del Processo di Budget, per il quale si rimanda al regolamento di budget;
- ✚ formulazione del budget, definizione e assegnazione degli obiettivi di budget;
- ✚ svolgimento e misurazione dell'attività;
- ✚ monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget per la verifica degli scostamenti dallo standard assegnato;
- ✚ eventuale rinegoziazione degli obiettivi;

- ✚ reporting e valutazione finale degli obiettivi.

Il processo di budgeting dell'Azienda Ospedaliera coinvolge a cascata tutti i dipendenti ed è così articolato:

- ✚ Budget di Struttura Complessa/Semplice Dipartimentale.

La valutazione dei risultati del budget viene infine trasmessa all'OIV per poi poter procedere alla valutazione, con il supporto tecnico dell'UOC Programmazione e Controllo.

LA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è lo strumento attraverso cui vengono definitivi gli obiettivi da perseguire assegnati alla struttura, le risorse a disposizione con cui poterli conseguire e i parametri di valutazione dei risultati.

Per ogni obiettivo saranno definiti:

- ✚ **AREA:** il campo di azione dell'obiettivo;
- ✚ **OBIETTIVO:** esplicitazione di ciò che si vuole ottenere;
- ✚ **INDICATORE DI MISURAZIONE:** strumento per la misurazione dell'obiettivo;
- ✚ **STANDARD:** target a cui l'obiettivo deve tendere;
- ✚ **PESO:** importanza, espressa con valore numerico, di quell'obiettivo sul totale degli obiettivi.

TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING

La fase propedeutica al processo di budgeting è contrassegnata, oltre che dalla stesura del presente piano della performance, integrato nel PIAO, da un periodo di confronto e dialogo con le strutture sanitarie e tecnico - amministrative, per poter condividere con loro e raffinare gli obiettivi da proporre alle strutture sanitarie. Il budget è un processo di programmazione e organizzazione dell'attività aziendale attraverso cui la Direzione definisce, tenuto conto delle risorse necessarie, l'insieme degli obiettivi che, in un certo periodo di tempo, le strutture dovranno perseguire, nella maniera più efficace ed efficiente possibile. La definizione dei programmi di attività, ottenuta attraverso un tale processo, è finalizzata al miglioramento della qualità assistenziale nel suo complesso. Proprio per le suddette motivazioni il processo di budgeting, oltre alla mera assegnazione degli obiettivi, è un momento di confronto e di ascolto reciproco tra top management e strutture dell'organizzazione. Gli obiettivi che vengono assegnati, prevalentemente, si riferiscono ad un periodo annuale. Quindi, una volta condivisa la metodologia di budget con il top management, sentite e accolte totalmente o parzialmente le proposte delle strutture, l'U.O.C. Programmazione e Controllo predispone le schede di budget con gli obiettivi per il budget d'esercizio, che verranno poi discusse in sede di Comitato di Budget, condivise e formalizzate ai Direttori di Dipartimento.

Fase: Monitoraggio

E' previsto, per le Strutture assegnatarie di budget, un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli indicatori che misurano i singoli obiettivi da parte dell'U.O.C. Programmazione e Controllo. Inoltre alle strutture con attività di ricovero vengono restituiti dei report per il monitoraggio della propria attività. La Direzione è invece informata, con cadenza quadrimestrale sull'andamento generale e analitico delle attività e sull'andamento dei consumi dei beni sanitari.

Per quanto riguarda l'analisi trimestrale degli scostamenti tra i risultati parziali e gli obiettivi di budget, dietro richiesta dei Responsabili di Struttura vengono organizzati degli incontri, unitamente al Comitato di Budget, per esaminare congiuntamente i risultati provvisori, soprattutto se relativi agli obiettivi che si discostano da quanto programmato, e valutare l'eventuale necessità di modificare il budget assegnato. Eventuali variazioni del piano dei centri di costo nel corso nell'anno 2025, che determinassero una modificazione numerica e/o qualitativa, potrebbero portare ad una revisione dei Centri di Responsabilità con la possibile conseguente assegnazione e negoziazione di obiettivi con le Strutture interessate.

VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del

raggiungimento degli obiettivi. Spetta all' OIV, allo scadere dell'anno, effettuare la verifica dell'ottemperanza degli obiettivi. Per le Strutture Complesse sia di area sanitaria sia di area amministrativa, tenuto conto delle priorità d'azione della strategia aziendale, è stato attribuito ai vari obiettivi un peso peculiare per ognuno di essi.

La valutazione finale di ogni Struttura si otterrà sommando i valori ottenuti per ognuno degli obiettivi assegnati alla stessa. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di Struttura definiti e assegnati, per l'Area Sanitaria viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100, con valori intermedi in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Il punteggio totale assegnato alle Strutture di area sanitaria e di area amministrativa sarà pari a 100 punti. Per ogni obiettivo viene assegnato un valore prestabilito a seconda dell'importanza strategica che esso riveste. Ogni obiettivo può prevedere più indicatori di misurazione, alcuni quantitativi, altri definiti in termini di adempimenti per i quali il valore atteso è rappresentato da un giudizio che potrà assumere le seguenti modalità: raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto che verrà valutato dall'OIV.

DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, tramite l'U.O.C. Programmazione e Controllo ha definito un sistema di monitoraggio intermedio degli obiettivi assegnati, al fine di favorire il pieno raggiungimento di essi o di rimodularli in caso di un vistoso scostamento dal target assegnato e per adottare utili e tempestive misure di intervento correttivo. L'analisi sugli scostamenti generalmente è trimestrale ma nulla impedisce che il monitoraggio sia più frequente al fine di poter meglio valutare l'eventuale distanza tra quanto atteso e quanto sino a quel punto realizzato. Questo consente alla direzione aziendale di poter porre in atto, in maniera tempestiva e concordata con i Direttori di Struttura interessati, idonee misure correttive per migliorare la gestione o modificare alcuni comportamenti sempre con il fine di migliorare i livelli performance individuale e aziendale. Nel corso dell'anno, come precedentemente affermato, a fronte di cause esogene non preventivabili in fase di negoziazione, è facoltà della direzione aziendale rinegoziare gli obiettivi non più in linea con quanto ci si era posti.

Conclusa la prima fase di valutazione, da parte dell'OIV, i Responsabili delle strutture vengono convocati per presentare eventuali controdeduzioni per quegli obiettivi che non hanno raggiunto. Dopo di che l'OIV valuterà la documentazione trasmessa e avrà facoltà di decidere se accettare totalmente o parzialmente o non accettare le controdeduzioni presentate. La valutazione finale della Performance di struttura viene riportata su apposita delibera della UOC Programmazione e Controllo e pubblicata sul sito web aziendale.

Terminata la valutazione della Performance di struttura si potrà procedere alla valutazione individuale del dipendente per come declinata nell'apposito Regolamento. Terminate tutte le fasi di questo processo di valutazione individuale, si calcolerà il punteggio finale di Performance di ogni dipendente, calcolato secondo la formula stabilita sul Contratto Integrativo Aziendale. A questo punto ogni dipendente sarà inserito nell'apposita fascia di valutazione e si darà seguito alla relativa retribuzione di risultato/produttività.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'Azienda assume come concetto di corruzione un significato più ampio di quello che concretizza la fattispecie penalistica, annoverando tra i fenomeni corruttivi, non solo, l'abuso di poteri per ottenere vantaggi privati, l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, la violazione della imparzialità e correttezza, il mal governo, ma anche tutte le condotte amministrative che esulano dal perseguimento dell'interesse pubblico, l'uso ai fini private delle funzioni pubbliche e le pratiche che contribuiscono a rafforzare la percezione del cittadino che la realizzazione dei suoi diritti sia legata alla "conoscenza" degli amministratori. Particolare attenzione è posta, quindi, ai comportamenti che, se pur non configurando reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano la percezione dei cittadini/utenti della imparzialità, della integrità e della qualità dei servizi dell'amministrazione.

L'aggiornamento della programmazione relativa alla prevenzione della corruzione è elaborato in continuità con il precedente e in coerenza con le indicazioni della L. 190/2012 e alle indicazioni del PNA 2022 per la predisposizione della sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'attuale documento recepisce le indicazioni Anac che individua, come metodologia di lavoro la logica di miglioramento progressivo con una programmazione step by step, partendo dagli esiti del monitoraggio effettuato, con l'obiettivo da un lato, di essere coordinatori delle strategie di prevenzione del rischio corruttivo e dall'altro cardini di collegamento tra le misure anticorruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, mutuando la metodologia di lavoro più volte indicata da Anac: gradualità ed effettività degli interventi, predilezione della sostanza sulla forma.

La programmazione si inserisce in un contesto di riforme importanti che rappresentano, nel contempo elementi trainanti di un nuovo assetto istituzionale per l'Azienda e dall'altro una grande opportunità di crescita e rilancio degli investimenti in nuove tecnologie e nuovi assetti organizzativi.

La trasformazione dell'assetto istituzionale dell'Azienda formalizzato con la sigla della Convenzione con l'Università della Calabria, e le opportunità economiche del PNRR se da un lato rappresentano volano di sviluppo e rilancio del Presidi ospedalieri, dall'altra richiedono un surplus di impegno nella direzione della mappatura del rischio, nell'introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione e nel monitoraggio della validità dei correttivi introdotti. La sfida della trasparenza e del contenimento del rischio corruttivo diventa una vera e propria missione per l'attuazione degli impegni assunti con il PNRR, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e ottimizzare le attività interne verso obiettivi convergenti.

Particolare attenzione, in questo anno di programmazione, sarà rivolto alla formazione del personale in materia di anticorruzione, anche per il tramite dei percorsi formativi della Scuola Nazionale dell'amministrazione, al fine di favorire dei percorsi interni volti alla prevenzione del rischio corruttivo negli ambiti in cui è più esteso ed elevato è il rischio di fenomeni corruttivi dovuti alle quantità di flusso di denaro e all'aumento sia quantitativo che qualitativo di partners- Università – e stakeholder.

A tal fine si cercherà, pertanto, da un lato di garantire l'effettività dei presidi anticorruzione e, dall'altra, contenere gli oneri sulle UU.OO. già provate dall'aumento esponenziale di attività e procedure e dalla cronica carenza di personale.

L'attività anticorruzione, come peraltro ripetutamente evidenziato, ha carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti, anche prima del termine annuale, in relazione all'evoluzione dell'organizzazione aziendale e alle esigenze connesse alle modifiche che potrebbero rendersi necessarie in funzione della prosecuzione dell'attività di mappatura dei processi e dell'eventuale opportunità di introdurre misure specifiche di contenimento del rischio corruttivo e trasparenza dell'attività ed in funzione della opportunità di mettere in atto piani d'azione che consentano di colmare carenze o rimediare criticità nei sistemi di gestione di nuovi rischi.

La complessità dei servizi sanitari erogati dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza, attraverso i tre Presidi ospedalieri di propria gestione, uniti all'articolazione delle UU.OO. e la necessaria interazione di AO con molteplici soggetti – sia di natura privata che pubblica – obbligano a rubricare il rischio corruttivo come "alto", anche in considerazione delle molteplici e variegate modalità di interscambio tra gli attori dei processi che comunque sono indispensabili per il raggiungimento della mission aziendale.

A titolo esemplificativo, con il solo scopo di fornire un'idea, seppure non esaustiva della complessità di interazioni e della molteplicità di attori esterni che comunque è necessario si rapportino agli Uffici aziendali, di seguito sono elencati i soggetti che si interfacciano, a volte quotidianamente con settori dell'amministrazione o reparti ospedalieri:

- Fornitori e imprese esecutrici di lavori pubblici ;
- Consulenti, collaboratori e avvocati;
- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e altro;
- Aziende farmaceutiche e Sponsor;
- Personale medico in ALPI;
- Cittadini fruitori dei servizi sanitari e familiari;
- Associazioni di Volontariato, Associazioni di Malattia, Associazioni dei Consumatori;
- Enti pubblici, Istituzioni, Università;
- Compagnie di assicurazioni e Broker;
- Ordini Professionali;
- Strutture Pubbliche e Convenzionate;

- Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari;
- Media, social media.

La mappatura dei processi diventa centrale nel sistema di gestione del rischio “corruttivo”, poiché rappresenta la fotografia dell’ente nel suo complesso, in un confronto diretto con l’RPCT e gli attori/responsabili di procedimento e le unità/funzioni organizzative che intervengono nei processi, ponendo le basi conoscitive per l’attuazione delle successive fasi di identificazione, analisi e trattamento dei rischi. L’analisi dei rischi tiene conto delle cause/fattori abilitanti, del contesto ambientale dell’ente, delle caratteristiche organizzative e operative delle attività e dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi introdotti per ridurre i rischi.

I rischi di corruzione o anche solo di induzione alla modifica e/o alterazione del naturale processo amministrativo che i soggetti possono imprimere all’azione della Pubblica amministrazione, teoricamente sono molteplici; in fase di mappatura delle aree e dei processi, ad un’analisi approfondita, allo stato, è stato possibile ricondurre gli eventi rischiosi ai seguenti:

- conflitto di interessi;
- non rispetto di procedure e regolamenti adottati dall’Azienda;
- mancata adozione, in alcuni casi, di procedure, linee guida, regolamenti
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e della documentazione;
- mancato controllo della veridicità delle dichiarazioni rese;
- violazione del segreto d’ufficio;
- alterazione dei tempi di attesa

L’Azienda si impegna a garantire che le proprie attività istituzionali siano svolte con correttezza, lealtà, trasparenza, integrità ed onestà, nel rispetto in generale delle disposizioni dell’ordinamento vigente e in particolare degli obiettivi specifici di presidio sanitario e di ente pubblico erogatore di servizi sanitari essenziali, riconoscendo pertanto nella trasparenza anche la funzione strumentale specifica necessaria per il raggiungimento degli obiettivi strategici statuari.

I dati sono pubblicati sul sito istituzionale <http://www.aocosenza.it> nella sezione denominata “Amministrazione Trasparente. Le pagine, realizzate ed adeguate al Decreto legislativo n. 33/2013 e alle linee guida nazionali sono espressamente dedicate alla libera consultazione da parte dei cittadini delle informazioni che riguardano l’organizzazione e l’attività dell’ente.

Tutte le informazioni possono essere consultate direttamente, senza alcuna necessità di essere identificati tramite nome utente e password. I dati sono aggiornati e implementati costantemente, nel rispetto delle scadenze previste e senza disporre di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all’interno della sezione Amministrazione Trasparente. L’implementazione delle varie sezioni è affidata alle UU.OO. ciascuno per le materie di propria competenza.

MODELLO 231 e ORGANISMO DI VIGILANZA

La Direzione Strategica, in conformità alle disposizioni di cui al D.Lgs n° 231 del 8.06.2001 e in esecuzione delle disposizioni di cui alla L.R. n° 60 del 04.12.2012 ha avviato le procedure per la realizzazione di un modello organizzativo che consenta di ridurre il rischio di commissione di reati da parte dei dipendenti, attraverso l’implementazione di un sistema di gestione preventivo orientato alla valutazione del rischio, all’elaborazione di procedure specifiche e alla definizione di una struttura gestionale di prevenzione dei reati, non solo di matrice corruttiva.

Componente essenziale del Modello 231 è l’Organismo di Vigilanza, anch’esso in fase di istituzione, che ha il compito di effettuare verifiche periodiche dell’efficacia e del funzionamento del Modello, proponendo le eventuali modifiche/integrazioni/aggiornamenti e monitorando le attività di formazione e informazione per la diffusione della conoscenza del modello medesimo.

METODOLOGIA USATA SOGGETTI COINVOLTI

L’elaborazione della programmazione anticorruzione e trasparenza tiene conto dei principi metodologici

suggeriti da ANAC, ovvero:

I. Prevalenza della sostanza sulla forma: i processi e le misure non devono essere attuate in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento, ma devono essere progettati e realizzati in modo sostanziale, ossia calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno dell'amministrazione.

II. Gradualità: le fasi di gestione del rischio, possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità e/o la profondità dell'analisi del contesto, la valutazione e il trattamento dei rischi.

III. Selettività: si è proceduto ad individuare le priorità di intervento, mappando, ad esempio quei processi che ANAC identifica come segmenti di attività ad elevato o alto rischio corruttivo, individuando, ove necessario interventi specifici e puntuali volti ad contenere gli elementi esposti a rischio e valutando al contempo la reale necessità di specificare nuove misure, qualora quelle esistenti abbiano già dimostrato un'adeguata efficacia.

IV. Integrazione: la gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. Obiettivo prossimo è quello di integrare, con momenti di confronto e condivisione diffusi il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance, promuovendo l'effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT.

V. Miglioramento e apprendimento continuo: la gestione del rischio va intesa, nel suo complesso, come un processo di miglioramento continuo basato sui processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione. L'analisi dei rischi tiene conto delle cause/fattori abilitanti, del contesto ambientale dell'ente, delle caratteristiche organizzative e operative delle attività e non si traduce nell'applicazione meccanicistica di formule attraverso le quali giungere ad un probabile calcolo del rischio, ma piuttosto ha riguardo all'intero processo soprattutto alle condizioni di sostenibilità e attuabilità degli interventi organizzativi atti a ridurre effettivamente il rischio.

Con questo approccio sono stati mappati, a partire dall'anno 2022 n° 7 processi, identificati, nelle principali norme e direttive in materia di Anticorruzione, come le attività a più alto ed elevato rischio corruttivo e nel corso del prossimo triennio, ci si pone l'obiettivo di effettuare una nuova mappatura delle aree a rischio.

La disamina approfondita degli input e degli output, dei segmenti attraverso i quali si declina l'intero processo, dei responsabili e dei promotori è avvenuta con i soggetti direttamente coinvolti nel processo – direttori/dirigenti o funzionari/responsabili di procedimento – e oltre ad analizzare i singoli passaggi e ad evidenziare le eventuali c.d. “zone grigie” ovvero le attività che potrebbero prestarsi a un rischio corruttivo, si è provveduto ad individuare le misure di contenimento del medesimo rischio, indicandone modalità e termini per l'adozione specifica.

Gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza che ci si prefigge di raggiungere richiedono, proprio per la complessità di articolazione, la variegata geografia organizzativa di questa Azienda e in relazione alla propria mission e alle peculiarità tipiche del settore sanitario, la partecipazione corale di tutte le componenti. La gestione del rischio corruttivo, come ha più volte chiarito ANAC non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura organizzativa. Obiettivo dell'attività del RPCT è quella di sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. Proprio in questa ottica ed allo scopo di fare rete all'interno dell'Aziendali, si è provveduto all'aggiornamento dei referenti delle singole unità operative.

Il Piano coinvolge attivamente i seguenti soggetti:

❖ **Direzione Strategica**

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve:

- ✚ valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- ✚ tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- ✚ assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;

- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

❖ **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Nominato con delibera n° 259/2024 svolge i seguenti compiti:

- formula annualmente la proposta di aggiornamento del PIAO relativamente alle misure di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (art 1 comma 8, L.190/2012) ;
- verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e di trasparenza, proponendo le necessarie modifiche (L. art 1 comma 8, L. 190/2012);
- propone modifiche al PIAO in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli Uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- verifica, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione e definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
- redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, riferisce alla Direzione Strategica e all'OIV e adempie agli obblighi di pubblicazione e trasmissione della medesima all'Anac(L.190/2012);
- cura la pubblicazione e la trasmissione dati in formato standard aperto XML conformi alla disposizione della Delibera ANAC n.39/2016 e provvede alla successiva comunicazione di avvenuto adempimento ad ANAC entro 31 gennaio (L.190/2012);
- controlla la correttezza dell'adempimento da parte delle UU.OO. degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sul sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente" assicurandone la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (D.lgs 33/2013);
- vigila sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, segnalando all'Anac, nei casi previsti dall'art. 15 D.lgs 39/2013, i casi di possibile violazione;
- cura le istanze di riesame dell'accesso civico, riscontrando direttamente o intimando l'Ufficio competente ad adempiere, effettuando la segnalazione all'Ufficio di Disciplina nei casi previsti dall'art 45 co. 5 D.lgs 33/2013;
- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento ed Etico, comunica all' Anac il monitoraggio annuale della loro attuazione, cura la loro pubblicazione sul sito istituzionale (D.P.R. n. 62/2013).

❖ **Gruppo operativo (Del. n° 259/2024)**

Composto da cinque unità, supporta il RPCT nella sua attività operativa; collabora con i referenti per la prevenzione della corruzione; contribuisce alla stesura del Piano; affianca il Responsabile nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.

❖ **Referenti per la prevenzione della corruzione**

Individuati in ogni UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD dal Direttore/Dirigente, nominati con delibera n°8 del 14/01/2025 sono il riferimento del RPCT nelle varie UU.OO; forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del PIAO e del programma per la trasparenza.

Spetta ai Referenti:

- comunicare tempestivamente all'RPCT i fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno del settore amministrativo al quale sono assegnati;
- informare semestralmente l'RPCT sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo – generiche e specifiche individuate nella mappatura dei processi – esprimendo una valutazione sulla loro utilità e/o sulla opportunità di rivederle;
- vigilano in cooperazione con l'RPCT sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione e trasparenza richiedendo, ove necessario supporto e formazione integrativa per se stessi e i colleghi abilitati alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente;

❖ **Direttori/Dirigenti**

I responsabili delle UU.OO. partecipano attivamente al processo 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. Direttori/dirigenti valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative.

In particolare:

- curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- hanno la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PIAO sezione Anticorruzione e trasparenza e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma;
- 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.
- sentito il Referente anticorruzione trasmettono all'RPCT, con cadenza semestrale, relazione sullo stato di attuazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo e degli obblighi di trasparenza, proponendo, ove necessario modifiche/integrazioni o supporto formativo e di addestramento;
- forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
- vigilano e controllano le attività più esposte al rischio corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio.

❖ **Organismo Indipendente di Valutazione – OIV**

In ossequio alla normativa in vigore, D.lgs. 33/2013 e D.lgs. 97/2016 che rafforza e identifica maggiormente ruolo e funzioni dell'OIV, questo RPCT intende promuovere azioni di coordinamento e maggiore comunicazione con l' OIV, al fine di rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

L'Organismo svolge i seguenti compiti:

- verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori
- verifica, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, i contenuti della relazione predisposta annualmente dal RPCT recante i risultati dell'attività svolta che il Responsabile trasmette allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo

- dell'amministrazione;
- ✚ esprime un parere obbligatorio su specifiche misura di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento;
- ✚ coopera con il RPCT alla verifica, su segnalazione di quest'ultimo, dell'attuazione degli obblighi di trasparenza e degli obblighi di pubblicazione;
- ✚ partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte; attesta l'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza;
- ✚ assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ✚ verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

❖ **Organismo di Verifica – OdV**

Parte integrante del MOG 231 di cui al D.Lgs n° 231 del 8.06.2001, è organo collegiale, composto da tre membri, caratterizzato da autonomia, indipendenza e professionalità.

All'OdV sono assegnati i seguenti compiti:

- ✚ proporre gli adattamenti e gli aggiornamenti del Modello che nel corso dell'implementazione del modello stesso dovessero rendersi necessari a seguito di mutamenti nell'organizzazione, di modifiche al quadro normativo di riferimento, di anomalie o violazioni accertate delle prescrizioni del Modello stesso;
- ✚ vigilare e controllare l'osservanza e l'efficace attuazione del Modello da parte dei destinatari;
- ✚ monitorare le iniziative di formazione e informazione per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello da parte dei relativi destinatari;
- ✚ informare, periodicamente, la Direzione Aziendale dell'andamento del MOG 231.

❖ **Tutti i dipendenti**

- ✚ partecipano al processo di gestione del rischio, applicando le misure generiche e specifiche indicate nella mappatura dei processi;
- ✚ osservano le misure di prevenzione di rischio corruttivo e quelle relative agli obblighi di trasparenza contenute nel PIAO, specificatamente nella sezione Anticorruzione e Trasparenza;
- ✚ comunicano, tempestivamente, i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;
- ✚ segnalano le situazioni di illecito delle quali sono venuti a conoscenza o hanno riscontrato personalmente, al proprio dirigente o al RPCT.

❖ **La Responsabile Aziendale della Stazione Appaltante RASA**

Con Deliberazione n° 4 del 02.01.2025 è stato nominato il dott. Filippo Zanutti, Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), incaricato della verifica, della compilazione e dell'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante da fornire all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA)

MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Sulla base delle indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2019 e confermate negli Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, l'Azienda Ospedaliera ha avviato l'attività di mappatura dei processi con metodo qualitativo, giungendo alla mappatura di 7 processi a seguito di sessioni di training on the job.

L'attività coinvolge gli esecutori dei processi, in quanto soggetti in grado di descrivere dettagliatamente l'attività da mappare. Attraverso interviste programmate sono rilevate le informazioni necessarie non solo per la descrizione del processo, ma per la rilevazione di eventuali fattori abilitanti del rischio corruttivo. Sono state dunque descritte tutte le fasi del processo, dall'input all'output dello stesso, evidenziando le responsabilità di

ogni attività e dove possibile, i tempi medi di esecuzione. La descrizione dettagliata dei processi ha permesso di individuare i fattori abilitanti e i potenziali rischi, che potrebbero esporre l'AO Cosenza a eventi corruttivi. La mappatura ha riguardato, ove necessario, la programmazione di misure di contenimento del rischio corruttivo, ritenute adeguate e sostenibili nel tempo, senza particolari aggravii sull'organizzazione aziendale. Inoltre per ciascuna misura programmata, sono stati individuati gli indicatori di monitoraggio che consentiranno al RPCT di verificare non solo che le misure programmate siano state attuate, ma anche la loro efficienza. Nel corso dell'esame si è proceduto a prendere atto e analizzare, ove esistenti regolamenti, procedure, linee guida appositamente elaborati per disciplinare l'attività oggetto di mappatura.

In questo primo step si è proceduto ad attenzionare, prioritariamente, i processi identificati a maggior rischio corruttivo: affidamenti incarichi, bandi di assunzione di personale, acquisto di farmaci tramite RDO, decesso in ambito intra-ospedaliero, esecuzione dei contratti di servizio, prenotazione e pagamento ticket per prestazioni sanitarie, sperimentazioni cliniche, autorizzazione ad effettuare attività libero professionale intramuraria, gestione contenzioso assegnato a professionisti esterni, accreditamento istituzionale.

AREA DI RISCHIO ESECUZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI

Proprio i contratti di fornitura di servizi sono al centro di un processo di riorganizzazione aziendale che contempla misure specifiche di contenimento del rischio corruttivo e di controllo dell'esecuzione delle prestazioni.

Con Deliberazione n. 329 del 08 luglio 2021, è stato approvato il Regolamento aziendale per la disciplina delle modalità di controllo inerenti la fase di esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi e delle competenze del Responsabile unico del procedimento e del Direttore dell'esecuzione del contratto.

Il Regolamento prevede, in particolare, compiti e modalità di individuazione del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), che assumono un ruolo centrale nella fase della cosiddetta liquidazione tecnica delle fatture pervenute, che consiste nell'attestazione/certificazione, dopo aver effettuato gli opportuni controlli qualitativi/quantitativi a seconda della complessità della fornitura, nel rispetto delle disposizioni normative previste per la regolare esecuzione contrattuale, che il bene o il servizio reso all'azienda è conforme a tutte le prescrizioni contrattuali (Capitolato, Offerta tecnica) e il relativo ordine e di conseguenza il credito vantato dal fornitore risulta legittimo ed esigibile.

Al fine di valorizzare e qualificare l'attività di direzione, verifica e controllo della fase esecutiva dei contratti è stato approvato, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 56 del 26/01/2023 il "Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art. 113 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (il precedente Regolamento era stato adottato con Deliberazione n. 122 del 09/07/2020). Tale Regolamento è stato successivamente rettificato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 503 del 25/09/2023 con il quale sono stati approvati i correttivi alla ripartizione dell'incentivo ex art. 113 D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. e contestuale presa atto della nuova stesura del "Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art. 113 D.Lgs. 50/2016 e s.m.i." che ha ratificato tali correttivi.

Con Delibera n. 620 del 07/12/2023 è stato adottato il "Percorso attuativo per la certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende del SSR: Approvazione procedura amministrativo-contabile sul Ciclo passivo". Attraverso tale procedura vengono definite le fasi di liquidazione tecnica e liquidazione amministrativo-contabile. Per quanto concerne la liquidazione tecnica, una volta che il RUP/DEC ha creato il fascicolo della fase della liquidazione tecnica, accertata la conformità e la regolarità della fornitura resa, anche con l'ausilio delle apposite check list, potrà dare corso alla formalizzazione dell'attestazione di regolare esecuzione del bene/servizio reso. Conseguentemente, RUP/DEC procederanno a trasmettere all'Ufficio liquidatore, quale articolazione interna dell'UOC competente, la predetta attestazione.

A tal riguardo, l'Azienda sta procedendo alla costituzione di un Ufficio Unico di liquidazione fatture, al quale convergeranno tutte le fatture afferenti alle varie UU.OO. E' necessario, pertanto, istituire un Centro Unico (Codice Univoco Ufficio) verso il quale dovranno confluire tutte le fatture elettroniche passive, al fine di ricondurre entro i limiti di razionalizzazione il percorso articolato esistente in Azienda.

Per la liquidazione amministrativa delle competenze relative alle prestazioni professionali, si è sottolineata

l'importanza del puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 15 del D. Lgs 33/13, condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'atto e per la liquidazione dei relativi compensi al soggetto incaricato.

Complessivamente, il percorso che si propone di acquisire tale modalità operativa al fine di garantire la separazione delle responsabilità nel processo di esecuzione dei contratti, in particolare nelle fasi di liquidazione tecnica e liquidazione amministrativa, risulta coerente con quanto auspicato dalla normativa sulla prevenzione della corruzione in quanto consente, nella gestione ordinaria, di effettuare una forma strutturata di controllo nell'ambito del procedimento amministrativo.

La programmazione, così come definita, risulta essere coerente con gli indirizzi per la definizione dei Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci (PAC), approvati dalla Regione Calabria - Dipartimento Salute e Welfare - con DCA n. 224 del 09/08/2023, avente ad oggetto il “ Percorso attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) – Adozione procedura amministrativo-contabile del Ciclo Passivo - Rimodulazione PAC”.

In questo senso la Direzione Strategica ha elaborato le procedure amministrativo-contabili sul Ciclo passivo che hanno la caratteristica, originale ed innovativa, di integrare le finalità proprie di tale procedura, finalizzata alla certificazione dei valori e poste in Bilancio, con quelli di controllo e prevenzione della corruzione.

Tale procedura è stata approvata con Deliberazione n. 620/2023.

Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 63 del 15/02/2024, sempre nell'ottica di verifica e controllo che era stata introdotta con la Delibera n. 202/2021, si è proceduto ad effettuare una nuova puntuale ricognizione di DEC e RUP per i contratti relativi ai servizi esternalizzati dell'A.O. di Cosenza per l'anno 2024 (a parziale rettifica ed integrazione delle Deliberazioni n. 152/23 e n. 209/23).

Tale ultima Delibera n. 63/24, è stata successivamente parzialmente rettificata ed integrata, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 148 del 26/03/2024 (e dalla successiva Deliberazione n. 189 del 19/04/2024 a parziale rettifica di quest'ultima).

AREA DI RISCHIO FARMACEUTICA

La Farmacia Ospedaliera è una struttura complessa che, sulla base degli obiettivi strategici indicati dalla Direzione e nel rispetto della normativa vigente, opera al fine di assicurare un uso appropriato, efficace, sicuro ed economico, delle risorse gestite (farmaci, prodotti dietetici, disinfettanti, dispositivi medici e materiale sanitario). Nella gestione del rischio corruttivo, legato alle modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci, il servizio di Farmacia adotta la gestione informatizzata del magazzino, per garantire la corretta tracciabilità di tutte le movimentazioni dei prodotti di scorta.

L'approvvigionamento di farmaci, prodotti dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario e materiale diagnostico avviene secondo le indicazioni previste con procedura adottata dall'Azienda Ospedaliera con Delibera n. 314 del 10/12/2024, secondo quanto riportato nel citato Regolamento che si intende integralmente riportato e trascritto.

INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA

L'U.O.C. di Farmacia ha espletato tutte le procedure necessarie per completare l'informatizzazione sia del magazzino di Farmacia che degli armadi farmaceutici delle varie UU.OO. Tutte le richieste dei vari prodotti, sia a scorta che in transito, sono gestite on-line, in particolare:

- ☐ tutte le richieste dei materiali a scorta in farmacia pervengono tramite il programma informatico SEC-SIRS, vengono validate dal farmacista e allestite nello stesso magazzino;
- ☐ tutte le richieste sono effettuate dai vari Reparti come richieste in transito; sono valutate dal farmacista e confermate, eliminate o modificate secondo i criteri di buona gestione e trasformate sul programma SEC-SIRS in proposte d'acquisto per le UU.OO. richiedenti.

Le UU.OO. dispongono dell'armadio informatizzato attraverso la cui gestione possono verificare la corrispondenza del materiale inviato dalla Farmacia. Attraverso la gestione dell'armadio di reparto, le UU.OO. possono effettuare gli scarichi di tutto il materiale utilizzato per l'assistenza ai pazienti, per i resi in farmacia e per i prestiti tra le varie UU.OO.

Le movimentazioni informatizzate dei vari prodotti sono corredate di lotto e scadenza, per garantire una migliore tracciabilità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e in generale sui temi dell'etica anche ai fini della promozione del valore pubblico è prevista da specifiche disposizioni contenute nella Legge 6 novembre 2012, n. 190. Ne discende che la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente nell'ambito del PTPCT così come nella Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO.

La Legge 190 del 2012 stabilisce che la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza e in generale sui temi dell'etica deve essere rivolta innanzitutto ai dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato il rischio corruttivo.

L'Amministrazione è quindi tenuta, per legge, a programmare una formazione specifica e mirata per il RPCT, i dirigenti e tutto il personale operante nelle aree di rischio, sulla base del PTPCT o della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO.

Sulla scia dell'attività di formazione avviata nel corso degli anni di riferimento 2022-2024, tramite attività di formazione con sessioni di training on the job sulla analisi dei rischi corruttivi e sui relativi output, da remoto con Società esterna (Gruppo Imperiali-Studio Legale Imperiali) il personale costituente il Gruppo di Lavoro a supporto ed il RPCT, al fine di approfondire il nuovo metodo qualitativo richiesto da ANAC per la mappatura dei processi, proseguiranno tale attività fino ad esaurimento dell'attività di mappatura del rischio corruttivo.

Inoltre, i responsabili di procedimento e i referenti anticorruzione dovranno partecipare a sessioni formative specifiche riguardanti gli adempimenti di pubblicazione, seppure circoscritti agli atti e provvedimenti ricadenti nelle proprie mansioni.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici indicati nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa per la prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il RPCT provvederà a definire un piano di formazione obbligatoria per i Referenti aziendali del RPCT definendo modalità, tempi ed argomenti, con individuazione, unitamente ai Responsabili delle UU.OO.CC. del restante personale che ritiene necessario formare.

Si evidenzia che l'Azienda si avvarrà, laddove possibile, dei percorsi formativi previsti dalla SNA così come da indicazione dell'ANAC.

FORMAZIONE AVANZATA E SPECIFICA

È rivolta al responsabile della prevenzione della corruzione e relative funzioni professionali e specialistiche in materia di anticorruzione, trasparenza e accesso generalizzato FOIA, e ai referenti, ai dirigenti e ai funzionari addetti alle aree di attività a rischio; riguarda le politiche, i programmi, gli strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali in relazione al ruolo svolto in amministrazione. Questo tipo di formazione per la sua specificità, in genere è acquisita esternamente.

Permane l'esigenza di formazione specifica interna e/o esterna che utilizzi anche moduli formativi con contenuti professionali e aggiornati sulle materie legate alle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, comprensivi del collegamento con gli aggiornamenti in materia di prevenzione della corruzione, la gestione del PNRR e formazione specifica per le figure professionali.

TRASPARENZA

La trasparenza costituisce uno dei più efficaci strumenti di prevenzione del rischio di corruzione, perché consente un controllo sociale sull'attività e sulle scelte dell'amministrazione pubblica e, in particolare, sull'impiego delle risorse.

L'Azienda Ospedaliera consente all'utente l'accesso alle informazioni sul sito istituzionale: www.aocosenza.it, impegnandosi a garantirne l'aggiornamento, la completezza, l'integrità, la tempestività e la possibilità di accesso da parte di tutti.

Nella sezione Amministrazione Trasparente si dà attuazione alle disposizioni del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 come modificato dal Decreto legislativo n. 97/2016.

La Sezione e tutto il portale di A.O. CS sono progettati e realizzati nel rispetto dei requisiti tecnici previsti nell'Allegato A del Decreto ministeriale 8 luglio 2005 di attuazione della Legge n. 4/2004 "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici" e in base a quanto indicato dalle Linee guida per il contenuto del Web (WCAG 1.0). I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, resi disponibili anche a seguito dell'accesso civico, sono pubblicati in formato di tipo aperto (per esempio pdf e csv) e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità.

L'Azienda, inoltre con Del. n. 195 del 29/04/2021 si è dotata della "Procedura per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi". Il provvedimento e l'allegata modulistica, concepita allo scopo di agevolare l'utilizzo della misura, da parte di tutti i cittadini, è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente. L'RPCT controlla il rispetto della tempistica di adempimento da parte del Responsabile dell'accesso agli atti, individuato nella procedura suddetta.

WHISTLEBLOWER E TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA ILLECITI

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha 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 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 "Segnalazione illecito – Whistleblowing", disponibile nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri Contenuti / Prevenzione della Corruzione", così come indicato da ANAC nella determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, allegato 1a.

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) e 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 di riservatezza previsti dalla norma.

La Piattaforma informatica Whistleblowing consente dunque di effettuare segnalazioni sia in forma scritta che in forma orale. Per quest'ultima, in alternativa, l'Azienda Ospedaliera ha attivato una casella vocale, presente sulla suddetta Piattaforma, che può essere utilizzata dalla persona segnalante, garantendo sempre la riservatezza sull'identità o il totale anonimato.

MONITORAGGIO

Al fine di disegnare un'efficace ed effettiva strategia di prevenzione della corruzione, è già in atto un sistema di monitoraggio sull'attuazione delle misure medesime che prevede la compilazione di un format in cui sono inserite, in sintesi, le informazioni relative all'adozione dei procedimenti amministrativi, tra le quali: i riferimenti normativi utili, l'Ufficio responsabile dell'istruttoria, l'Ufficio del procedimento e se diverso, in caso di separazione delle funzioni, l'Ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, le modalità con le quali gli interessati possono ottenere informazioni relative al procedimento stesso, il termine fissato per la conclusione del procedimento e gli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale.

Dall'approvazione del presente PTPCT, con cadenza semestrale, i Referenti per la prevenzione, per l'ambito di rispettiva competenza e utilizzando la scheda predisposta dal RPC, redigeranno una relazione sullo stato di implementazione del PTPCT medesimo, con specifico riferimento agli adempimenti di stretta pertinenza e alle misure di prevenzione del rischio obbligatorie/generali e ulteriori/specifiche, indicate nelle schede di mappatura del rischio, evidenziando le cause di eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi.

Con la medesima relazione sono comunicate le proposte correttive formulate, per ragioni obiettive, dai dirigenti degli uffici dirigenziali di livello non generale, condivise dal competente direttore di ufficio dirigenziale generale.

Sono previste, inoltre, audit nelle singole UU.OO. con l'obiettivo di verificare lo stato di attuazione delle misure concordate in fase di mappatura delle aree di rischio e gli eventuali corretti/variazioni da adottare nel caso si rendessero necessarie.

Degli audit sarà redatto processo verbale che sarà trasmesso all'OIV dopo la necessaria condivisione con i partecipanti alla riunione.

Entro la fine di ciascun anno, il Team per la prevenzione dei fenomeni corruttivi, invita tutti i Dirigenti ed i Referenti, a relazionare sulle attività di ciascuna Unità Operativa, relativamente alle attività di prevenzione svolte nel medesimo anno, in adempimento a quanto disposto dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012.

MISURE GENERALI E TRASVERSALI - ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI

Questa Amministrazione riconosce che la rotazione rappresenta strumento essenziale nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione. Tale misura organizzativa è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che alimentano dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Pur riconoscendo la sussistenza di diversi elementi ostativi all'applicazione della misura, primo fra tutti la carenza di personale e l'esigenza di evitare interruzioni o rallentamenti dell'azione amministrativa, si ritiene

che, soprattutto nelle aree di maggior rischio corruttivo, la rotazione dei dipendenti possa essere promossa, dapprima all'interno della stessa U.O.C., predisponendo, al fine di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, adeguato affiancamento e formazione specifica.

La rotazione ordinaria che, si ribadisce, deve trovare la necessaria armonizzazione con i principi di sviluppo professionale e, soprattutto, di buon andamento dell'azione amministrativa, resta una misura da incentivare anche per il rafforzamento della struttura organizzativa, in considerazione del fatto che proprio la mobilità interna, può contribuire da un lato, alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e dall'altro, ad elevare le capacità professionali complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze, rallentamenti di attività e malfunzionamenti.

MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

Ove, pertanto, 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 possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Tali misure mirano ad evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione.

A tal fine si prevede quanto segue.

Si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio.

Nelle aree identificate come maggiormente esposte a rischio corruzione e per le istruttorie più delicate si prevedono meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, stabilendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

E' prevista l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze.

A questo proposito si può fare riferimento a quanto elaborato dalla giurisprudenza ormai consolidata in ambito privatistico sull'attuazione del D. Lgs. 231/2001, applicando il criterio della separazione e contrapposizione dei compiti e dei ruoli.

In tale ottica si individuano le seguenti modalità, che rappresentano altrettanti OBIETTIVI da raggiungere nel triennio:

- ☐ estensione dei meccanismi di "doppia sottoscrizione" dei procedimenti, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- ☐ individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara o di affidamenti negoziati o diretti;
- ☐ meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi);
- ☐ condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al soggetto istruttore, altro personale in modo che, ferma la unitarietà della responsabilità del procedimento, più soggetti condividano le valutazioni rilevanti per la decisione finale della istruttoria.

ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

La rotazione straordinaria può essere disposta quando il procedimento disciplinare sia avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva.

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 con riferimento a:

- ambito di applicazione;
- profili di responsabilità;
- procedure per addivenire al provvedimento motivato;
- durata dell'efficacia del provvedimento motivato di rotazione straordinaria;
- criteri operativi;
- coinvolgimento del RPCT ai sensi dell'art. 129, co. 1 del Decreto Legislativo 28 Luglio 1989 da parte della Direzione Generale che riceve la comunicazione del Pubblico Ministero, affinché il RPCT possa esercitare la sua funzione di vigilanza sulla effettiva adozione del provvedimento conseguente (vedasi paragrafo 3.11 delle citate Linee Guida ANAC).

Si rende altresì necessario l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale alla luce della Delibera ANAC n. 358/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" e della Delibera ANAC n. 215/2019 sulla applicazione della misura della rotazione straordinaria.

CONFLITTO DI INTERESSI

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

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.

E' stata elaborata modulistica inerente l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, oltre alle misure già previste nel presente piano:

- trasmissione al RPCT di relazione annuale sul monitoraggio del rispetto dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- trasmissione al RPCT delle dichiarazioni ricevute da parte dei Direttori/responsabili di Struttura.

CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO

Con Deliberazione n. 143/2024 questa A.O. ha approvato il Codice di Comportamento.

L'Azienda è tenuta a far osservare il Codice di Comportamento di cui al DPR 16 aprile 2013 n.62, contenente a norma dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni, a diffonderlo tramite pubblicazione sul sito, ed a renderlo sempre disponibile a tutti.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

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.

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.

INCOMPATIBILITÀ DA CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL D.LGS 165/01)

Le Unità Operative Complesse, GRU, Attività Tecniche e Patrimoniali, Forniture e Logistica, Economato, 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 GRU 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 s.m.i.

ULTERIORI MISURE:

CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI

Per le procedure di cui sopra è stata introdotta la clausola Ai sensi del comma 16 ter dell' art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall' articolo 1, comma 42 della legge 6 novembre 2012, n. 190, "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". come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di appalti pubblici.

STUDI CLINICI

In ottemperanza a quanto disposto dal PNA 2016, con il presente Piano si intende rafforzare le misure anticorruptive in materia di sperimentazione clinica in ambito ospedaliero.

Rimane fermo: il sistema di verifica dei conflitti d'interesse che identifichi, l'eventuale conflitto di interesse al momento della nomina del Responsabile della sperimentazione e l'elaborazione ed adozione di scheda di previsione di impiego del compenso per lo studio clinico (scheda finanziaria).

Con delibera n° 461 del 07.08.2018 l'Azienda ha adottato il "Regolamento per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche presso Azienda Ospedaliera di Cosenza", con l'obiettivo di:

- ☐ assicurare l'integrazione delle attività di ricerca con i percorsi assistenziali, formativi ed organizzativi dell'A.O. di Cosenza, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali;
- ☐ garantire la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca;
- ☐ assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- ☐ definire modalità operative per la conduzione di ricerche indipendenti, finalizzate al miglioramento della

pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria;

□ assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza nonché l'equa ripartizione dell'onere finanziario conseguente alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le Aziende Ospedaliere sono sistemi organizzativi tra i più complessi, che hanno come "mission" l'assistenza. Sono chiamate a un miglioramento continuo che, solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle buone pratiche, può alimentare. Tutto ciò che l'organizzazione aziendale non deve essere solo caratterizzata dalla multidisciplinarietà e/o multi-professionalità ma anche dalla capacità di adattamento e cambiamento. L'organizzazione aziendale sanitaria è forse la principale dimensione nel processo di cambiamento. Pianificazione strategica, programmazione ciclica delle attività, gestione delle risorse e orientamento all'utenza e coinvolgimento del cittadino sono concetti cardine e imprescindibili nel percorso di rinnovamento che negli ultimi anni ha subito e sta subendo il SSN.

Mantenere un SSN sostenibile è ormai una delle priorità per chi si occupa di sanità, a tutti i livelli; tutto questo può realizzarsi solamente rinnovando, rendendo il sistema più efficace ed efficiente, adottando nuovi modelli organizzativi che rendano più snelle le Aziende, mutando in maniera creativa i profili professionali, per renderli più idonei ai cambiamenti in atto. Innovare significa ottenere cambiamenti e non solo proporre nuovi modelli o sistemi. L'innovatore ha idee brillanti, in qualche modo rivoluzionarie, prende dei rischi e prosegue quando gli altri si sono ormai fermati ed è per questo che un'organizzazione, in particolare quella sanitaria non si può permettere di restare al palo quando c'è un cambiamento o quando c'è la necessità di mutare i propri assetti. Un'Azienda sanitaria deve essere una organizzazione flessibile, strutturata in maniera tale da far fronte alle evoluzioni dei modelli organizzativi e degli scenari normativi.

L'operatività e le sue funzioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza vengono svolte dalle strutture organizzative.

L'Organizzazione Dipartimentale è il modello ordinario di gestione dell'Azienda Ospedaliera, in coerenza con quanto stabilito dall'art 17 bis del D. Lgs. 502/92.

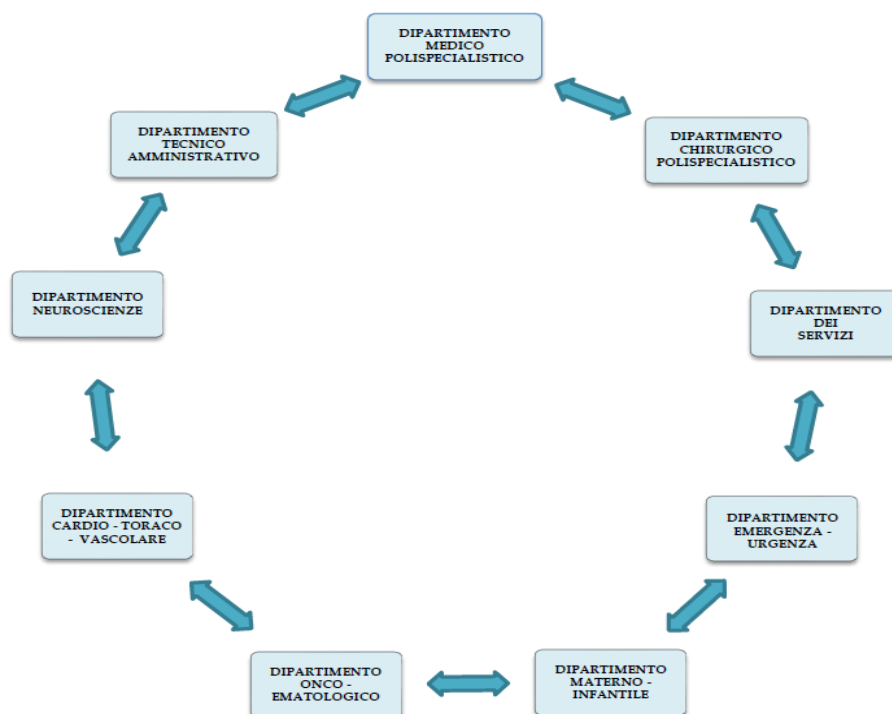
L'attuale organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza si articola in:

- ✚ Dipartimenti
- ✚ Strutture Complesse e staff della Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria;
- ✚ Strutture Complesse;
- ✚ Strutture Semplici Dipartimentali;
- ✚ Strutture Semplici a rilevanza interna alle UU.OO.CC.

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili" e rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali. I Dipartimenti previsti sono dipartimenti gestionali. In casi particolari, in applicazione di disposizioni regionali o su iniziativa congiunta con altre aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda può istituire altri dipartimenti interaziendali strutturali o funzionali.

Il Dipartimento partecipa alla negoziazione con la Direzione Strategica delle unità operative ad esso afferenti, restando in capo alle singole unità operative il ruolo di centro di responsabilità e di costo nei confronti delle risorse a ciascuna assegnate. Il funzionamento del dipartimento è definito con apposito atto avente natura regolamentare.

L'Azienda individua i seguenti Dipartimenti:



La Struttura organizzativa nel suo complesso, sanitaria e tecnico - amministrativa, garantisce lo svolgimento dei compiti istituzionali assegnati all'Azienda.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In Italia il c.d. lavoro agile è stato introdotto dall'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81. Con tale norma il legislatore ha previsto una specifica modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli, da un lato, autonoma disciplina e, dall'altro, differenziando tale nuova modalità di prestazione dal telelavoro, che già riscontrava una normativa di riferimento sia nel settore pubblico (a partire dalla legge 16 giugno 1998, n. 191, e poi con il d.P.R. 8 marzo 1999, n. 70) sia nel settore privato (grazie all'accordo interconfederale del 9 giugno 2004, di recepimento dell'accordo quadro europeo del 16 luglio 2002, ed alla contrattazione collettiva che vi aveva dato esecuzione con l'Accordo quadro del 23 marzo 2000).

Durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'articolo 87, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con la legge 24 aprile 2020, n. 27. In questa maniera si è sicuramente consentito di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e, di conseguenza e per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni. Tuttavia è risultato necessario porsi nell'ottica del superamento della gestione emergenziale individuando quale via ordinaria per lo sviluppo del lavoro agile nella pubblica amministrazione quella della contrattazione collettiva nazionale, come stabilito dal Patto per il lavoro pubblico e la coesione sociale del 10 marzo u.s., e quella della disciplina da prevedersi nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

In tale senso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per la funzione pubblica – nel mese di dicembre 2021, ha emanato apposite Linee Guida nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21 che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale e che costituiscono la modalità di superamento della fase emergenziale per lo sviluppo del lavoro agile, sono rivolte alle pubbliche amministrazioni e agli altri enti ad esse assimilati. Le Linee Guida si

proponevano di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo ad un tempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Il lavoro Agile rappresenta, non solo come modalità alternativa e flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro, in funzione del contenimento del rischio contagio da COVID-19, ma anche come strumento di modernizzazione della Pubblica Amministrazione e come opportunità per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in funzione, da un lato, dell'obbligo di cura derivante dai rapporti parentali e dall'altro, dall'esigenza di sviluppare nei lavoratori un approccio manageriale basato sulla responsabilità, flessibilità e autonomia nel raggiungimento dei risultati.

Questa Azienda tenuto conto della Direttiva del 29 dicembre 2023 a firma del Ministro della Pubblica Amministrazione Sen. P. Zangrillo avente ad oggetto "il lavoro agile" e indirizzata alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 che ha stabilito: "...allo scopo di sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore – ivi inclusa quella negoziale - già consente, si ritiene necessario evidenziare la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con la Deliberazione Commissario Straordinario n. 55 DEL 13/02/2024 avente come oggetto "APPROVAZIONE PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA 2024-2026) - PROGRAMMAZIONE DEL LAVORO AGILE E DELLE SUE MODALITA' DI SVILUPPO", ha disciplinato il lavoro agile (o smart working) che è una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, stabilita mediante accordo tra il dipendente e il datore di lavoro e organizzata per obiettivi. Per sua natura il lavoro agile è caratterizzato dall'assenza di un preciso orario o luogo per lo svolgimento dell'attività lavorativa: una modalità che consente al lavoratore la migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Consistenza del personale.

Il personale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza al 31/12/2024 era composto da n° 1.822 unità di cui n° 136 a tempo determinato.

Nella tabella che segue il dettaglio della distribuzione del personale.

QUALIFICA	Personale	di cui Universitari	Personale
	T.I.		a T.D.
Ruolo Sanitario			
Personale Dirigente			
Dirigente medico struttura complessa	27	9	

Dirigente farmacista struttura complessa				
TOTALI PARZIALI	27	9		
Dirigente medico	361	4	43	
Dirigente biologo	17	1	4	
Dirigente farmacista	7	1	1	
Dirigente fisico	4		1	
Dirigente psicologo	1			
Dirigente professioni sanitarie	1	1	2	
TOTALI PARZIALI	391	7	51	
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	418	16	51	
Personale sanitario/ tecnico non medico				
Coll.re Prof.le Sanit. Tec. San. di Radiologia Medica	60		2	51
Coll.re Prof.le Sanit. Tecnico Senior di Laboratorio Biomedico	2			
Coll.re Prof.le Sanit. Tecnico di Laboratorio Biomedico	48			
Collaboratore prof.le Sanitario	29			
Collaboratore Prof.le Sanitario Senior infermiere	5			
Collaboratore Prof.le Sanitario infermiere	590		61	
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico	24			
Collaboratore Prof.le Sanitario Senior - Ostetrica	1			
Collaboratore Prof.le Sanitario - Ostetrica	29		10	
Collaboratore Prof.le Sanitario - Tecnico di Neurofisiopatologia	2			
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista	1			
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	3		1	

Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista	1		
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista	1		
TOTALE COMPARTO SANITARIO/TECNICO NON MEDICO	796		74
Ruolo tecnico/Professionale			
Personale Dirigente			
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa	1		
Dirigente Ingegnere	1		
Dirigente Analista	2		
TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO	4		
Ruolo Tecnico			
Personale tecnico non dirigente			
Assistente Tecnico	18		

52

Collaboratore Professionale Assistente Sociale	1		
Collaboratore tecnico professionale	10		
Operatore socio sanitario	279		5
Operatore Tecnico	34		
Operatore Tecnico addetto all'assistenza	1		
Operatore Tecnico specializzato Autista	3		
Operatore Tecnico conduttore di caldaie	2		
Operatore Tecnico Idraulico Impiantista	1		
Operatore Tecnico Senior Elettricista	2		
Operatore Tecnico specializzato	9		

TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO	360		5
Ruolo Amministrativo			
Personale Dirigente			
Dirigente amministrativo struttura complessa	3		1
Dirigente amministrativo			3
TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	3		4
Ruolo Amministrativo			
Personale Amm.vo non dirigente			
Assistente Amministrativo	30		2
Coadiutore Amministrativo Senior	11		
Coadiutore Amministrativo	10		
Collaboratore Amministrativo Professionale	49		
Commesso	5		
TOTALE COMPARTO RUOLO AMM.VO	105		2
TOTALE PERSONALE AMM.VO	108		6
TOTALE GENERALE	1686	16	136

53

Programmazione strategica delle risorse umane

A seguito di disposizioni regionali, stabilite con il Decreti del Commissario ad Acta - DCA - n. 102/2024 del 185/2024 e 325/2024, si è proceduto a dare seguito sulla base delle priorità al Piano delle assunzioni per l'anno 2024, adottando la Deliberazione n. 180/2024,

Con questo decreto, l'ufficio del Commissario ad Acta ha inteso riconoscere un limite finanziario e "metodologico" all'assunzione di nuovo personale, disponendo che: "i reclutamenti previsti dal Piano assunzionale allegato alla Delibera n. 180/2024 dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza vengano effettuati parallelamente alle azioni volte alla riduzione della spesa e alla realizzazione di risparmi su altre voci di costo, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive e alle voci accessorie, e venga assicurato un opportuno bilanciamento delle assunzioni in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi;" e comunque ponendo il tetto di spesa per tali assunzioni in € 109.400.000 per l'anno 2024.

Ad oggi, non è possibile prevedere quali saranno i caratteri del Piano 2025, in quanto saranno calcolati sull'algoritmo regionale relativo alla misura del fabbisogno di risorse umane, a sua volta funzione di determinate variabili strutturali e di produzione.

Relativamente a queste ultime, va da sé che un aumento di produzione di servizi per l'anno 2024 può

favorire lo sviluppo della politica assunzionale 2025.

È tuttavia vero che l'eventuale adozione di misure straordinarie previste da norme statali e regionali potrebbero ripristinare il set minimo di strumenti alla realizzazione di una politica di sviluppo adeguata e sufficiente.

Occorre prendere atto degli effetti ormai scomparsi delle norme a favore della quiescenza ("quota cento", p.es.) e dei conseguenti effetti di risparmio sul costo del personale: il 2024 ha registrato una riduzione significativa dei risparmi ottenuti per pensionamenti nel 2023.

Non c'è ragione di credere che nel 2025 si avrà un dato sostanzialmente differente (salvo che non intervenga una nuova norma eccezionale che torni a favorire la quiescenza, che comunque impatterà sulla circostanza che il personale aziendale è già stato "svecchiato".

È chiaro, poi, che le nuove procedure di reclutamento, ancora da rodare anche da parte del legislatore nazionale, potranno favorire una celerità di processi assunzionali (portale del reclutamento). Ma nulla più. Anzi, poiché ancora manca un regolamento che colmi i vuoti normativi, come ad esempio il rapporto tra portale nazionale e piattaforma aziendale, si può presumere un certo ritardo nell'avvio definitivo del sistema.

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE

La Direzione Strategica Aziendale riconosce che la formazione può svolgere un ruolo fondamentale nell'assicurare lo sviluppo professionale degli Operatori Sanitari nonché la valorizzazione delle potenzialità esistenti, indispensabili per la realizzazione della mission dell'Azienda.

Tale riconoscimento è evidente nel "Piano Annuale della Formazione – P.A.F." ovvero nel catalogo dei Corsi degli Eventi Formativi offerti dall'Azienda, in cui la "Formazione" viene considerata come un "punto qualificante" della Struttura e viene pensata quale strumento teso a garantire l'aggiornamento professionale e culturale, con priorità allo sviluppo delle Risorse Umane attraverso una finalizzazione dei percorsi formativi, programmati non secondo una logica di adempimento burocratico, ma tenendo in massima considerazione la valorizzazione delle potenzialità esistenti.

Funzioni della Formazione

In questa prospettiva, la Formazione viene, quindi, a definirsi nei seguenti termini:

- per la Struttura Sanitaria, si tratta di uno strumento di sviluppo e di valorizzazione del Personale Sanitario, teso a promuovere le competenze professionali (in termini di capacità tecnico-operative, organizzative e relazionali) e le attitudini personali, al fine di garantire il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e lo sviluppo delle innovazioni.

La Formazione, per garantire l'attuazione delle finalità istituzionali e sviluppare la competenza degli Operatori, è chiamata innanzitutto ad implementare un modello che favorisca la crescita personale degli Stessi nell'ambito della vita lavorativa e cerchi di coniugare le capacità, le attese e le esigenze individuali degli Operatori con gli specifici obiettivi dell'Ospedale e del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

La Formazione, quindi, per la Struttura, svolge le seguenti funzioni:

- stimolo per la crescita individuale degli Operatori Sanitari (sviluppo delle professionalità e diffusione delle competenze);
- stimolo per l'integrazione tra i diversi Operatori Sanitari;
- sostegno dei cambiamenti organizzativi e strutturali e del Governo Clinico;
- diffusione della cultura e dei valori proposti dalla Direzione.

Per i Professionisti, si tratta di un'opportunità di continuo sviluppo personale, orientata ad una costante ricerca per il miglioramento culturale e professionale in campo tecnico-scientifici, gestionale e relazionale.

Il ruolo dei Professionisti nell'ambito della Formazione è fondamentale per individuarne gli specifici bisogni e le azioni da implementare.

Il coinvolgimento attivo degli Operatori Sanitari diventa, quindi, necessario in tutte le fasi del processo:

- nella fase di raccolta del bisogno formativo, per individuare le reali necessità rispetto al ruolo professionale, alle specifiche attività sanitarie, alla tipologia di risposte assistenziali, alle problematiche esistenti, etc.;

- nella fase di progettazione delle attività formative, per individuare gli obiettivi formativi e le modalità didattiche più efficaci da utilizzare;
- nella fase di realizzazione delle attività formative, per avere un immediato *feed-back* rispetto all'andamento delle attività;
- nella fase di valutazione, per la verifica dell'effettiva ricaduta in termini di comportamenti e risultati organizzativi, dell'azione formativa promossa.

I Professionisti Sanitari sono da considerarsi “attori protagonisti” del processo formativo e determinano il suo svolgersi.

La Formazione Aziendale, in coerenza con le Linee Guida Nazionali e con gli Obiettivi Nazionali sulla Formazione Continua ECM, ha da tempo individuato il suo modello di riferimento nello Sviluppo Continuo Professionale (Continuing Professional Development – CPD) che costituisce l'effettivo strumento per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli Operatori Sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata al Servizio Sanitario Nazionale.

Raccolta del fabbisogno formativo

La raccolta del fabbisogno formativo viene attuata con l'attivo coinvolgimento dei Referenti della Formazione Aziendale (giusto “Disciplinare per la Formazione e l'Aggiornamento Professionale” approvato dal Collegio di Direzione in data 27.03.2022), dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO. e dei Coordinatori delle UU.OO., attraverso la compilazione di apposite “Schede di Rilevazione del Fabbisogno”.

Il compito affidato è stato quello di individuare i “bisogni formativi” specifici nelle proprie Aree Organizzative in relazione alle attività e ai ruoli professionali, e di definire gli obiettivi da raggiungere in merito a tali bisogni, e ancora, suggerire o proporre le necessarie azioni formative.

I Dipartimenti, le Unità Operative e le Articolazioni Aziendali hanno redatto e presentato le proprie proposte di progetti/eventi formativi, esplicitando necessità, obiettivi ed azioni formative, che sono state sottoposte successivamente al vaglio del Comitato Tecnico Scientifico Aziendale che ha provveduto alla valutazione dei “Progetti/Eventi Formativi”.

La scelta delle proposte, inserite nell'editato “Piano Annuale della Formazione – P.A.F. 2025” (giusta Deliberazione n. 331 del 30.12.2024) è stata dettata, oltre che dal peso specifico del Progetto Formativo Aziendale, anche dalle esigue e ridotte risorse economico – finanziarie ed umane assegnate alla U.O.S.D. Accreditalimento, Qualità e Formazione.

L'esigenza di coniugare il management del budget economico – finanziario assegnato con la necessità di presentare una valida, appropriata e variegata offerta formativa aziendale, anche ai fini del conseguimento dei crediti ECM, ha condotto alla occorrenza di avvalersi, laddove possibile e didatticamente utile, di Soggetti Professionisti “Formatori” interni.

Di non poco rilievo, per il soddisfacimento dei fabbisogni formativi, è lo status di Provider Standard ECM attribuito all'Azienda Ospedaliera di Cosenza ovvero di Ente riconosciuto dall'Istituzione Pubblica come soggetto qualificato nell'Educazione Continua in Medicina e, pertanto, abilitato all'erogazione di Eventi Formativi RES e FSC tematici (giusto Decreto Dirigenziale Regione Calabria n. 4234 del 27.03.2024 “Accreditamento Standard – Provider Azienda Ospedaliera di Cosenza – ID7”)

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in qualità di Provider riconosciuto e abilitato, è stato individuato dalla Regione Calabria quale partner per l'attuazione della Linea Progettuale PNRR M6 – C2 – 2.2. “Sviluppo delle competenze tecniche – professionali, digitali e manageriali del Personale del Sistema Sanitario. – Intervento 2.2.2 Sub-misura: Corso di Formazione in Infezioni Ospedaliere” per cui sono stati già elaborati e prodotti documenti intermedi di programmazione su tali tematiche formative oltre alla realizzazione e completamento dei Moduli A e B della predetta Linea Progettuale PNRR.

Criteri per l'individuazione degli Obiettivi Formativi e programmazione delle Attività Formative

La formazione deve garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo Operatore Sanitario, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'Organizzazione e del contesto di lavoro nel quale la professionalità viene esercitata.

L'individuazione degli obiettivi formativi, pertanto, è il risultato della valutazione di una serie di istanze:

1. esigenze rilevate a livello direzione (riferimenti documentali ed indirizzi strategici della Direzione);
2. bisogni identificati nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento con interventi formativi – competenze professionali da acquisire e/o sviluppare);
3. riferimento a vincoli di natura normativa e/o contrattuale;
4. coerenza con gli obiettivi Formativi di interesse nazionale e regionale.

L'articolazione degli eventi formativi contenuti nel Piano è legata in ordine di priorità:

1) alle finalità cui rispondono:

- esigenze di aggiornamento professionale in risposta a vincoli normativi;
- esigenze di sviluppo di competenze legate alle Aree di Priorità identificate dalla Direzione dell'Ospedale;
- esigenze di sviluppo di competenze legate a bisogni identificati nelle Strutture Organizzative;

2) alla fattibilità in base a:

- modalità di realizzazione;
- sostenibilità in termini organizzativi;
- sostenibilità in termini economici.

La programmazione e la realizzazione delle attività formative sono orientate ai seguenti criteri:

- **coinvolgimento attivo del Personale:** la programmazione delle attività formative si fonda sulla valorizzazione delle proposte dei Professionisti Sanitari e Non Sanitari pervenute al Settore "Formazione" della UOSD Accreditamento, Qualità e Formazione;
- **multiprofessionalità:** la programmazione delle attività formative privilegia gli interventi formativi che coinvolgono gli Operatori di diverse professionalità, perché attraverso la condivisione delle conoscenze ed esperienze tra i diversi ruoli professionali, si arricchisce il patrimonio di competenza del gruppo e si promuove l'attività in *team* come modello organizzativo garante del miglioramento della qualità del servizio erogato;
- **appropriatezza ed efficacia:** la programmazione dell'attività formativa deve essere coerente con gli obiettivi della programmazione aziendale, prevedere una corretta analisi del bisogno formativo, prevedere il conseguimento di obiettivi tangibili, sia sul mantenimento e sviluppo di competenze professionali che sullo sviluppo organizzativo e gestionale, nonché la verifica mediante strumenti di valutazione adeguati;
- **equità di accesso:** la programmazione delle attività formative deve coinvolgere tutti i Professionisti Sanitari e Non Sanitari e, quando necessario, deve prevedere un coinvolgimento a rotazione, secondo una equilibrata percentuale, di tutto il Personale interessato allo sviluppo delle specifiche competenze obiettivo. A tale scopo, vengono attivate un numero di edizioni di Eventi Formativi adeguato al *target* definito per garantire il coinvolgimento di tutto il Personale interessato ad una specifica tematica.

Obiettivi Formativi 2025

Gli Obiettivi Formativi declinati per l'anno 2025 sono espressione delle varie Componenti che hanno partecipato alla definizione dei "bisogni formativi", in particolare:

- Direzione Generale;
- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Direzione Medica di Presidio Unico;
- Direttori di Dipartimento;
- Direttori/Responsabili delle Unità Operative;
- Direzione della U.O.C. S.I.T.R.A.;
- Referenti della Formazione delle UU.OO.;
- Direzione degli Uffici di Staff;
- Direzione degli Uffici Amministrativi.

Gli Obiettivi Formativi riguardano le competenze riconosciute come "indispensabili" per esercitare in

maniera adeguata i diversi ruoli sanitari nella Nostra Azienda e migliorare la qualità del servizio erogato.

Oltre agli obblighi normativi, relativi a “Sicurezza e Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro”, pertanto, sono stati identificati i seguenti “obiettivi formativi”:

- *Sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali*, viste come componente fondamentale della professionalità, necessarie ad affrontare in maniera positiva e costruttiva i rapporti inter – personali, inevitabili in ambito sanitario, con le Persone assistite e con gli altri Operatori.
Si ritiene necessario, in particolare, sviluppare comportamenti che pongano l'attenzione sulla centralità della Persona, improntati al rispetto, capacità di condivisione e compartecipazione alle scelte e decisioni, capacità di valorizzazione del contributo individuale.
- *Sviluppare le competenze necessarie per garantire la sicurezza del Paziente*: la prevenzione e la gestione del rischio clinico può essere attuata solo stimolando una maggiore consapevolezza nei Professionisti circa le proprie responsabilità nell'identificazione degli ambiti di maggior rischio e nell'adozione di comportamenti appropriati in relazione alle diverse attività clinico-assistenziali.
- *Sviluppare e sostenere le competenze nella gestione dell'emergenza-urgenza*, attraverso l'addestramento alle tecniche rianimatorie del Personale Sanitario selezionato.
- *Sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale* attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali (PDTA), in accordo con le Linee Guida Nazionali e Internazionali e i Principi Basati sull'Evidenza.
- *Sostenere la responsabilità professionale* attraverso lo sviluppo delle conoscenze relative al contesto normativo sanitario al fine di riconoscere ed utilizzare in maniera adeguata le opportunità e i vincoli che il Sistema propone, in particolare, in merito alla gestione della documentazione sanitaria.
- *Sviluppare e aggiornare le competenze tecnico-professionali* per rispondere efficacemente alla domanda di diagnosi, terapia ed assistenza, in maniera coerente con le continue innovazioni scientifiche basate sull'evidenza e le Linee Guida di riferimento. Tale obiettivo è da riferirsi al miglioramento delle conoscenze e competenze per tutti i livelli di attività previsti nella Struttura.

I Destinatari del Piano Formativo sono tutti gli Operatori di ruolo Sanitario e Non Sanitario che hanno un rapporto di dipendenza con l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

I criteri di coinvolgimento del Personale nelle attività formative è relativo alla specificità del target individuato in base agli obiettivi formativi, all'area/ruolo di appartenenza, alla necessità di rotazione nell'arco dell'anno.

La diffusione delle informazioni riguardanti il Piano Formativo viene garantita dalla U.O.S.D. Accreditamento, Qualità e Formazione, in particolare dall'Ufficio Segreteria del segmento “Formazione” attraverso:

- l'invio, a mezzo posta elettronica, del Documento “*Piano Annuale della Formazione – P.A.F.*” a tutto il Personale;
- la pubblicazione del Documento sul sito web dell'Azienda Ospedaliera, per la visualizzazione da parte di tutti gli Operatori e di chiunque fosse interessato.

Il “Piano Annuale della Formazione – P.A.F. 2025” (giusta Deliberazione A.C. Cs n. 331 del 30.12.2024) prevede l'inserimento di attività formative rispondenti a metodologie didattiche tradizionali e di formazione sul campo, conformi agli “obiettivi strategici”.

Risorse Economiche

L'U.O.S.D. Accreditamento, Qualità e Formazione (U.O.S.D. A.Q.F.) si impegna affinché il “Piano Formativo” sia orientato a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, tenendo conto degli “obiettivi formativi” previsti come “prioritari” nel Programma Nazionale E.C.M., nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

Ai fini della gestione del budget assegnato, e del rispetto dei vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, l'U.O.S.D. A.Q.F. ha la responsabilità di redigere e aggiornare report di contabilità analitica relativi alle diverse attività formative comprese nel “Piano Formativo” Aziendale.

Il budget assegnato è finalizzato al sostegno dei costi diretti della Formazione.

Tra i costi diretti, quelli di maggior impegno, oltre che prefissati e ineluttabili, riguardano la quota di accreditamento di ogni singolo Evento Formativo e la quota di accreditamento annuale da corrispondere ad

Age.Na.S.

La distribuzione delle risorse è subordinata alla coerenza con gli “obiettivi formativi” declinati nel “Piano Formativo”, ed hanno priorità le attività che rispondono agli obblighi normativo/contrattuali e agli obiettivi prioritari esplicitati dalla Direzione Strategica.

Politica della “Qualità della Formazione”

L’U.O.S.D. Accreditamento, Qualità e Formazione, nella Sua declinazione della “Formazione”, persegue una “Politica della Qualità” della Formazione, garantendo i seguenti elementi qualitativi:

- continuità e sistematicità nella coordinazione delle varie fasi dell’attività;
- correttezza metodologica;
- congruenza con gli Obiettivi Formativi indicati dalla Direzione, dai Direttori di Dipartimento, dai Direttori/Responsabili delle Unità Operative e dai Referenti della Formazione;
- equità, trasparenza e pari opportunità di accesso.

L’U.O.S.D. Accreditamento, Qualità e Formazione si fa garante di un sistema che assume come tappe fondamentali del processo metodologico:

- identificazione partecipata dei bisogni formativi;
- esistenza di un sistema di verifica del processo;
- utilizzo di metodi didattici coerenti agli Obiettivi Formativi identificati per una concreta fruibilità delle conoscenze e abilità, e funzionali alla centralità dei Destinatari, favorendo processi di integrazione e partecipazione e consenso;
- criteri di scelta e valutazione dei docenti;
- valutazione dell’efficacia della formazione.

La valutazione delle attività formative proposte viene effettuata dal “Comitato Tecnico Scientifico dell’Azienda” (C.T.S.A.), secondo criteri individuati e condivisi dai Componenti dello Stesso (Professionisti che rappresentano le varie Aree cliniche e i diversi ruoli professionali).

Mediante l’attività di valutazione il C.T.S.A. assicura la corrispondenza tra le attività previste nel Piano di Formazione e i bisogni formativi della/delle Categoria/e Professionale/i per le quali il Provider organizza gli interventi di formazione. Cura, in particolare, la interdisciplinarietà del modello seguito, le analisi di efficacia e di efficienza formativa, l’implementazione delle attività educazionali medesime, gli aspetti economici (costo/priorità).

Il progetto, per l’anno 2025, è quello di promuovere azioni di feed back “valutazione dell’efficacia della formazione”, in stretta collaborazione con i Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operativa e Coordinatori Infermieristici e Tecnici, per verificare il cambiamento avvenuto in termini di comportamento e ricadute organizzative, a seguito della partecipazione alle attività formative. Le modalità di valutazione saranno indicate dal C.T.S.A. nel II semestre dell’anno.

58

LE AZIONI POSITIVE

I temi della parità e pari opportunità, fra uomo e donna, nonché del contrasto alle discriminazioni, sono stati affrontati a livello nazionale in una serie di provvedimenti adottati anche sulla base delle indicazioni provenienti dall’ordinamento comunitario.

L’Unione Europea ha svolto e svolge tutt’oggi un ruolo fondamentale: sia nella definizione dei predetti principi di parità e pari opportunità tra uomo e donna - con conseguente fissazione di obiettivi di sviluppo delle politiche di genere nei diversi Stati membri, sia nel contrasto a qualsiasi forma di discriminazione negli ambiti lavorativi, economici e sociali.

La Risoluzione del Parlamento europeo del 9 giugno 2015 sulla “Strategia dell’UE per la parità tra uomini e donne dopo il 2015” ha sottolineato l’importanza di azioni positive che favoriscono la conciliazione tra vita familiare, privata e vita professionale, quali modalità di lavoro flessibile (part time, telelavoro, smart working).

In Italia sono stati disposti numerosi interventi normativi volti a rimuovere gli ostacoli alla piena partecipazione delle donne e degli altri soggetti vulnerabili alla vita economica e sociale del paese.

In tale ottica, numerosi sono stati i provvedimenti adottati in materia di accesso al lavoro e condizioni di lavoro, sia nel settore pubblico che nel settore privato.

Con riguardo alle pubbliche amministrazioni il decreto legislativo 11 aprile 2006, n.198 (“Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”), all’art. 48, rubricato “Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni”, ha stabilito che “le amministrazioni pubbliche devono predisporre il Piano Triennale di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”.

La medesima disposizione ha introdotto, quale sanzione per il caso di mancata adozione del suddetto Piano Triennale, il divieto di assumere nuovo personale da parte dell’Amministrazione, compreso quello appartenente alle categorie protette.

Con il D. Lgs. n. 150/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, si è riconosciuta la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche.

Inoltre, la Legge 4 novembre 2010 n. 183, ha successivamente innovato la materia delle pari opportunità ampliando i compiti delle pubbliche amministrazioni che, ad oggi, devono garantire “parità e pari opportunità tra uomini e donne e l’assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all’età, all’orientamento sessuale, alla razza, all’origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell’accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro”, nonché “un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo” impegnandosi a “rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno”.

L’art. 21 della medesima legge, modificando l’art 57 del D. Lgs. n. 165/2001, ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il **“Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”** che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Al fine di rendere effettiva la predetta disposizione, la Presidenza del Consiglio dei Ministri- Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Sottosegretario delegato alle pari opportunità con direttiva del 04.03.2011, hanno emanato Linee guida sulle modalità di funzionamento dei “Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”. Il D. Lgs. 15 giugno 2015, n. 80, recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro” ha apportato modifiche al T.U. in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità di cui al d.lgs. 26 marzo 2001, n.151, introducendo misure finalizzate a tutelare la maternità e la paternità per rendere, tra l’altro, più flessibile la fruizione dei congedi parentali e favorire, in tal modo, le opportunità di conciliazione per la generalità delle lavoratrici e dei lavoratori anche nel settore pubblico.

La promozione e programmazione delle azioni positive, definite dalla normativa sopra richiamata, è ora parte integrante del PIAO, all’interno del quale trovano adeguata collocazione trasversale e specifica.

Nonostante la recente produzione normativa, però, il principio del gender mainstreaming come valore da perseguire in tutti i settori di intervento, così come codificato nell’art. 1, comma 4, del Codice delle pari opportunità non ha trovato un adeguato livello di applicazione e, quindi, un esaustivo riconoscimento di tipo trasversale.

L’Azienda Ospedaliera di Cosenza, con Deliberazione n. 303 del 01/06/2022 ha rinnovato il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni – CUG (già costituito con delibere n°105 del 28.03.2017 e successiva n°141 del 14.04.2017). L’attività del CUG è stata purtroppo interrotta a seguito degli eventi pandemici ed è ripresa regolarmente, con una rinnovata composizione, nell’anno 2022. A seguito della cessazione di alcuni componenti, è in corso di definizione l’aggiornamento dello stesso CUG.

Tuttavia per l’anno 2025, il Programma di azioni positive riguarda l’organizzazione di un corso di formazione per il personale che opera nei servizi a maggiore contatto con l’utenza – front office; l’attivazione di una stanza “rosa”, realizzata grazie ad una donazione, per la violenza di genere che, sia pure rivolta all’utenza esterna, testimonia un’attenzione particolare della Direzione Strategica nei riguardi di tali tematiche volte a sensibilizzare il personale.

MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio periodico interno, riguarderà prevalentemente quella prevista nell'ambito delle specifiche attività di programmazione, in particolare:

- ✚ realizzazione degli obiettivi di performance;
- ✚ realizzazione delle azioni previste dal PTPCT e dalle singole misure;
- ✚ adempimenti di pubblicazione ai sensi del Dlgs 33/13.

I dati di monitoraggio sullo stato di attuazione del PIAO anno 2023 saranno rilevati nell'ambito delle specifiche attività di programmazione con gli strumenti appositamente previsti e predisposti.

Tutte le attività di monitoraggio concorreranno alla stesura di un Report sullo stato di avanzamento della realizzazione del PIAO, elaborato entro il mese di dicembre, che sarà trasmesso al Direttore Generale e alla O.I.V. e pubblicato sul sito istituzionale perché possa essere visionato dall'ANAC, dai servizi coinvolti nella realizzazione del Piano, dagli stakeholder interni ed esterni. Il Report costituirà elemento di programmazione del PIAO 2024 – 2026.

Per le attività di monitoraggio esterno, invece, assume un ruolo di rilievo l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che monitorerà le sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 10 comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance. Inoltre implementando quanto previsto dalle linee guida nr .4 del 2019 si avvarrà del modello della valutazione partecipativa. Tale metodo, rende pubblici gli esiti del processo di valutazione a tutti i soggetti portatori di interessi e aspettative verso l'organizzazione attraverso la validazione della Relazione sulla Performance pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, favorendo in tal modo accessibilità, inclusione e partecipazione al processo di valutazione. In tal modo lo stakeholder di riferimento può fornire feedback di ritorno sulla performance dell'organizzazione anche attraverso il ricorso a sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione.

Lo stesso O.I.V. effettuerà il monitoraggio della Sezione "Organizzazione e Capitale Umano" in coerenza con gli obiettivi di performance su base triennale mentre per il monitoraggio della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" si farà riferimento alle indicazioni dell'ANAC.

Per tutto quanto non previsto si rinvia alla normativa di legge.

ALLEGATI

Allegato 1: Mappatura dei processi, analisi del rischio corruzione e individuazione misure di trattamento

Allegato 2: Piano triennale del fabbisogno del personale

Allegato 3: Piano assunzionale

Allegato 4: Piano Formazione Aziendale