

PIAO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

ANNO 2025-2027

1. Sommario

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.1. Chi Siamo.....	5
1.2. Cosa Facciamo	9
1.3. Mandato Istituzionale e i principi di riferimento	9
1.4. Come Operiamo	10
1.5. L'Amministrazione in cifre	12
1.5.1. Analisi dell'Assistenza Ospedaliera	12
1.5.2. Analisi dell'Assistenza Territoriale.....	33
1.5.3. Analisi Mobilità ASP Cosenza Extraregione – Infraregione - Attiva e Passiva	47
1.5.4. Analisi del Benessere Organizzativo	50
1.6. Le risorse umane	53
1.7. Attrezzature	55
1.8. Coerenza con la Programmazione Economica-Finanziaria e di Bilancio.....	55
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	58
2.1. Sottosezione di programmazione - Valore pubblico.....	58
2.1.1. Contesto Interno ed esterno	58
2.1.2. Linee Programmatiche ASP	75
2.1.3. Transizione al Digitale ASP	79
2.2. Sottosezione di programmazione - Performance	93
2.2.1. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	94
2.2.2. Albero della Performance.....	97
2.2.3. Ciclo di Gestione della Performance. Definizione e assegnazione degli obiettivi.	97
2.2.4. Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.....	100
2.2.5. Direttiva di Budget Anno 2023	102
2.2.6. Caratteri generali e gli obiettivi 2023-2025.....	104
2.2.7. PIANO DI BUDGET - I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	105
2.2.8. PIANO DI BUDGET - II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:.....	143
2.2.9. PIANO DI BUDGET - III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	149
2.2.10. Sistemi Informativi.....	151
2.2.11. Realizzazione Obiettivi di PSN	152
2.3. Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	153
2.3.1. Obiettivi Strategici	153
2.3.2. Coordinamento con il Piano della Performance.....	153
2.3.3. Soggetti coinvolti nel sistema di Prevenzione della corruzione	154
2.3.4. Modello organizzativo dell'ufficio anticorruzione ASP Cosenza	157
2.3.5. Analisi del Contesto	160
2.3.6. Mappatura dei Processi, analisi e valutazione del rischio	167
2.3.7. Misure generali e trasversali di trattamento del rischio.	188

2.3.8.	Trasparenza	201
2.3.9.	Monitoraggio del PTPC sull'attuazione e sull'idoneità delle misure	205
2.3.10.	Monitoraggio sulla trasparenza	207
3.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	209
3.1.	Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	209
3.1.1.	La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.	210
3.2.	Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile.....	213
3.2.1.	Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	215
3.2.2.	Livello di attuazione del lavoro agile	215
3.2.3.	Modalità attuative	216
3.2.4.	Sicurezza sul lavoro	216
3.2.5.	Privacy – dpo	217
3.2.6.	Logistica	217
3.2.7.	Programma di sviluppo del lavoro agile	218
3.2.8.	La misurazione e valutazione della performance	218
3.2.9.	Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile	220
3.3.	Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale	223
3.3.1.	Piano triennale dei fabbisogni di personale	223
3.3.2.	Il piano formativo	226
4.	MONITORAGGIO	237
4.1.	Monitoraggio integrato delle sezioni del PIAO	237
4.2.	Collaborazione tra RPCT e OIV	238
4.3.	Rapporti tra RPCT e Strutture/Unità di missione per il PNRR.....	238
4.4.	Divieto di affidamento a terzi dell'elaborazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO	239
4.5.	Aggiornamento PIAO	239

Premessa

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

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

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

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026 dell'Asp di Cosenza è stato elaborato dal gruppo di lavoro aziendale, composto dal Direttore del Dipartimento Amministrativo, Dal Direttore UOC Programmazione e Controllo, dal RPCT aziendale, dal Dirigente Responsabile della UOC Gestione, Valorizzazione, sviluppo e formazione delle Risorse Umane e dal Dirigente Responsabile della UOC Gestione Tecnico- Patrimoniale, secondo lo schema definito con Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione e tenendo conto delle indicazioni del PNA 2023-25, del Piano di efficientamento 2025-2027 dell'ASP approvato nel il programma delle attività con deliberazione n° 2394 del 29/10/2024 .

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1. Chi Siamo

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

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

Partita IVA 02853720783

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

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

Indirizzo mail: direzione.generale@aspcs.it;

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



Nella tabella seguente si riporta la classifica delle province della Calabria ordinata per popolazione residente. I dati sono aggiornati al 01/01/2024.

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km²	Densità abitanti/km²	Numero Comuni
1.	Cosenza (CS – 078)	670.368	6.706,18	99,96	150
2.	Città Metropolitana di Reggio Calabria (RC – 280)	515.153	3.207,76	160,60	97
3.	Catanzaro (CZ - 079)	340.659	2.417,21	140,93	80
4.	Crotone (KR - 101)	161.902	1.734,05	93,37	27
5.	Vibo Valentia (VV – 102)	150.486	1.147,46	131,15	50
	Totale	1.838.568	15.212,66	125,202	404

Fonte: tuttitalia.it

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 150 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 670.368 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.706,18 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza é caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 100 abitanti per Km²) rispetto al dato nazionale (195,22 abitanti per Km²). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

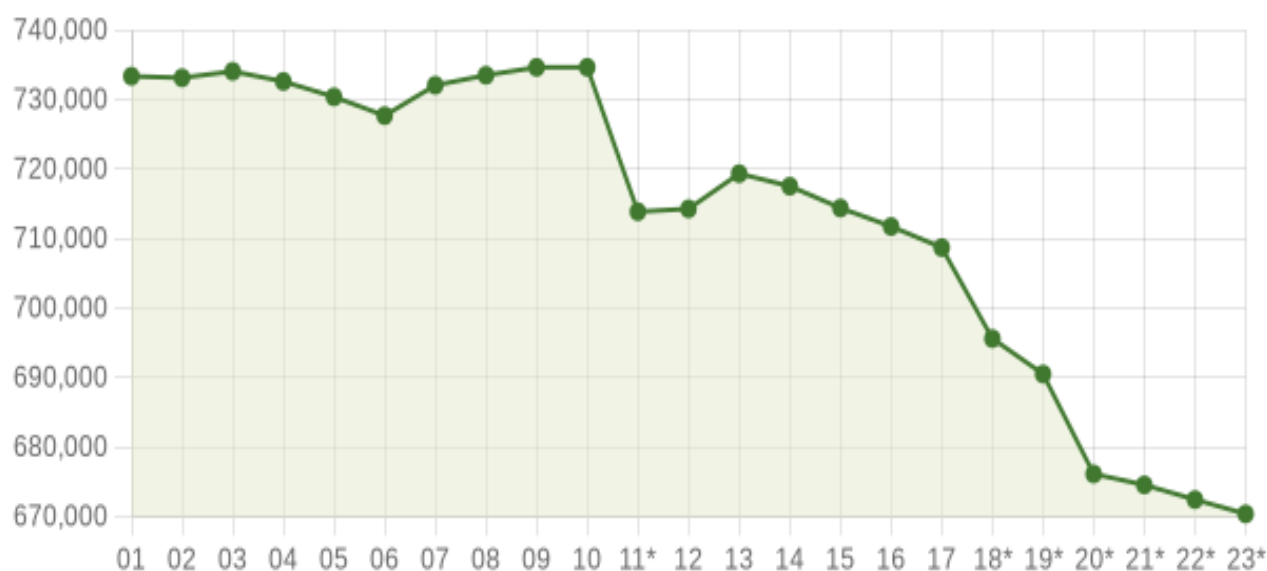
I 150 Comuni della Provincia di Cosenza sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità, tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono: Corigliano-Rossano, Rende, Castrovillari, Acri, S. Giovanni in Fiore, Paola e Cassano allo Jonio. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari.

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

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat) anno 01/01/2024

DISTRETTI ASP	2018	2019	2020	2021	2024	Diff. 24/21	Superficie Km ²
1 - "TIRRENO"	134.900	134.730	132.006	129.521	131.256	+1.735	1.084
2 - "ESARO/POLLINO"	97.546	96.633	94.235	91.600	89.038	-2.562	1.350
3 - "JONIO NORD"	101.359	100.931	98.053	95.787	94.782	-1.005	1.203
4 - "JONIO SUD"	70.895	70.659	68.638	67.688	66.963	-725	916
5 - "VALLE CRATI"	144.138	143.516	141.651	139.115	138.329	-786	859
6 - "COSENZA/SAVUTO"	159.864	159.284	155.920	152.408	150.000	-2.408	1.293
TOTALE DISTRETTI	708.702	705.753	690.503	676.119	670.368	-5.751	6.705

L'andamento demografico della popolazione residente in provincia di Cosenza dal 2001 al 2023 è rappresentato nei grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno di seguito schematizzati:



Andamento della popolazione residente

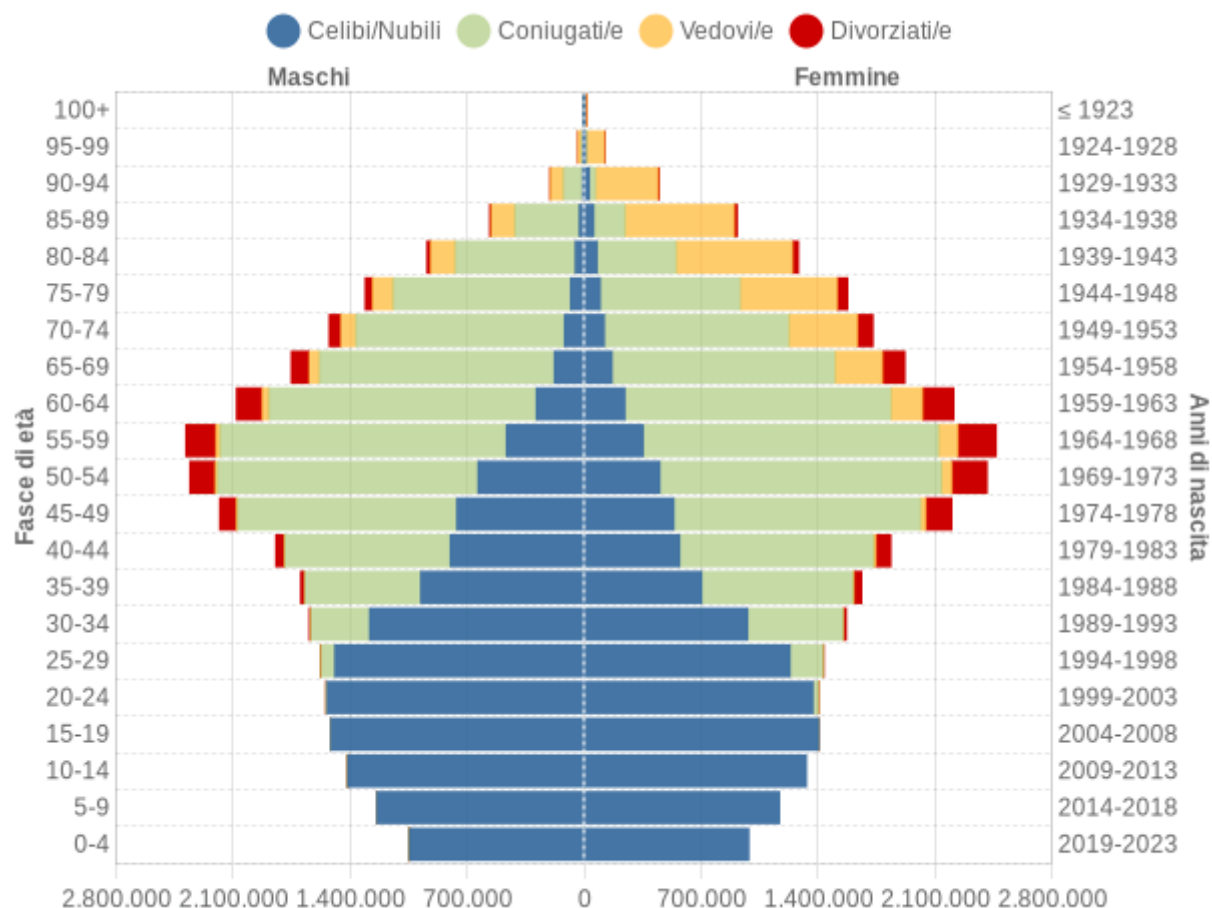
PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Di seguito si riportano i dati della distribuzione per fasce di età della popolazione nella provincia di Cosenza al 01 gennaio 2024:

Età	Maschi	Femmine	Celibi/nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Totale
0-4	12.160	11.665	23.825	0	0	0	23.825
	51,00%	49,00%					3,60%
5-9	14.227	13.667	27.894	0	0	0	27.894
	51,00%	49,00%					4,20%
10-14	15.261	14.540	29.801	0	0	0	29.801
	51,20%	48,80%					4,40%
15-19	16.629	15.325	31.947	6	0	1	31.954
	52,00%	48,00%					4,80%
20-24	17.400	16.084	33.109	366	1	8	33.484
	52,00%	48,00%					5,00%
25-29	18.311	16.434	31.607	3.094	6	38	34.745
	52,70%	47,30%					5,20%
30-34	19.588	18.578	26.589	11.350	37	190	38.166
	51,30%	48,70%					5,70%
35-39	20.488	20.007	19.502	20.331	91	571	40.495
	50,60%	49,40%					6,00%
40-44	21.753	21.502	14.467	27.534	189	1.065	43.255
	50,30%	49,70%					6,50%
45-49	23.866	24.171	11.812	34.034	477	1.714	48.037
	49,70%	50,30%					7,20%
50-54	24.809	26.348	9.455	38.291	1.102	2.309	51.157
	48,50%	51,50%					7,60%
55-59	25.738	27.570	7.590	41.475	1.961	2.282	53.308
	48,30%	51,70%					8,00%
60-64	24.663	26.306	5.507	40.231	3.315	1.916	50.969
	48,40%	51,60%					7,60%
65-69	21.778	23.428	3.792	35.169	4.788	1.457	45.206
	48,20%	51,80%					6,70%
70-74	18.773	20.736	2.488	29.212	6.761	1.048	39.509
	47,50%	52,50%					5,90%
75-79	14.571	16.766	1.686	20.796	8.290	565	31.337
	46,50%	53,50%					4,70%
80-84	9.785	12.351	1.050	12.008	8.779	299	22.136
	44,20%	55,80%					3,30%
85-89	6.347	9.499	765	6.368	8.592	121	15.846
	40,10%	59,90%					2,40%
90-94	2.412	4.797	386	1.808	4.959	56	7.209
	33,50%	66,50%					1,10%
95-99	500	1.247	116	276	1.349	6	1.747
	28,60%	71,40%					0,30%
100+	79	209	23	63	202	0	288
	27,40%	72,60%					0,00%
Totale	329.138	341.230	283.411	322.412	50.899	13.646	670.368
	49,10%	50,90%					100%

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Cosenza per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2024.



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024

ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati. Nel 2024 i residenti con età 0-14 anni sono 81.520 (12,20%), quelli con età 15-64 anni sono 425.570 (63,60%), quelli con 65 e più anni sono 163.278 (24,40%), nell'intera azienda.

Indice di vecchiaia: rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni (popolazione $\geq$ 65 anni/giovani 0/14); per l'intera azienda nel 2024 è pari a 200,3 anziani ogni 100 giovani (nel 2020 il valore era di 181,3 anziani per ogni 100 giovani, con un valore che di anno in anno cresce costantemente).

Indice di dipendenza strutturale: rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). In provincia di Cosenza nel 2024 ci sono 57,5 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

Indice di ricambio della popolazione attiva: rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. In provincia di Cosenza nel 2024 l'indice di ricambio è 159,5 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

1.2.Cosa Facciamo

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

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

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

1.3.Mandato Istituzionale e i principi di riferimento

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

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

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

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

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

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

Cardini essenziali per realizzare la missione sono:

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

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

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

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

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

1.4.Come Operiamo

L'Azienda orienta la propria attività ai seguenti principi:

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

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

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

- i pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti– pazienti;
 - coloro che mettono la propria professionalità al servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;
 - la legalità, assicurando che gli atti ed i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti sia a livello nazionale che a livello regionale;
 - i portatori di interessi, garantendo relazioni trasparenti e volte al confronto costruttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato,
- e tutto questo nel rispetto dei seguenti principi:

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

1.5. L'Amministrazione in cifre

1.5.1. Analisi dell'Assistenza Ospedaliera

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

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

Si inserisce di seguito la tabella riassuntiva con i Posti Letto a gestione diretta ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio e per reparto:

SPOKE CETRARO/PAOLA			POSTI LETTO 2023		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD	DH	TOTALE
STAB. CETRARO	09	CHIRURGIA	0	0	0
STAB. CETRARO	32	NEUROLOGIA	-	-	-
STAB. CETRARO	34	OCULISTICA (MULTIDIS. CHIR.)	-	2	2
STAB. CETRARO	37	OSTETRICIA	22	5	27
STAB. CETRARO	39	PEDIATRIA	12	2	14
STAB. CETRARO	31	NIDO	4	-	4
STAB. CETRARO	40	PSICHIATRIA	8	-	8
STAB. CETRARO	43	UROLOGIA	6	2	9
STAB. CETRARO	49	TER. INTENSIVA	6	-	6
STAB. CETRARO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. CETRARO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. CETRARO	08	CARDIOLOGIA	-	2	2
STAB. CETRARO	26	MEDICINA	10	2	12
STAB. CETRARO	26	MEDICINA COVID	22	-	22
STAB. CETRARO	60	LUNGODEGENZA	12	-	12
		Totale Cetraro	98	23	121
STAB. PAOLA	08	CARDIOLOGIA	8	0	8
STAB. PAOLA	09	CHIRURGIA	11	0	11
STAB. PAOLA	26	MEDICINA	24	2	26
STAB. PAOLA	36	ORTOPEDIA	10	4	14
STAB. PAOLA	50	UTIC	6	0	6
STAB. PAOLA	64	ONCOLOGIA	0	14	14
STAB. PAOLA	02	MULTID. MEDICO	-	-	-
STAB. PAOLA	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. PAOLA	49	TERAPIA INTENSIVA	4	-	4
		Totale Paola	63	24	87
TOTALE SPOKE CETRARO/PAOLA			161	47	208

SPOKE ROSSANO/CORIGLIANO			POSTI LETTO 2023		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD.	DH	TOTALE
STAB. CORIGLIANO	09	CHIRURGIA	10	1	11
STAB. CORIGLIANO	26	MEDICINA	28	2	30
STAB. CORIGLIANO	32	NEUROLOGIA	8	2	10
STAB. CORIGLIANO	37	OSTETRICIA	25	5	30
STAB. CORIGLIANO	39	PEDIATRIA	12	3	15
STAB. CORIGLIANO	31	NIDO	4	-	4
STAB. CORIGLIANO	40	PSICHIATRIA	8	-	8
STAB. CORIGLIANO	43	UROLOGIA	1	1	2
STAB. CORIGLIANO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. CORIGLIANO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
		Totale Corigliano	92	22	114
STAB. ROSSANO	09	CHIRURGIA	17	2	19
STAB. ROSSANO	08	CARDIOLOGIA	17	-	17
STAB. ROSSANO	29	NEFROLOGIA	9	1	10
STAB. ROSSANO	34	OCULISTICA	-	-	-
STAB. ROSSANO	36	ORTOPEDIA	16	5	21
STAB. ROSSANO	38	ORL	-	-	-
STAB. ROSSANO	49	TER. INTENSIVA	6	-	6
STAB. ROSSANO	50	UTIC	5	-	5
STAB. ROSSANO	43	UROLOGIA	-	-	-
STAB. ROSSANO	64	ONCOLOGIA	-	9	9
STAB. ROSSANO	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
STAB. ROSSANO	98	MULTID. CHIR.	-	4	4
STAB. ROSSANO	26	MEDICINA COVID	18	-	18
STAB. ROSSANO	56	RIABILITAZIONE INTENSIVA	8	-	8
STAB. ROSSANO	60	LUNGODEGENZA	-	-	-
		Totale Rossano	96	25	85
TOTALE SPOKE ROSSANO/CORIGLIANO			188	47	235

SPOKE CASTROVILLARI			POSTI LETTO 2023		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD	DH	TOTALE
STAB. CASTROVILLARI	08	CARDIOLOGIA	9	2	11
STAB. CASTROVILLARI	09	CHIRURGIA	17	2	19
STAB. CASTROVILLARI	26	MEDICINA	16	2	18
STAB. CASTROVILLARI	32	NEUROLOGIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	34	OCULISTICA	-	2	2
STAB. CASTROVILLARI	36	ORTOPEDIA	4	-	4
STAB. CASTROVILLARI	37	OSTETRICIA	16	4	20
STAB. CASTROVILLARI	38	ORL	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	39	PEDIATRIA	10	2	12
STAB. CASTROVILLARI	31	NIDO	4	-	4
STAB. CASTROVILLARI	40	PSICHIATRIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	43	UROLOGIA	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	49	TER. INTENSIVA	6	-	2
STAB. CASTROVILLARI	50	UTIC	7	-	7
STAB. CASTROVILLARI	64	ONCOLOGIA	-	8	8
STAB. CASTROVILLARI	68	PNEUMOLOGIA	6	2	8
STAB. CASTROVILLARI	71	REUMATOLOGIA (MULTIDIS. MEDICO)	-	4	4
STAB. CASTROVILLARI	02	MULTID. MEDICO	-	-	-
STAB. CASTROVILLARI	98	MULTID. CHIR.	-	-	-
TOTALE SPOKE CASTROVILLARI			91	28	119

OSPEDALI DI ZONA DISAGIATA			POSTI LETTO 2023		
STRUTTURA	COD. DISCIPLINA	REPARTO	ORD	DH	TOTALE
ACRI	09	CHIRURGIA	16	4	20
ACRI	26	MEDICINA	-	8	8
ACRI	02	MULTID. MEDICO	-	12	12
ACRI	98	MULTID. CHIR.	15	-	15
ACRI		LUNGODEGENZA	31	24	55
		Totale Acri	31	24	55
S. GIOVANNI IN F.	26	MEDICINA	20	-	20
S. GIOVANNI IN F.	60	LUNGODEGENZA	15	-	15
S. GIOVANNI IN F.	02	MULTID. MEDICO	-	4	4
S. GIOVANNI IN F.	98	MULTID. CHIR.	-	12	12
		Totale S. Giovanni in Fiore	35	16	51
TREBISACCE	60	LUNGODEGENZA	20	-	20
		Totale Trebisacce	20	-	20
PRAIA A MARE	26	MEDICINA	20	-	20
		Totale Praia a Mare	20	-	20
TOTALE OSPEDALI ZONA DISAGIATA			106	40	146
TOTALE POSTI LETTO ASP COSENZA			546	162	708

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

Di seguito si inserisce la tabella riassuntiva con i Posti Letto a gestione privata accreditata ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per Casa di Cura e per reparto:

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

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



	iGreco ospedali Riuniti s.r.l. (ex Sacro Cuore s.r.l.)	34	OCULISTICA	3	0	3
7	M.Misasi	56	RIABILITAZIONE	40	5	45
		60	LUNGODEGENZA	10	0	10
8	Casa di Cura San Francesco di Rao Rosina s.r.l.	56	RIABILITAZIONE	56	4	60
9	Casa di Cura Scarnati s.r.l.	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40	3	43
10	Casa di Cura Villa Del Sole s.r.l.	09	CHIRURGIA GENERALE	40	4	44
		56	RIABILITAZIONE	26	4	30
				597	66	663

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

Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri, nelle tabelle che seguono si evidenziano il numero delle SDO a consuntivo nel corso dell'ultimo triennio (2021/2023) e le prestazioni specialistiche ambulatoriali prodotte nelle strutture ospedaliere nello stesso periodo:

SINTESI RICOVERI P.O. PUBBLICI - 2021/2023											
Presidio	2021			2022			2023			Scostamento 2022/2021	Scostamento 2023/2022
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale		
Cetraro	864	531	1.395	766	592	1.358	3.357	1.331	4.688	-37	+143
Paola	2.622	350	2.972	2.673	514	3.187				215	
Castrovillari	3.466	871	4.337	3.244	1.024	4.287	3.215	1.183	4.398	-69	+111
Rossano	1.647	407	2.054	1.913	617	2.530	5.213	1.199	6.412	476	+100
Corigliano	2.930	586	3.516	3.110	672	3.782				266	
Trebisacce	131	-	131	143		143	154	-	154	12	+11
Acri	688	66	754	721	101	822	694	140	834	68	+12
S. Giovanni F.	366	7	373	295	7	302	261	18	279	-71	-23
Praia a Mare	247	-	247	276		276	180	-	180	29	-96
Totale	12.961	2.818	15.779	13.141	3.527	16.687	13.074	3.871	16.945	889	+258

Sintesi prestazioni ambulatoriali ospedali ASP anno 2019-2023							
Struttura	N° prestazioni 2019	N° prestazioni 2020	N° prestazioni 2021	N° prestazioni 2022	N° prestazioni 2023	Scostamento 2020/2021	Scostamento 2023/2022
ACRI	239.557	161.017	170.178	176.331	187.180	6.153	+10.849
CASTROVILLARI	382.935	208.760	335.186	377.170	432.807	41.984	+55.637
CETRARO	138.917	104.242	109.574	105.853	111.353	-3.721	+5.500
CORIGLIANO	202.801	166.261	123.439	144.591	124.401	2.1152	-20.190
PAOLA	221.244	187.865	199.171	200.298	217.397	1.127	+17.099
ROSSANO	313.474	251.116	215.568	222.032	269.685	6.464	+47.653
SAN GIOVANNI IN FIORE	199.318	147.218	162.151	177.006	201.864	14.855	+24.858
PRAIA A MARE	134.490	141.925	197.049	187.667	227.497	-9.382	+39.830
TREBISACCE	211.825	146.539	163.710	169.845	188.508	6.135	+18.663
Totale	1.832.736	1.514.943	1.676.026	1.760.793	1.960.692	84.767	+199.899

Nelle tabelle seguenti sono invece riportati i principali indicatori di attività analitici relativi ad ogni singolo Stabilimento ospedaliero, con il confronto e l'andamento nell'anno 2023 con il 2022, ultimi dati disponibili a consuntivo:

SPOKE CASTROVILLARI

Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 - 2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinar i	Degenz a Totale	Degen za Media	Tasso utilizz o Posti Letto	Intervent i	DRG Chirurgic i	% DRG Chirurgic i	Peso Medi o DRG	Valore SDO
ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	cardiologia (08-01)	655	4.709	7,2	143,3 %	710	300	45,8%	1,7	3.816.466€
	chirurgia generale (09-01)	423	2.631	6,2	80,1%	390	251	59,3%	1,2	1.467.708€
	gastroenterologia (58-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale (26-01)	493	5.211	10,6	75,1%	38	3	0,6%	1,1	1.718.480€
	nido (31-01)	300	850	2,8	58,2%	0	0	0,0%	0,2	186.043€
	ortopedia e traumatologia (36-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	ostetricia e ginecologia (37- 01)	501	1.875	3,7	32,1%	972	192	38,3%	0,5	788.990€
	pediatria (39-01)	326	1.493	4,6	40,9%	0	2	0,6%	0,5	544.134€
	pneumologia (68-01)	369	3.185	8,6	87,3%	96	3	0,8%	1,3	1.554.117€
	reumatologia (71-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	terapia intensiva (49-01)	38	409	10,8	56,0%	34	9	23,7%	2,7	342.205€
	unità coronarica (50-01)	110	648	5,9	25,4%	88	39	35,5%	1,6	488.752€
TOTALE		3.215	21.011			2.328	799			10.906.895

Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenz a Totale	Degen za Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Intervent i	DRG Chirurgic i	% DRG Chirurgic i	Peso Medi o DRG	Valore SDO
Ospedale civile ferrari - castrovillar i (180006- 18000600)	cardiologia (08-01)	578	4.136	7,2	125,9 %	823	311	53,8%	1,9	3.784.387,00
	chirurgia generale(09-01)	479	2.886	6,0	46,5%	389	288	60,1%	1,1	1.525.035,00
	gastroenterologia (58-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina generale(26-01)	461	5.002	10,9	85,7%	38	4	0,9%	1,1	1.581.161,00
	nido (31-01)	326	969	3,0	66,4%	0	0	0,0%	0,2	192.953,00
	ortopedia e traum(36-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ostetricia e ginec.(37-01)	562	2.123	3,8	36,4%	1.091	214	38,1%	0,5	879.168,00
	pediatria (39-01)	356	1.727	4,9	47,3%	0	1	0,3%	0,4	530.081,00
	pneumologia (68-01)	247	2.168	8,8	99,0%	92	1	0,4%	1,3	989.198,00
	reumatologia (71-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	terapia intensiva (49-01)	38	461	12,1	21,1%	53	14	36,8%	3,7	492.080,00
	unità coronarica (50-01)	197	1.297	6,6	50,8%	297	97	49,2%	1,7	1.106.438,00
Totale 2022		3244	20769			2783	930			11.080.501

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 2023 DH/DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	cardiologia (08-01)	176	176	388	2,2	21%	152	136	77,3%	1,4	421.444€
	chirurgia gen (09-01)	372	372	771	2,1	47%	211	200	53,8%	0,6	286.400€
	day hospital(02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery (98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	gastroenterol (58-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina gen (26-01)	113	113	429	3,8	19%	11	0	0,0%	0,9	93.355€
	nido (31-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Oculistica (34-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oncologia (64-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia e tr (36-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia gin(37-01)	185	185	365	2,0	27%	42	41	22,2%	0,4	106.656€
	pediatria (39-01)	6	6	18	3,0	2%	0	0	0,0%	0,5	3.716€
	pneumologia (68-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	reumatologia (71-01)	331	331	1.283	3,9	100%	1	2	0,6%	1,1	335.714€
	terapia intens (49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronar (50-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale		1.183	1.183	3.254			417	379			1.247.285

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 – 2022 DH/DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile ferrari – castrovillari (180006-18000600)	day hospital (02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery(98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	gastroenter(58-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oculistica (34-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oncologia (64-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia e traumatolog(36-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	cardiologia (08-01)	142	142	300	2,1	20%	118	117	82,4%	1,3	289.473€
	chirurgia g(09-01)	283	283	518	1,8	37%	182	162	57,2%	0,6	220.829€
	medicina g(26-01)	127	127	470	3,7	22%	21	0	0,0%	0,9	102.676€
	nido (31-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia gi(37-01)	285	285	555	1,9	33%	112	108	37,9%	0,4	194.265€
	pediatria (39-01)	12	12	32	2,7	3%	0	0	0,0%	0,5	6.703€
	pneumologia(68-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	reumatolog(71-01)	175	175	959	5,5	100%	0	0	0,0%	1,2	259.789€
	terapia inten(49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità corona(50-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale DH 2022		1024	1024	2834			433	387			1.073.735

SPOKE CETRARO PAOLA

Stabilimento Ospedaliero SDO 1006/2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale spoke cetraro-paola (180012)	cardiologia 01 (08-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	cardiologia 02 (08-02)	289	2.023	7,0	55,4%	176	74	25,6%	1,3	1.140.317€
	chirurgia general 01 (09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	chirurgia general 02 (09-02)	679	3.707	5,5	44,2%	951	432	63,6%	1,2	2.425.914€
	day surgery 01 (98-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	lungodegenti 01 (60-01)	33	972	29,5	13,3%	8	0	0,0%	1,3	142.666€
	medicina genera 01 (26-01)	74	1.539	20,8	23,4%	28	4	5,4%	1,4	378.263€
	medicina genera 02 (26-02)	839	8.325	9,9	81,5%	145	4	0,5%	1,3	3.308.020€
	medicina genera 03 (26-03)	39	447	11,5	5,6%	4	0	0,0%	0,9	108.677€
	neurologia 01 (32-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	nido 01 (31-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	oculistica 01 (34-01)	1	266	266,0	14,6%	1	1	100,0%	0,9	37.972€
	oncologia 02 (64-02)	1	2	2,0	0,5%	0	0	0,0%	0,8	1.407€
	ortopedia e traumi 02 (36-02)	560	3.570	6,4	69,9%	759	544	97,1%	1,6	3.333.236€
	ostetricia e ginec 01 (37-01)	22	66	3,0	0,8%	18	15	68,2%	0,7	48.068€
	pediatria 01 (39-01)	408	2.317	5,7	52,9%	2	0	0,0%	0,5	686.180€
	pneumologia 01 (68-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	psichiatria 01 (40-01)	65	1.260	19,4	43,2%	0	0	0,0%	0,7	126.065€
	terapia intensiva 01 (49-01)	68	950	14,0	43,4%	24	14	20,6%	2,9	693.140€
	unità coronarica 02 (50-02)	279	1.978	7,1	541,9%	191	91	32,6%	1,5	1.251.992€
	urologia 01 (43-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
TOTALE		3.357	27.422			2.307	1.179			13.681.917

Stabilimento Ospedaliero SDO I006/2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo P L	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale cetraro (180012-18001201)	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina gene 01 (26-01)	5	417	83,4	11,4%	1	0	0,0%	0,9	49.124,00
	medicina gene 03 (26-03)	207	3.080	14,9	38,4%	24	3	1,4%	1,1	776.563,00
	neurologia 01 (32-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	nido 01 (31-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	oculistica 01 (34-01)	1	76	76,0	0,0%	1	1	100,0%	0,6	13.943,00
	ostetricia e g. 01 (37-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	pediatria 01 (39-01)	363	2.050	5,6	46,8%	65	0	0,0%	0,5	557.244,00
	pneumologia 01 (68-01)	1	22	22,0	0,2%	0	0	0,0%	1,2	3.802,00
	psichiatria 01 (40-01)	119	2.105	17,7	72,1%	0	0	0,0%	0,7	230.956,00
	terapia intensi 01 (49-01)	45	961	21,4	43,9%	5	5	11,1%	2,0	341.306,00
	urologia 01 (43-01)	25	88	3,5	4,0%	20	20	80,0%	0,7	44.585,00
Totale ordinari 2022		766	8799			116	29			2.017.523



Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale paola (180012-18001202)	cardiologia 02 (-08-02)	243	1.715	7,1	85,4%	125	17	7,0%	1,0	718.453,00
	chirurgia gen 02 (09-02)	624	4.296	6,9	107,0%	685	310	49,7%	1,2	2.325.708,00
	medicina ge 02 (26-02)	840	7.164	8,5	81,8%	111	9	1,1%	1,3	3.370.105,00
	oncologia 02 (64-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ortopedia tra 02 (36-02)	614	3.911	6,4	107,2%	821	570	92,8%	1,5	3.447.306,00
	unità coron. 02 (50-02)	352	2.599	7,4	94,9%	328	113	32,1%	1,5	1.635.419,00
	Totale Ordinari 2022	2673	19685			2070	1019			11.496.991

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale spoke cetraro-paola (180012)	cardiologia 01 (08-01)	61	61	224	3,7	100%	0	0	0,0%	0,7	46.091€
	cardiologia 02 (08-02)	288	288	736	2,6	50%	57	2	0,7%	0,7	159.041€
	chirurgia g. 01 (09-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	chirurgia g. 02 (09-02)	99	99	151	1,5	13%	156	62	62,6%	0,9	94.082€
	day hospital 01 (02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (98-01)	2	2	6	3,0	100%	2	2	100,0%	0,9	3.230€
	day surgery 02 (98-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	lungodegenti 01(60-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina g. 01 (26-01)	6	6	33	5,5	8%	0	0	0,0%	0,7	6.573€
	medicina g. 02 (26-02)	353	353	1.111	3,1	30%	25	0	0,0%	0,8	239.189€
	medicina g. 03 (26-03)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	neurologia 01 (32-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oculistica 01 (34-01)	48	48	136	2,8	98%	45	45	93,8%	0,8	71.407€
	oncologia 02 (64-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ortopedia t. 02 (36-02)	132	132	192	1,5	19%	132	125	94,7%	0,9	213.162€
	ostetricia g. 01 (37-01)	274	274	546	2,0	93%	248	254	92,7%	0,8	330.589€
	pediatria 01 (39-01)	68	68	176	2,6	14%	1	0	0,0%	0,5	34.290€
	psichiatria 01 (40-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	terapia int. 01 (49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coro. 02 (50-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	urologia 01 (43-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale		1.331	1.331	3.311			666	490			1.197.654



Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 2022DH-DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale cetraro (180012-18001201)	cardiologia 01 (08-01)	82	82	298	3,6	100%	0	0	0,0%	0,7	60.761€
	day hospital01(02-01)	2	2	12	6,0	100%	2	2	100,0%	0,9	3.230€
	medicina g 01 (26-01)	62	62	320	5,2	93%	25	0	0,0%	0,9	75.417€
	medicina g 03 (26-03)	24	24	30	1,3	10%	0	0	0,0%	0,6	6.456€
	oculistica 01 (34-01)	117	117	397	3,4	99%	108	105	89,7%	0,8	170.343 €
	pediatria 01 (39-01)	261	261	613	2,3	42%	6	1	0,4%	0,5	120.583 €
	Pneumolog.01(68-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	psichiatria 01 (40-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	terapia int. 01 (49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	urologia 01 (43-01)	44	44	78	1,8	64%	27	24	54,5%	0,5	28.921€
Totale DH/DS 2022		592	592	1748			168	132			465.711

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 2022DH-DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale paola (180012-18001202)	cardiologia 02 (08-02)	181	181	356	2,0	43%	1	0	0,0%	0,7	74.080€
	chirurgia g 02 (09-02)	51	51	115	2,3	8%	53	33	64,7%	1,0	57.810€
	medicina g 02 (26-02)	196	196	413	2,1	19%	1	1	0,5%	0,7	86.135€
	ortopedia tr 02(36-02)	86	86	110	1,3	12%	81	81	94,2%	0,9	140.669 €
	unità coro 02 (50-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2021	514	514	994			136	115			358.694

SPOKE CORIGLIANO ROSSANO

Stabilimento Ospedaliero SDO I006-2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	astanteria 02 (51-02)	10	270	27,0	9,2%	9	1	10,0%	2,1	83.701€
	cardiologia 01 (08-01)	131	949	7,2	32,5%	53	35	26,7%	1,2	481.565€
	chirurgia general 01(09-01)	675	5.084	7,5	81,9%	1.057	502	74,4%	1,5	3.251.326€
	chirurgia general 02(09-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina general 01(26-01)	746	8.483	11,4	116,2%	65	5	0,7%	1,1	2.294.859€
	medicina general 02(26-02)	257	4.058	15,8	111,2%	135	4	1,6%	1,3	1.119.781€
	nefrologia 01 (29-01)	212	2.160	10,2	65,8%	98	4	1,9%	1,1	770.552€
	neurologia 01 (32-01)	236	1.989	8,4	68,1%	3	0	0,0%	0,9	598.563€
	nido 01 (31-01)	677	1.954	2,9	133,8%	51	0	0,0%	0,3	901.220€
	oncologia 01 (64-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	ortopedia e trau 01 (36-01)	415	3.300	8,0	36,2%	380	347	83,6%	1,3	1.822.413€
	ostetricia e ginec 01 (37-01)	906	2.990	3,3	32,8%	1.679	316	34,9%	0,6	1.390.078€

	otorinolaringoia 02(38-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	pediatria 01 (39-01)	416	1.561	3,8	35,6%	338	1	0,2%	0,6	649.336€
	psichiatria 01 (40-01)	136	1.802	13,3	61,7%	2	0	0,0%	0,7	255.405€
	recupero e riab fu02(56-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	terapia intensiva 01 (49-01)	58	552	9,5	37,8%	125	15	25,9%	3,0	574.683€
	unità coronarica 01 (50-01)	330	2.183	6,6	99,7%	56	25	7,6%	1,0	927.256€
	urologia 01 (43-01)	8	21	2,6	5,8%	0	7	87,5%	0,6	10.324€
TOTALE		5.213	37.356			4.051	1.262			15.131.062

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale rossano (180010-18001002)	astanteria 02 (51-02)	5	128	25,6	0,0%	1	0	0,0%	1,6	34.129,00
	cardiologia 01 (08-01)	195	1.793	9,2	28,9%	18	6	3,1%	0,9	531.891,00
	chirurgia gen 01 (09-01)	534	4.149	7,8	66,9%	700	382	71,5%	1,5	2.553.277,00
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina ge 02 (26-02)	330	6.645	20,1	101,1%	101	3	0,9%	1,3	1.527.064,00
	nefrologia 01 (29-01)	178	1.974	11,1	60,1%	123	13	7,3%	1,2	692.694,00
	oncologia 01 (64-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	ortopedia tr. 01(36-01)	451	3.043	6,7	52,1%	405	359	79,6%	1,2	1.803.933,00
	otorinolaring 02 (38-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	recupero ria f02(56-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	terapia intens 01(49-01)	54	809	15,0	36,9%	89	13	24,1%	2,7	522.417,00
	unità coronari 01(50-01)	166	1.141	6,9	62,5%	18	10	6,0%	0,9	438.009,00
	Totale ordinari 2022	1913	19682			1455	786			8.103.414

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 - 2023 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricov eri DH Concl usi	Acces si Totali	Acces si Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interv enti	DRG Chiru rgici	% DRG Chirurgic i	Peso Medi o	Valore SDO
ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	astanteria 02 (51-02)	1	1	2	2,0	9%	1	0	0,0%	0,5	412€
	cardiologia 01 (08-01)	14	14	25	1,8	10%	16	13	92,9%	1,0	20.764€
	chirurgia generale 01 (09-01)	451	451	611	1,4	40%	260	192	42,6%	0,8	323.223 €
	chirurgia generale 02 (09-02)	2	2	3	1,5	100%	4	2	100,0%	1,1	3.466€
	day hospital 01 (02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day hospital 02 (02-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 02 (98-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina generale 01 (26-01)	171	171	507	3,0	19%	1	11	6,4%	0,8	123.705 €
	medicina generale 02 (26-02)	16	16	24	1,5	6%	8	0	0,0%	0,7	5.166€
	nefrologia 01 (29-01)	10	10	45	4,5	5%	4	1	10,0%	0,8	12.135€
	neurologia 01 (32-01)	61	61	298	4,9	21%	0	0	0,0%	0,8	57.300€
	nido 01 (31-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	oncologia 01 (64-01)	5	5	10	2,0	100%	0	0	0,0%	0,6	1.822€
	ortopedia e traum 01 (36-01)	90	90	200	2,2	18%	81	79	87,8%	0,9	148.275 €
	ostetricia e ginec. 01(37-01)	201	201	351	1,7	18%	69	63	31,3%	0,5	137.866 €
	Otorinolaringoiat. 02 (38-02)	25	25	105	4,2	100%	29	18	72,0%	0,9	33.112€
	pediatria 01 (39-01)	131	131	174	1,3	24%	79	0	0,0%	0,4	33.493€
	psichiatria 01 (40-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	terapia intensiva 01 (49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (50-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	urologia 01 (43-01)	21	21	22	1,0	72%	25	16	76,2%	0,6	17.294€
Totale		1.199	1.199	2.377			577	395			918.033

Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 2022DH/D S	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricov eri DH Concl usi	Acces si Totali	Acces si Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interv enti	DRG Chiru rgici	% DRG Chirurgic i	Peso Medi o	Valore SDO
Ospedale rossano (180010- 18001002)	astanteria 02 (51-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	cardiologia 01 (08-01)	15	15	29	1,9	7%	15	12	80,0%	1,0	21.552€
	chirurgia generale 01 (09-01)	333	333	609	1,8	38%	171	151	45,3%	0,8	295.824 €
	medicina generale 02 (26-02)	148	148	165	1,1	31%	139	0	0,0%	0,7	36.258€
	nefrologia 01 (29-01)	11	11	45	4,1	6%	1	1	9,1%	1,0	12.961€
	oncologia 01 (64-01)	6	6	22	3,7	100%	0	0	0,0%	0,5	3.403€
	ortopedia e traum 01 (36-01)	93	93	147	1,6	17%	75	69	74,2%	0,8	124.834 €

	otorinolaringoiatr 02 (38-02)	11	11	26	2,4	100%	14	9	81,8%	0,9	14.795€
	terapia intensiva 01 (49-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	unità coronarica 01 (50-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2021	617	617	1043			415	242			509.627

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale corigliano (180010-18001001)	chirurgia gen. 02(09-02)	19	19	28	1,5	100%	26	14	73,7 %	0,8	23.958€
	medicina gener 01(26-01)	180	180	522	2,9	22%	1	16	8,9%	0,7	130.700€
	neurologia 01 (32-01)	48	48	283	5,9	17%	0	0	0,0%	0,8	54.529€
	nido 01 (31-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia gin 01 (37-01)	290	290	545	1,9	21%	104	85	29,3 %	0,5	188.104€
	pediatria 01 (39-01)	135	135	199	1,5	32%	55	2	1,5%	0,5	46.470€
	psichiatria 01 (40-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Totale DH/DS 2022	672	672	1577			186	117			443.761

OSPEDALE DI ACRI

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011)	chirurgia generale 01 (09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale 01 (26-01)	694	6.828	9,8	103,9%	4	5	0,7%	0,9	1.708.724€
	medicina generale 02 (26-02)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	ostetricia e ginec 01 (37-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
TOTALE		694	6.828			4	5			1.708.724

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011-18001100)	chirurgia gen 01 (09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	day surgery 01 (98-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	medicina ge 01 (26-01)	659	6.081	9,2	104,1%	10	4	0,6%	0,9	1.643.227,00
	medicina ge 02 (26-02)	62	1.249	20,1	21,4%	0	0	0,0%	1,3	259.380,00
	ostetricia gin 01 (37-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	-
	Totale ordinari 2022	721	7330			10	4			1.902.607

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011)	chirurgia gen 01 (09-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina gene 01 (26-01)	123	123	930	7,6	15%	2	0	0,0%	0,9	206.645 €
	ostetricia e gin 01 (37-01)	17	17	38	2,2	100%	2	13	76,5%	0,6	17.028€
Totale		140	140	968			4	13			223.673

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Accessi Totali	Accessi Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
p.o.beato angelico (180011-18001100)	day surgery 01 (98-01)	1	1	2	2,0	100%	0	0	0,0%	0,4	358€
	medicina generale 01 (26-01)	75	75	461	6,1	10%	0	0	0,0%	0,8	98.281€
	medicina generale 02 (26-02)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	Ostetricia/ginecologia 01(37-01)	25	25	49	2,0	100%	2	19	76,0%	0,5	21.514€
	Totale DH/DS 2022	101	101	512			2	19			120.153

OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIORE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale civile sgf (180015)	chirurgia generale 01 (09-01)	3	3	1,0	0,0%	4	3	100,0%	1,0	4.867€
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale 01 (26-01)	258	2.740	10,6	37,5%	6	0	0,0%	0,9	646.834€
TOTALE		261	2.743			10	3			651.701

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



Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 - 2023 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Acces si Totali	Acces si Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interv enti	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile sgf (180015)	chirurgia general 01(09-01)	18	18	18	1,0	86%	23	18	100,0 %	0,7	22.234 €
	day hospital 01 (02-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	day surgery 01 (98-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina general 01(26-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	ostetricia e ginec 01 (37-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
Totale		18	18	18			23	18			22.234

Stabiliment o Ospedaliero - SDO I006 - 2022 DH - DS	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri DH Attivati	Ricoveri DH Conclusi	Acces si Totali	Acces si Medi	% DH su Totale Ricoveri	Interv enti	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio	Valore SDO
ospedale civile SGF (180015- 18001500)	chirurgia gener 01(09-01)	3	3	3	1,0	100%	3	2	66,7%	0,7	2.974€
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0	0,0	0%	0	0	0,0%	0,0	0€
	medicina gener 01(26-01)	4	4	12	3,0	1%	0	0	0,0%	0,9	2.592€
Totale DH/DS 2022		7	7	15			3	2			5.666

OSPEDALE DI PRAIA A MARE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
p.o. prai a mare (180008)	chirurgia generale 01 (09-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	emodialisi 01 (54-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	lungodegenti 01 (60-01)	0	0	0,0	0,0%	0	0		0,0	0€
	medicina generale 01 (26-01)	180	4.092	22,7	56,1%	25	2	1,1%	1,1	705.363€
TOTALE		180	4.092			25	2			705.363

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

OSPEDALE DI TREBISACCE

Stabilimento Ospedaliero - SDO I006 - 2023	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	Ricoveri Ordinari	Degenza Totale	Degenza Media	Tasso utilizzo o Posti Letto	Interventi	DRG Chirurgici	% DRG Chirurgici	Peso Medio DRG	Valore SDO
ospedale gudo chidichimo trebisacce (180016)	lungodegenti 01(60-01)	154	2.203	14,3	30,2%	2	0	0,0%	0,9	339.262€
TOTALE		154	2.203			2	0			339.262

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

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera, distinta per presidio e relativi all'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2023 sul 2022. Gli indicatori riportati sono da riferire ai dati complessivi per singolo Presidio Ospedaliero:

Sintesi dei dati di produzione ospedaliera più significativi

Spoke Castrovillari	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	3.466	3.244	3.215	- 29	871	1.024	1.183	159
Degenza/Accessi	20.623	20.769	21.011	242	2.637	2.834	3.254	420
Interventi	3.020	2.783	2.328	- 455	346	433	417	- 16
DRG Chirurgici	1.038	930	799	- 131	323	387	379	- 8
Valore DRG	12.040.813	11.080.501	10.906.895	- 173.606	882.350	1.073.735	1.247.285	173.550

Spoke Cetraro/Paola	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	3.484	3.439	3.357	- 82	1.045	942	1.331	389
Degenza/Accessi	30.986	28.484	27.422	- 1.062	2.618	2.399	3.311	912
Interventi	1.669	2.186	2.307	121	240	287	666	379
DRG Chirurgici	899	1.048	1.179	131	195	236	490	254
Valore DRG	13.410.159	13.514.514	13.681.917	167.403	759.601	749.111	1.197.654	448.543

Spoke Rossano/Corigliano	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	4.576	5.023	5.213	190	1.203	1.079	1.199	120

Degenza/Accessi	33.703	37.184	37.356	172	2.555	2.371	2.377	6
Interventi	3.444	3.683	4.051	368	575	473	577	104
DRG Chirurgici	1.105	1.201	1.262	61	372	339	395	56
Valore DRG	14.169.225	14.305.047	15.131.062	826.015	947.475	872.385	918.033	45.648

P.O. Acri	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	688	721	694	- 27	66	101	140	39
Degenza/Accessi	7.167	7.330	6.828	- 502	342	512	968	456
Interventi	14	10	4	- 6	2	2	4	2
DRG Chirurgici	2	4	5	1	4	19	13	- 6
Valore DRG	1.930.894	1.902.607	1.708.724	- 193.883	78.563	120.153	223.973	103.820

P.O. S. Giovanni F.	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2023	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	366	295	261	- 34	7	18	18	-
Degenza/Accessi	3.585	2.679	2.743	64	15	15	18	3
Interventi	23	9	10	1	3	3	23	20
DRG Chirurgici	-	-	3	3	2	2	18	16
Valore DRG	874.479	697.615	651.701	- 45.914	5.666	5.666	22.234	16.568

P.O. Praia a Mare	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	247	276	180	- 96	-	-	-	-
Degenza/Accessi	4.232	4.000	4.092	92	-	-	-	-
Interventi	35	32	25	- 7	-	-	-	-
DRG Chirurgici	2	2	2	-	-	-	-	-
Valore DRG	791.992	743.276	705.363	- 37.913	-	-	-	-

P.O. Trebisacce	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	131	143	154	11	-	-	-	-
Degenza/Accessi	1.867	2.017	2.203	186	-	-	-	-
Interventi	1	2	2	-	-	-	-	-

DRG Chirurgici	1	1	-	-	1	-	-	-	-
Valore DRG	287.519	310.618	339.262	28.644	-	-	-	-	-

ASP CS	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	12.958	13.141	13.074	-67	3.192	3.164	3.871	707
Degenza/Accessi	102.163	102.463	101.655	-808	8.167	8.131	9.928	1.797
Interventi	8.206	8.705	8.727	22	1.166	1.198	1.687	489
DRG Chirurgici	3.047	3.186	3.250	64	896	983	1.295	312
Valore DRG	43.505.081	42.554.178	43.124.924	570.746	2.673.655	2.821.050	3.609.179	788.129

Le tabelle di attività soprariportate sono riferite alle prestazioni di ricovero erogate da ogni singolo presidio ospedaliero, mentre l'ultima tabella riporta i dati di sintesi dell'andamento complessivo dei ricoveri nell'Asp di Cosenza. Da quest'ultima tabella si evidenzia che per quanto riguarda sia i ricoveri ordinari che le giornate di degenza si è avuto un leggero calo (-67) (-808), ma gli interventi ed i DRG chirurgici si sono lievemente incrementati (+22, +64); il valore DRG da ricoveri ordinari si è incrementato di euro 570.746 nel 2023 rispetto al 2022, mentre è inferiore al dato del 2021. Diversamente per ciò che riguarda i ricoveri in DH/Ds in quanto si registra un incremento significativo per tutte le voci con un incremento del valore DRG, pari ad euro 788.129. Pertanto la produzione complessiva per i ricoveri nel 2023 si è incrementata di euro 1.358.875 rispetto al 2022. Per ciò che attiene ai singoli Spoke vi è da segnalare che mentre i dati riferiti agli Spoke Paola/Cetraro e Rossano/Corigliano presentano una tendenza al miglioramento di tutti gli indicatori considerati, quelli riferiti allo Spoke di Castrovillari presentano tutti una tendenza al peggioramento nel triennio 2021-2023; infatti per quanto riguarda i ricoveri ordinari si registra una riduzione di 250 casi dal 2021 al 2023, una riduzione degli interventi chirurgici di circa 700 casi dal 2021 al 2023 e dei DRG chirurgici di oltre 200 casi; in conseguenza anche la produzione si è ridotta di euro 173.606 solo nell'ultimo anno, mentre nel triennio la produzione si è ridotta di euro 1.133.918.

Per i ricoveri in DH/DS si registra un lieve incremento dei casi (+159), ma con riduzione degli interventi chirurgici ed un lieve incremento della produzione pari ad euro 173.550 che non incide sull'andamento generale. Dall'esame dei dati dello Spoke di Cetraro/Paola si evidenzia una leggera flessione dei casi di ricoveri ordinari (-82), ed una positiva riduzione delle giornate di degenza ordinaria, ma con un incremento degli interventi chirurgici (+121), dei DRG chirurgici (+131), e dei ricavi pari ad euro 167.403; per ciò che attiene ai ricoveri in DH/DS si registra un sensibile miglioramento di tutti i dati ed un incremento della produzione pari ad euro 448.543 che sommata all'incremento dei ricoveri ordinari per lo spoke si ha un risultato totale di produzione pari ad euro 615.946.

Stesso discorso per quanto riguarda lo Spoke di Rossano/Corigliano, dove si registra un significativo incremento di tutti i ricoveri, sia ordinari che in DH/DS, con incremento degli interventi chirurgici e dei ricavi; questi ultimi aumentano di euro 826.015 per i ricoveri ordinari e di euro 45.648 per i diurni, per una produzione complessiva per lo Spoke incrementata di euro 871.663.

Anche per l'ospedale di Acri si registra un decremento dei ricoveri ordinari, compensato da un aumento dei ricoveri in DH/DS; sostanzialmente stabile anche l'andamento per l'ospedale di San Giovanni in Fiore e di Praia nei quali si registra una lieve diminuzione dei ricoveri ordinari, mentre un lieve incremento dei ricoveri nel 2023 sul 2022 e 2021 si registra per il P.O. di Trebisacce.

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

Nelle tabelle seguenti si riporta invece l'analisi dei dati e degli indicatori relativi agli interventi per parto cesareo e per fratture di femore nei soggetti di età superiore ai 65 anni, entrambi obiettivi sia regionali che nazionali.

Di seguito si riportano i dati sull'andamento dei principali indicatori riferiti all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei, per il triennio 2021, 2022 e 2023:

Tabella relativa al numero e % di parti cesarei totali

Anno Dimissione	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Istituto Ricovero	Stabilimento Ospedaliero	N. Parti Cesarei	N. Parti	% Parti Cesarei	Scostamento Da Anno Precedente
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	141	364	38,74%	+1,43%
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	222	686	32,36%	+1,21%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	147	394	37,31%	-5,20%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	229	735	31,16%	-0,90%
2021	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	190	447	42,51%	-3,49%
2021	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	234	730	32,05%	-3,75%

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

Dalla tabella si evince che il numero dei parti totali si è ridotto nel 2023 rispetto al 2022, così come quello dei parti cesarei; la percentuale dei parti cesarei, con tendenza a riduzione nel 2022 sul 2021, nel 2023 è ripresa ad aumentare, con un incremento dell'1,20 sullo stabilimento di Corigliano, e dell'1,43 su quello di Castrovillari. Il punto nascita di Cetraro risulta chiuso dal 2019 ed è stato riattivato solo a giugno 2024.

Nella seguente tabella sono riportati invece gli indicatori ed i dati relativi agli anni 2021, 2022 e 2023 e riferiti al rapporto tra parti cesarei e primi parti cesarei sul numero di parti senza pregresso cesareo:

H17C: Parti cesarei							
% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno							
Anno	Istituto Ricovero	Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	N. Parti Cesarei Primari Str. < 1.000	N. Parti No Pregresso Cesareo Str. < 1.000	% Parti Cesarei Primari in Maternità I Livello o < 1.000 Parti	Scostamento % primi cesarei 2023/2022, 2022/2021, 2021/2020
2023	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	83	301	27,57%	-1,42%
2023	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	136	588	23,13%	+2,3%
2022	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	100	345	28,99%	-4,78%
2022	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	131	629	20,83%	+2,46%

2021	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	ostetricia e ginecologia 01 (180006-00-37-01)	130	385	33,77%	-3,65%
2021	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale corigliano (180010-18001001)	ostetricia e ginecologia 01 (180010-01-37-01)	110	599	18,36%	-3,82%

Nella tabella precedente sono riportati i dati relative al numero dei parti cesarei primari rispetto al numero di parti senza pregresso cesareo, dati che consentono la costruzione dell'indicatore del monitoraggio LEA. Dai dati riportati si evince che la percentuale di parti cesarei primari nel 2023 si è ridotta di 1,42 punti % per la Ostetricia e Ginecologia di Castrovillari, mentre si è incrementata del 2,3% per la Ostetricia e ginecologia di Corigliano; pertanto nel triennio la tendenza per la struttura di Castrovillari è in riduzione, mentre per quella di Corigliano è in incremento, mantenendosi comunque i valori per entrambi al di sopra del target previsto.

A partire dal 1985, la comunità medica internazionale ha ritenuto che il tasso ideale di tagli cesari dovesse essere compreso tra il 10% e il 15%, e comunque il valore target normale indicato dall'Agenas è $\leq$ al 20%; l'ASP nel 2022 rientra nello scostamento minimo indicato dall'Agenas (20-26%)

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori riferiti all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei; per il triennio 2021, 2022 e 2023, i dati di attività relativi al numero di nati e numero di parti cesarei sono riportati nella seguente tabella:

PARTI CESAREI PUNTI NASCITA PUBBLICI ASP - TRIENNIO 2021/2022/2023								
Struttura	Totale parti cesarei 2021	Totale parti cesarei 2022	Totale parti cesarei 2023	Incidenza cesarei su nati 2021	Incidenza cesarei su nati 2022	Incidenza cesarei su nati 2023	Scostam. % cesarei/nati 2022/2021	Scostam. % cesarei su nati 2023/2022
P.O. CASTROVILLARI	190	147	141	42,51%	37,31%	38,74%	- 5,2	+1,43
P.O. CETRARO **	0	0	0	0,0%	0	0	0	0
P.O. CORIGLIANO	234	229	222	32,05%	31,16%	32,36%	- 0,89	+1,2
Totale	424	372	363	37,28%	34,23%	35,55%	- 3,10	+1,31

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

Dalla tabella si evince che l'andamento degli indicatori per i parti cesarei, sia totali che per i primi cesarei, presentano una tendenza al decremento, pari a meno 3,10% nel 2022 sul 2021, e con un leggero increment +1,31% nel 2023 rispetto al 2022, con una riduzione complessiva aziendale nell'ultimo biennio dei parti cesarei totali netti pari al 3,45%;

Nella seguente tabella sono riportati invece gli indicatori ed i dati 2021, 2022 e 2023 sul rapporto tra parti cesarei e primi parti cesarei:

PRIMI PARTI CESAREI PUNTI NASCITA PUBBLICI ASP - BIENNIO 2019/2020 /2022								
Struttura/P.O.	Totale primi cesarei 2021	Totale primi cesarei 2022	Totale primi cesarei 2023	Incidenza primi cesarei 2021	Incidenza primi cesarei 2022	Incidenza primi cesarei 2023	Scostam. primi % cesarei 2022/2021	Scostam. primi % cesarei 2023/2022
CASTROVILLARI	130	100	83	33,77%	28,99%	27,57%	-4,78%	- 1,42%
CETRARO **	0	0	0	-	-	0	0	
CORIGLIANO	110	131	136	18,36%	20,83%	23,13%	+2,47%	+2,3%
Totale	240	231		26,06%	24,91%	25,35%	- 2,31%	+0,88%

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

Dalla tabella si evince stesso discorso per i primi parti cesarei, che si sono ridotti nel 2022 del 2,31% complessivo sul 2021, e con un lieve incremento pari a 0,88% nel 2023 rispetto al 2022; la riduzione complessiva nelle strutture aziendali nell'ultimo biennio è stata per i primi cesarei pari a -1,43%.

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

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

H13C: Frattura Femore

Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Anno	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	N. Ricoveri Diagnosi Frattura Collo Femore	N. Ricoveri Frattura Collo Femore Operati 0-2 GG	Pazienti Operati entro due giorni.
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale paola (180012-18001202)	ortopedia e traumatologia 02 (180012-02-36-02)	186,00	171,00	91,94%
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale rossano (180010-18001002)	ortopedia e traumatologia 01 (180010-02-36-01)	154,00	83,00	53,90%

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

Nella tabella sono riportati i dati della percentuale di assistiti ultrasessantacinquenni che vengono operati entro 2 gg. in regime ordinario con diagnosi di frattura di femore; dalla tabella si evince che i dati per l'ASP sono nettamente migliorati essendo oltre il 75% dei casi trattati e ben oltre il valore target => 60% indicato dall'Agenas quale percentuale di pazienti operati entro i 2 giorni; tuttavia si evidenzia anche come l'eccellente risultato sia da attribuire unicamente al contributo fornito dalla UOC di ortopedia di Paola che è passata dal 62,50% del 2022 al 91,94% del 2023; per l'ortopedia di Rossano l'indicatore per l'anno 2022 è pari al 59,40%, mentre per il 2023 la stessa struttura registra un peggioramento e non va oltre il 53,90% dei casi trattati.

Di seguito si riportano i dati relative agli interventi per colecistectomie laparoscopiche con degenza inferior alle 72 ore:

H05Z: Colecistectomie

Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni

Anno	Azienda Sanitaria Erogatore Ospedaliero	Istituto Ricovero	Stabilimento Ospedaliero	Unità Operativa Stabilimento Ospedaliero	N. Ricoveri Intervento Colecistectomia Laparoscopica	N. Ricoveri Intervento Colec.Lapar.Degenza Post-Oper. < 3 GG	% Colecistectomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg.
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	chirurgia generale 01 (180006-00-09-01)	21	16	76,19%
2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke cetraro-paola (180012)	ospedale paola (180012-18001202)	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	14	8	57,14%



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

2023	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale rossano (180010-18001002)	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	14	4	28,57%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006)	ospedale civile ferrari - castrovillari (180006-18000600)	chirurgia generale 01 (180006-00-09-01)	26	19	73,08%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke cetraro-paola (180012)	ospedale paola (180012-18001202)	chirurgia generale 02 (180012-02-09-02)	19	10	52,63%
2022	a.s.p. cosenza (201)	ospedale spoke rossano - corigliano (180010)	ospedale rossano (180010-18001002)	chirurgia generale 01 (180010-02-09-01)	26	9	34,62%

Nella tabella sono riportati i dati della percentuale di casi sottoposti a colecistectomia laparoscopica dimessi entro le 72 ore dall'intervento, indicatore sottoposto a monitoraggio LEA ed obiettivo aziendale oltre che regionale; dalla tabella si evince che i dati per l'ASP sono con tendenza al miglioramento ma mediamente nettamente inferiori al target richiesto del 70%. Da segnalare i dati positivi della chirurgia dello Spoke di Castrovillari, al di sopra del target e con tendenza al miglioramento; i dati relativi alla chirurgia dell'ospedale di Paola e di Rossano sono al di sotto del target, anche se con tendenza ad un significativo miglioramento. Di seguito si riportano due tabelle riassuntive relative al numero di accessi effettuati da pazienti presso le postazioni di Pronto soccorso (PS) e di Punti di Primo Intervento (PPI), nel 2023 rispetto al 2022 e 2021:

ASP Cosenza Accessi Pronto Soccorso / PPI				
Stabilimento	Accessi PS Web anno 2021	Accessi PS Web anno 2022	Accessi PS Web anno 2023	diff. PS 2022/2021
Castrovillari	11.787	13.086	14.065	979
Corigliano	11.976	15.047	17.747	2.700
Rossano	11.612	16.020	19.198	3.178
Acri	6.406	7.226	8.248	1.022
Cetraro	9.404	10.068	11.826	1.758
Paola	10.730	11.940	13.127	1.187
S. Giovanni F.	4.178	4.133	5.579	1.446
Trebisacce	5.880	6.602	7.499	897
Praia a Mare	4.879	5.432	6.359	927
Totale PS	76.852	89.554	103.648	14.094
PPI	Accessi PPI 2021	Accessi PPI 2022	Accessi PPI 2023	diff. PPI 2023/2022
Cariati	7.019	7.395		

S. Marco A.	2.795	3.116		
Totale PPI	9.814	10.511		

Totale accessi ASP	86.666	100.065	103.648	+3.583
---------------------------	---------------	----------------	----------------	---------------

Dalla tabella si evince che gli accessi al pronto soccorso aziendali sono complessivamente aumentati di 12.702 casi nel 2022 rispetto al 2021, e di 14.094 casi nel 2023 sul 2022, passando dagli 89.554 casi del 2022 ai 103.648 casi del 2023. L'incremento si registra coerentemente in tutti i pronto soccorso di tutti i presidi ospedalieri presenti in Azienda. Gli accessi ai CAP/Cds incrementati di 697 casi in più nel 2022, non sono al momento disponibili per il 2023, ma sicuramente contribuiscono a migliorare i dati registrati.

Pertanto i casi complessivamente lavorati nei pronto soccorso e nei PPI dell'ASP corrispondono a n° 103.648 accessi, con un incremento nel 2023 di 3.583 casi rispetto al 2022.

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

Di seguito si riportano i casi di accessi al pronto soccorso anno 2023 distinti per codice di priorità:

ACCESSI A PRONTO SOCCORSO	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	VERDE	BIANCO	GIUNTO MORTO	Totale complessivo	%
P.S. ACRI	63	515	4.359	3.223	87	1	8.248	7,96%
P.S. CASTROVILLARI	370	1.117	8.379	4.030	162	7	14.065	13,57%
P.S. CETRARO	64	316	3.346	7.747	352	1	11.826	11,41%
P.S. CORIGLIANO	74	132	3.381	13.882	272	6	17.747	17,12%
P.S. PAOLA	164	988	6.212	5.447	314	2	13.127	12,66%
P.S. PRAIA A MARE	49	54	920	3.759	1.577		6.359	6,14%
P.S. ROSSANO	214	382	4.619	12.898	1.077	8	19.198	18,52%
P. S. GIOVANNI F.	35	144	1.948	3.310	141	1	5.579	5,38%
P.S. TREBISACCE	37	61	2.716	4.639	44	2	7.499	7,24%
Totale complessivo	1.070	3.709	35.880	58.935	4.026	28	103.648	
	1,03%	3,58%	34,62%	56,86%	3,88%	0,03%		100,00%

1.5.2. Analisi dell'Assistenza Territoriale

L'azienda opera mediante sei Distretti sanitari, in cui insistono 214 strutture a gestione diretta e 144 strutture Accreditate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono l'Attività clinica, la Diagnostica strumentale, l'attività di laboratorio, l'attività di consultorio familiare, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza per tossicodipendenza, l'assistenza AIDS, l'assistenza agli anziani, l'assistenza idrotermale, l'assistenza ai disabili fisici, l'assistenza ai disabili psichiatrici e l'assistenza ai malati terminali, riassunte per le strutture pubbliche nella seguente tabella:

Per le strutture a gestione diretta:



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Tipo Struttura a Gestione Diretta		ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA NPJA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA 99 AIFA	Totale complessivo
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE						2	11	6	15	23	22	5	5		89
AMBULATORIO E LABORATORIO										62		18	19	8	107
STRUTTURA RESIDENZIALE	1	8	4	2											15
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE									3						3
Totale complessivo		1	8	4	2	2	11	6	18	85	22	23	24	8	214

Gli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 sono 1, per complessivi 20 posti letto residenziali e 0 posti letto semiresidenziali presso la struttura di Mormanno.

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

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

6100	CENTRO SALUTE MENTALE RENDE	Si				Si							
1900	CENTRO SALUTE MENTALE ROGGIANO	Si				Si							
6103	CENTRO SALUTE MENTALE ROGLIANO	Si				Si							
3901	CENTRO SALUTE MENTALE ROSSANO	Si				Si							
11800	CENTRO SALUTE MENTALE SAN GIOVANNI IN FIORE	Si				Si							
4101	CENTRO SALUTE MENTALE TREBISACCE	Si				Si							

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

8700	POLIAMBULATORIO DI MONTALTO UFFUGO	Si												
1603	POLIAMBULATORIO DI MORMANNO			Si										
2900	POLIAMBULATORIO DI PAOLA	Si												

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

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

Per le strutture convenzionate:

Tipo Struttura Convenzionata (privato accreditato)	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	Totale complessivo
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE						5	1		6
AMBULATORIO E LABORATORIO						31	49	23	103
STRUTTURA RESIDENZIALE	24	4	5	1	1				35
Totale complessivo	24	4	5	1	1	36	50	23	144

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 19, per complessivi 166 posti letto residenziali e 50 posti letto semiresidenziali.

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

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 477 medici di base (di cui 305 maschi e 172 femmine), che assistono complessivamente una popolazione pari a 560.598 unità, e 70 pediatri (di cui 23 maschi e 47 femmine), che assistono complessivamente una popolazione pari a 62.713 unità

Assistenza Domiciliare Integrata

SINTESI ATTIVITA' ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) - TRIENNIO 2023/2022/2021								
DISTRETTO	Tot. Pz ADI 2021	Tot. Pz ADI 2022	Tot. Pz ADI 2023	Scost. Pz ADI 2023/2022	Pz over 65 2021	Pz over 65 2022	Pz over 65 2023	Scost. Over 65 2023/2022
COSENZA SAVUTO	845	1.037	2.895	1.858	670	887	2.662	1.775
JONIO NORD	671	838	2.167	1.329	591	720	1.987	1.267
JONIO SUD	396	387	930	543	327	306	805	499
ESARO POLLINO	499	436	1.923	1.487	359	349	1.760	1.411
TIRRENO	1.072	1.968	2.527	559	896	1.722	2.319	597
VALLE CRATI	913	945	2.412	1.467	774	713	2.231	1.518
	4.396	5.611	12.854	7.243	3.617	4.697	11.764	7.067

Per quanto riguarda le attività di Assistenza domiciliare nel 2023 le prestazioni erogate a domicilio sono complessivamente aumentate rispetto al 2022, in modo significativo in quanto raddoppiate; infatti complessivamente le prestazioni erogate al totale dei pazienti ADI si sono incrementate di 7.243 casi nel 2023

rispetto al 2022, passano dai 5.611 casi del 2022 ai 12.854 casi del 2023; stesso discorso per quelle erogate ai pazienti over 65 che sono aumentate di 7.067 casi, passando dai 4.697 casi del 2022 agli 11.764 casi del 2023. L'analisi dei dati per singolo distretto evidenzia che gli incrementi delle prestazioni erogate ha riguardato in valori assoluti in primo il Distretto Cosenza/savuto, quindi il Distretto Valle Crati, l'Esaro/pollino, lo Jonio Nord, il Tirreno ed infine lo Jonio Sud.

Specialistica Ambulatoriale

Di seguito si riporta l'andamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate negli anni 2021, 2022 e 2023, per disciplina ed in ordine decrescente dei dati di incremento/decremento, con relativi scostamenti in percentuale:

Specialistica Ambulatoriale Data Warehouse Temp. Sistema Sec Sistr – Prestazioni per Disciplina	2021	2022	2023	Diff. Valori 2023/2022	Diff. % 2023/2022
laboratorio analisi chimico clinica (83)	1.973.729	2.011.816	2.332.641	320.825	15,95%
recupero e riabilitazione funzionale (56)	47.623	44.217	116.570	72.353	163,63%
malattie endocrine, ricambio e nutrizione (19)	35.147	29.354	44.888	15.534	52,92%
nefrologia (29)	65.318	65.181	78.086	12.905	19,80%
radiologia (69)	55.762	64.675	76.791	12.116	18,73%
cardiologia (08)	55.582	51.207	59.209	8.002	15,63%
oncologia (64)	20.169	19.505	27.290	7.785	39,91%
neuropsichiatria infantile (33)	4.762	6.040	13.124	7.084	117,28%
ortopedia e traumatologia (36)	28.941	29.188	35.998	6.810	23,33%
psichiatria (40)	23.858	25.065	31.270	6.205	24,76%
otorinolaringoiatria (38)	24.008	21.060	26.851	5.791	27,50%
reumatologia (71)	6.134	6.420	11.961	5.541	86,31%
oculistica (34)	31.164	33.767	38.656	4.889	14,48%
chirurgia generale (09)	13.824	13.669	18.532	4.863	35,58%
anatomia ed istologia patologica (03)	7.830	7.878	12.549	4.671	59,29%
ematologia (18)	288	231	4.301	4.070	1761,90%
geriatria (21)	7.970	7.228	10.250	3.022	41,81%
ostetricia e ginecologia (37)	9.400	11.198	14.036	2.838	25,34%
dermatologia (52)	12.293	11.654	14.401	2.747	23,57%
neuro-riabilitazione (75)	9.854	12.672	15.204	2.532	19,98%
neurologia (32)	25.285	23.712	26.071	2.359	9,95%
allergologia (01)	4.004	4.540	6.367	1.827	40,24%
urologia (43)	10.657	9.501	11.000	1.499	15,78%
immunologia (20)	12.520	10.873	11.920	1.047	9,63%
odontoiatria e stomatologia (35)	1.562	1.858	2.854	996	53,61%
medicina generale (26)	10.796	8.139	8.948	809	9,94%
gastroenterologia (58)	7.036	5.693	6.406	713	12,52%
pneumologia (68)	7.678	8.294	8.793	499	6,02%
medicina sportiva (15)	3.662	3.627	4.049	422	11,63%
centro trasfusionale immunoematologia (85)	4.869	5.833	6.154	321	5,50%
cardiochirurgia (07)			299	299	
pediatria (39)	4.643	4.205	4.295	90	2,14%
emodialisi (54)	59.630	51.542	51.587	45	0,09%
lungodegenti (60)	83	60	69	9	15,00%
chirurgia pediatrica (11)			5	5	
anestesia (82)	2.055	2.359	2.355	-4	-0,17%
detenuti (97)	2.397	1.852	1.748	-104	-5,62%
chirurgia vascolare (14)	7.021	6.469	6.237	-232	-3,59%

poliambulatorio ospedaliero (90)	1.976	2.022	1.493	-529	-26,16%
cure palliative/hospice (99)	3.192	2.788	2.054	-734	-26,33%
dietetica e dietologia (94)	623	739		-739	-100,00%
angiologia (05)	4.393	3.900	2.419	-1.481	-37,97%
radiodiagnostica (tac, risonanza, pet) (86)	2.492	3.043		-3.043	-100,00%
pronto soccorso (89)	12.397	17.673	18	-17.655	-99,90%
chirurgia maxillo facciale (10)	52.856	55.140		-55.140	-100,00%
Totale complessivo	2.675.483	2.705.887	3.147.749	441.862	16,33%

Dalla tabella si evince che complessivamente si è registrato un miglioramento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ASP di Cosenza nel corso dell'anno 2023 rispetto al 2022 con un incremento di 441.862 prestazioni erogate in più (nel 2022 erano +30.404) con un incremento percentuale del 16,33%; da segnalare, in riferimento alle discipline erogate, un incremento del numero assoluto di prestazioni erogate per laboratorio analisi, recupero e riabilitazione funzionale, malattie endocrine ricambio e nutrizione, , nefrologia, radiologia, cardiologia, oncologia, neuropsichiatria infantile, ortopedia, e così via. Sicuramente un dato anomalo da verificare risulta quello riferito alle prestazioni di radiodiagnostica (tac, risonanza, pet) con codice 86, poiché l'assenza dei dati riferito alle prestazioni erogate inficia e penalizza in senso negativo i valori dei volumi erogati e della produzione, che potrebbero essere ancora più performanti.

ASP Cosenza	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
centro erogatore	2021	2022	2023	2021	2022	2023
poliamb.osped.di castrovillari (180201000600)	335.186	377.170	432.807	3.981.880,54	4.459.051,15	5.312.959,72
poliambulatorio p.o rossano (180201000071)	215.568	222.032	269.685	4.194.578,06	4.388.509,56	4.841.147,17
presidio ospedaliero spoke paola cetraro (180201001103)	109.574	105.853	111.353	2.680.817,64	2.594.048,93	3.148.272,63
presidio ospedaliero paola (180201003000)	199.171	200.298	217.397	2.354.409,28	2.253.400,82	3.119.554,43
ospedale praia a mare (180201180008)	197.049	187.667	227.497	1.748.098,93	1.650.879,13	1.985.659,22
lab del p.o. beato angelico (180201180011)	170.178	176.331	187.180	1.407.021,85	1.345.281,53	1.813.165,40
ospedale di trebisacce (180201180116)	163.710	169.845	188.508	1.894.546,36	1.869.153,53	1.705.588,84
capt s.marco a. (180201180179)	172.320	161.579	244.306	1.472.635,77	1.410.428,39	1.608.540,64
poliamb. spec. amantea (180201007000)	101.051	111.053	115.137	1.340.281,21	1.425.104,22	1.489.671,17
poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore (180201000502)	162.151	177.006	201.864	1.222.614,72	1.244.058,95	1.479.292,50
poliambulatorio quattromiglia (180201008800)	207.007	195.130	245.639	1.208.836,99	1.102.898,19	1.234.735,27
poliamulatorio di cosenza (180201008600)	46.920	51.830	66.258	864.958,08	899.723,14	1.168.629,08
capt-casa della salute cariatì (180201180114)	40.373	24.309	57.119	1.058.023,42	934.176,61	1.151.674,81
poliambulatorio p.o. coriglian (180201000073)	123.439	144.591	124.401	799.748,56	1.001.972,51	981.900,30
capt lungro (180201180119)	13.037	11.261	11.751	797.299,47	794.494,42	808.608,43
poliamb.spec. di cassano jonio (180201002801)	158.298	143.112	161.805	618.306,39	550.374,98	655.172,26
poliambul. polo castrovillari (180201003301)	42.274	46.888	41.532	554.065,20	601.587,10	531.903,78
poliamb.spec.di rossano scalo (180201001101)	29.097	27.622	32.686	351.612,31	347.820,39	431.629,29
poliambulatorio capt.s.marco a. (180201001700)			23.560			408.690,21
poliamulatorio di rogliano (180201008900)	10.503	8.815	12.364	166.253,32	137.978,18	360.849,05
poliamb. spec. di corigliano s (180201002301)	17.316	16.044	21.882	229.033,57	224.396,88	314.724,84
poliambulatorio di san giovanni in fiore (180201000603)	11.799	12.494	18.069	168.112,24	176.236,73	255.593,78
poliamb. spec. scalea (180201003700)	9.340	12.006	17.288	126.479,50	165.925,67	251.096,37
poliamb. specialist. paola (180201002900)	9.255	8.130	10.360	153.665,75	136.273,85	176.344,33

poliamb.spec. di trebisacce (180201003101)	8.760	8.223	10.704	136.078,47	129.320,62	169.516,28
capt mormanno (180201180113)	3.398	3.744	7.065	48.090,30	48.022,86	146.875,29
centro salute mentale cosenza (180201006102)	2.689	2.841	8.840	41.350,89	44.345,02	145.183,13
poliambulatorio di carciati (180201000302)	10.070	7.226	9.310	193.199,30	120.164,75	141.351,69
poliambulatorio di luzzi (180201008500)	6.149	5.754	6.724	112.290,80	107.162,37	114.857,48
poliambulatorio montalto uffugo (180201008700)	5.197	4.348	5.915	118.885,85	84.689,67	109.782,83
poliambulatorio castrolibero (180201009100)	7.414	5.739	7.695	98.859,14	83.386,66	101.077,28
poliambulatorio casole bruzio (180201008300)	3.757	3.426	5.950	85.247,79	73.401,51	95.350,95
poliambulatorio bisignano (180201008200)	4.856	3.683	4.005	100.582,72	78.669,39	90.166,61
ambulatorio spec. cetraro (180201007009)	3.664	3.457	3.971	74.867,29	70.117,10	78.702,28
ambulatorio diamante (180201001200)	4.710	4.007	2.854	101.797,03	84.601,43	57.052,02
poliambulatorio di mirto-crosia (180201000701)	3.169	2.069	3.284	51.897,90	34.054,38	52.090,32
centro salute mentale castrovillari (180201001000)	2.965	2.917	3.419	41.887,16	42.079,61	50.927,05
poliambulatorio spezzano alban (180201003702)	4.117	4.014	4.345	49.155,08	46.261,65	50.358,52
poliambulatorio roggiano grav (180201003900)	2.334	1.294	4.689	16.591,54	10.401,86	38.638,28
poliambulatorio di belvedere marittimo (180201000604)	2.950	2.822	899	113.766,03	112.742,98	35.343,44
centro salute mentale rossano (180201003901)	231	266	1.728	3.634,60	4.184,64	28.381,39
centro salute mentale corigliano (180201004102)	610	1.076	1.596	9.320,85	15.572,55	24.721,18
centro salute mentale amantea (180201007001)	869	795	1.370	14.420,05	13.388,81	24.241,83
presidio sanitario carcere rossano (180201C18003)			1.229			22.714,51
poliambulatorio di acri (180201000303)	14.435	12.851	2.046	200.295,42	147.269,79	19.728,50
centro salute mentale roggiano (180201001900)	1.998	1.363	1.402	27.770,51	18.473,38	19.289,45
centro salute mentale paola (180201007002)	1.372	1.199	1.135	21.640,01	19.413,07	18.509,25
consultorio familiare montalto uffugo (180201007016)			425			16.290,95
poliamb.spec.longobucco (180201000801)	983	572	795	17.562,91	9.931,79	15.264,67
consultorio familiare trebisacce (180201003102)	728	402	454	19.243,77	10.925,01	12.119,70
centro salute mentale scalea (180201007003)	1.050	519	748	16.015,87	7.555,41	11.587,73
consultorio familiare san giovanni in fiore (180201116000)	147	235	291	4.681,66	7.669,44	9.857,11
consultorio familiare corigliano (180201002201)		1	1.184		19,37	8.710,65
presidio sanitario carcere paola (180201C18001)			449			8.589,72
poliamb.spec.s.demetrio corone (180201002501)	232	45	472	3.424,34	611,99	7.904,61
poliamb. spec. rocca imperiale (180201005001)	572	770	572	5.605,39	7.826,68	6.868,81
poliambulatorio spc. bocchigli (180201000101)			526			6.234,22
consult. familiare cosenza-p.za de chiara (180201007012)			191			6.189,92
presidio sanitario carcere castrovillari (180201C18002)	1.208	618	303	22.049,80	12.906,34	5.980,24
consultorio familiare rossano (180201001202)			231			5.219,17
centro salute mentale carciati (180201004001)	202	131	138	3.233,71	2.072,29	2.346,09
presidio sanitario carcere cosenza (180201C18004)	20	99	134	414,22	1.681,09	2.154,98
poliambulatorio di aprigliano (180201009102)		2	114		36,15	312,2
consultorio familiare cassano ionio (180201002802)	153	113	64	2.875,98	2.188,81	260,6
consultorio familiare di cosenza (180201007015)			12			245,46
consultorio familiare rogliano (180201003604)			16			178,56

consultorio familiare rende (180201007011)	74	118	7	2.113,59	3.864,03	78,12
poliamb. polo san. s.marco arg (180201001701)	15.949	16.038		304.425,05	309.555,59	
poliamb. polo. san. mormanno (180201001603)	3.131	2.908		99.965,03	94.527,04	
poliamb. spec. praia a mare (180201003100)	3.844	3.697		115.060,16	105.817,27	
centro salute mentale montalto (180201006101)	2.994	2.447		45.081,79	35.824,32	
centro salute mentale rende (180201006100)	2.505	1.868		39.328,39	29.300,88	
centro salute mentale rogliano (180201006103)	978	1.083		15.854,51	17.363,13	
centro salute mentale trebisacce (180201004101)	383	41		5.481,89	591,31	
Totale complessivo	2.675.483	2.705.887	3.147.749	31.777.326	31.761.767	36.996.657

Dalla tabella si evince che complessivamente si è registrato un incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ASP di Cosenza nel corso dell'anno 2023 rispetto al 2022 con un incremento sensibile del valore della produzione che passa dai 31.777.325 di euro del 2021, ai 31.761.766 del 2022, ed ai 36.996.656 del 2023, con un miglioramento rispetto al 2022 di oltre 5 milioni di euro. Da segnalare, per le sedi di erogazione esaminate, un dato anomalo da verificare quello riferito alle edi dei CSM su cui non risultano prestazioni erogate così come i poliambulatori di San Marco arg., Mormanno e Praia a Mare. Le strutture sono riportate in ordine decrescente di produzione per l'anno 2023.

Di seguito si riportano le prestazioni erogate da ogni macrostruttura, in ordine decrescente di numero di prestazioni erogate nel 2023.

ASP Cosenza	N. Prestazioni Specialistiche			diff. Prestaz.
STRUTTURA SANITARIA EROGATRICE	2021	2022	2023	2023-2022
OSPEDALE DI CASTROVILLARI	335.186	377.170	432.807	55.637
DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO	257.763	248.334	337.551	89.217
DISTRETTO SANITARIO VALLE DEL CRATI	245.132	227.623	272.456	44.833
OSPEDALE DI ROSSANO	215.568	222.032	269.685	47.653
OSPEDALE DI PRAIA A MARE	197.049	187.667	227.497	39.830
OSPEDALE DI PAOLA	199.171	200.298	217.397	17.099
OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIORE	162.151	177.006	201.864	24.858
DISTRETTO IONIO NORD	184.824	167.330	195.414	28.084
OSPEDALE DI TREBISACCE	163.585	169.580	188.508	18.928
OSPEDALE DI ACRI	170.178	176.331	187.180	10.849
DISTRETTO SANITARIO TIRRENO	134.814	145.172	150.958	5.786
OSPEDALE DI CORIGLIANO CALABRO	123.439	144.591	124.401	-20.190
OSPEDALE DI CETRARO	109.574	105.853	111.353	5.500
DISTRETTO SANITARIO COSENZA SAVUTO	73.110	76.849	103.251	26.402
DISTRETTO IONIO SUD	81.392	59.824	103.163	43.339
CENTRO SALUTE MENTALE COSENZA	9.202	8.291	8.988	697
CENTRO SALUTE MENTALE CASTROVILLARI	4.966	4.282	4.821	539
SERVIZIO MEDICINA DELLO SPORT	3.662	3.627	3.740	113
CENTRO SALUTE MENTALE ROSSANO	1.426	1.514	3.462	1.948
CENTRO SALUTE MENTALE PAOLA	3.291	2.513	3.253	740
Totale complessivo	2.675.483	2.705.887	3.147.749	441.862

Di seguito si riporta il valore delle prestazioni erogate da ogni macrostruttura, in ordine decrescente di importo prodotto nel 2023.

ASP Cosenza	Produzione Prestazioni Specialistiche			Diff. Produzione
STRUTTURA SANITARIA EROGATRICE	2021	2022	2023	2023-2022
OSPEDALE DI CASTROVILLARI	3.981.880,54	4.459.051,15	5.312.959,72	853.908,57
OSPEDALE DI ROSSANO	4.194.578,06	4.388.509,56	4.841.147,17	452.637,61
DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO	3.364.194,60	3.328.013,01	3.599.595,39	271.582,38
OSPEDALE DI CETRARO	2.680.817,64	2.594.048,93	3.148.272,63	554.223,70
OSPEDALE DI PAOLA	2.354.409,28	2.253.400,82	3.119.554,43	866.153,61
DISTRETTO SANITARIO TIRRENO	2.025.916,97	2.100.582,52	2.096.799,33	-3.783,19
OSPEDALE DI PRAIA A MARE	1.748.098,93	1.650.879,13	1.985.659,22	334.780,09
DISTRETTO SANITARIO COSENZA SAVUTO	1.289.024,30	1.295.884,42	1.896.857,53	600.973,11
OSPEDALE DI ACRÌ	1.407.021,85	1.345.281,53	1.813.165,40	467.883,87
DISTRETTO IONIO SUD	1.628.554,85	1.408.265,06	1.788.801,93	380.536,87
OSPEDALE DI TREBISACCE	1.892.452,98	1.864.415,62	1.705.588,84	-158.826,78
DISTRETTO SANITARIO VALLE DEL CRATI	1.841.864,51	1.607.940,10	1.686.717,04	78.776,94
OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN FIORE	1.222.614,72	1.244.058,95	1.479.292,50	235.233,55
DISTRETTO IONIO NORD	991.463,89	899.399,02	1.143.401,41	244.002,39
OSPEDALE DI CORIGLIANO CALABRO	799.748,56	1.001.972,51	981.900,30	-20.072,21
CENTRO SALUTE MENTALE COSENZA	142.258,59	127.675,17	147.686,69	20.011,52
CENTRO SALUTE MENTALE CASTROVILLARI	69.717,07	60.586,56	70.216,50	9.629,94
SERVIZIO MEDICINA DELLO SPORT	68.961,63	69.024,76	69.253,09	228,33
CENTRO SALUTE MENTALE ROSSANO	21.671,05	22.420,79	55.448,66	33.027,87
CENTRO SALUTE MENTALE PAOLA	52.075,93	40.357,29	54.338,81	13.981,52
Totale complessivo	31.777.325,95	31.761.766,90	36.996.656,59	5.234.889,69

Dalle tabelle sopra riportate si evince il contributo in termini di volumi di prestazioni e di valore della produzione che ciascuna macrostruttura ha fornito al raggiungimento dell'obiettivo richiesto nel piano di efficientamento aziendale per l'anno 2023.

Sintesi attività del Dipartimento di salute mentale anno 2023

Tipologia	Numero 2022	Numero 2023
Numero totale prestazioni	67.572	150.327
Numero nuovi utenti	4.330	5.310
Numero prestazioni psico-educazionali	10.681	27.130
Numero cartelle inserite su portale	3.046	5.402

Di seguito la tabella riassuntiva relativa alla produzione di attività di ricoveri effettuati in SPDC e relativi ai DRG n° 426, 428, 430, negli anni 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, con relativi scostamenti, presso le strutture del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Cosenza:

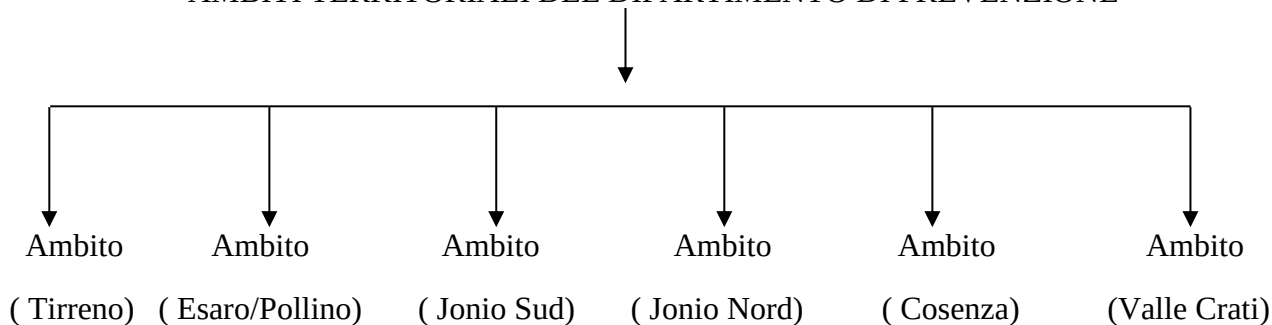
DRG 426-428-430 su ric. Ord.						
Presidio	2019	2020	2021	2022	2023	diff. 2023/2022
SPDC- c/o A.O. Cosenza	157	292	152	57	193	+136
SPDC-Cetraro	134	115	98	101	87	-14
SPDC-Corigliano	113	52	88	101	123	+22
Totali	404	459	338	259	403	+144

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

DESCRIZIONE DELLO STATO ORGANIZZATIVO:

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

AMBITI TERRITORIALI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



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

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

AMBITO DISTRETTO ESARO-POLLINO				
Disciplina	Sedi Servizio			
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Castrovillari	S.Marco A.		

IGIENE ALIMENTI E NUTR. (SIAN)	Castrovillari	S.Marco A.		
SPISAL	Castrovillari			
MEDICINA LEGALE	Castrovillari	S.Marco A.		
SANITA' ANIMALE - AREA A	Castrovillari	S.Marco A.	Roggiano	Spezzano A.- Morm.
IGIENE ALIM. ORIG. ANIM. AREA B	Castrovillari	S.Marco A.		
IGIENE ALL. PROD. ZOOT.-AREA C	Castrovillari			

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

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

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

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

a) Area attività prevenzione

- **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN):** anche nel corso dell'anno 2023 è stata rispettata la frequenza dei controlli a seguito di registrazione delle attività e della successiva categorizzazione del rischio; sono stati effettuati controlli ufficiali previsti dagli specifici piani regionali e nazionali; sono stati implementati i dati dell'anagrafica degli stabilimenti, ed effettuati i campionamenti delle matrici alimentari dei controlli PIC del programma regionale; sono stati effettuati i controlli esterni delle acque destinate al consumo umano;
- **Servizio Veterinario Igiene alimenti origine animale (SVET-B):** è stata effettuata l'implementazione della anagrafica stabilimenti riconosciuti e registrati, controlli sulla macellazione degli animali, controlli sulla

lavorazione e trasformazione dei prodotti e preparazioni a base di carne, controlli su commercializzazione trasformazione e preparazione prodotti della pesca, controllo impianti, macellerie, pescherie, ristorazione, mense collettive, controlli su partite alimenti destinati a paesi terzi, gestione corretta degli stati di allerta alimenti di origine animale; Il servizio ha raggiunto quasi tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 256/2023.

- **Servizio Sanità Animale (SVET-A):** sono stati attuati i piani di profilassi per Tubercolosi, Brucellosi bovina, Leucosi, Brucellosi ovi-caprina, aggiornamento banca dati, anagrafe zootecniche, anagrafe apiaria ed aviaria, piani di monitoraggio BSE-SCRAFIE, Malattia di Aujeszky, sorveglianza PSA attiva, piano di sorveglianza blue tongue e aethina tumida; sono state effettuate sterilizzazioni di cani e di gatti. Il servizio ha raggiunto quasi tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 256/2023.
- **Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni zootecniche (SVET-C):** il servizio di igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche ha garantito nel 2023 tutte le attività istituzionali previste nei LEA in relazione alle risorse disponibili. Il servizio ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati dal Dipartimento Tutela della Salute con DCA n° 256/2023.
- **Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL):** Le attività di vigilanza effettuate dallo SPISAL nella provincia di Cosenza nel corso del 2023 sono state pianificate, in coerenza con gli obiettivi LEA indicati dalla Regione Calabria, e sono state programmate e svolte nei settori produttivi di edilizia, agricoltura ed altri settori produttivi; le attività sono state condotte in modo diffuso e articolato su tutto il territorio provinciale. Inoltre sono state svolte le necessarie indagini UPG nei casi di infortuni gravi e mortali, disposte principalmente su delega delle Autorità Giudiziarie Competenti territorialmente o su iniziativa del servizio, e nei casi di malattie professionali invalidanti segnalati dall'INAIL. Sono stati effettuati controlli nelle Aziende, secondo l'obiettivo LEA assegnato dal Dipartimento Salute della Regione Calabria". Inoltre sono stati avviate le attività dei programmi PP03, PP06, PP07, PP08 del Piano di prevenzione regionale. L'attività sanitaria dello SPISAL oltre al supporto delle attività di vigilanza, con particolare riferimento al confronto con i medici competenti in relazione alle attività di sorveglianza sanitaria e del controllo sanitario di rischio, è consistita nell'erogare prestazioni a richiesta degli utenti. Presso le sedi di Cosenza e Rossano, è attivo lo sportello di assistenza sullo stress Lavoro Correlato e sui rischi di natura psio-sociale nei luoghi di lavoro.
- **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP):**
Sono state attuate le prerogative della COT: E' stato implementato il sistema di registrazione delle vaccinazioni e attualmente tutti i centri vaccinali dell'ASP registrano le vaccinazioni sul sistema GIAVA, in attuazione del calendario vaccinale regionale. Per quanto riguarda gli indicatori LEA sottoposti a monitoraggio regionale, occorre precisare che la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, HiB) la percentuale raggiunta risulta non sufficiente, essendo pari all'82,95%, ma in miglioramento rispetto al 2022 quando era pari all'80,88%. La soglia target del 92% risulta però penalizzata da soggetti che iniziano il ciclo nella Asp di Cosenza che sarà poi completato in altre sedi del territorio nazionale, non risultando al momento alcuna possibilità di condivisione delle anagrafiche. Stesso discorso vale per la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia. Infatti le coperture correlate alle vaccinazioni obbligatorie per i nuovi nati anno 2023, da quanto emerge da piattaforma GIAVA e dai dati provenienti dai centri vaccinali, anche in considerazione del numero dei soggetti trasferiti/emigrati, si attesta in coerenza con il target. La problematica è stata anche segnalata al livello regionale.
Allo stato attuale, tutti i centri vaccinali ed i punti vaccinali dell'ASP di Cosenza sono abilitati e operativi sul sistema regionale di gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali GIAVA; i pochi punti vaccinali periferici che presentano difficoltà tecniche (difficoltà accesso linea internet, ecc.) effettuano il caricamento dei dati relativi alle somministrazioni giornaliere presso i centri più vicini territorialmente competenti, pertanto il sistema dell'anagrafe vaccinale informatizzata risulta a regime

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2023, gli obiettivi strategici aziendali programmati nel piano della performance anno 2023, assegnati ai CDR dell'area prevenzione dell'ASP a seguito di concertazione, quali obiettivi operativi, possono ritenersi nel complesso raggiunti con risultati accettabili, in relazione alle risorse disponibili.

Scenning oncologici

L'attuale gestione, dopo aver rilevato tutte le criticità organizzative presenti al momento dell'insediamento che non consentivano l'avanzamento del programma di screening nell'ASP di Cosenza, ha provveduto ad avviare tutte le attività per la soluzione rapida delle stesse (carenza di personale specifico, attuazione di protocolli d'intesa con A.O., organizzazione dei punti prelievo, collaudo dell'analizzatore feci, riorganizzazione delle attività per disponibilità, contatti con i privati accreditati, ecc.), e successivamente si è proceduto alla estensione degli inviti alla popolazione target per i tre programmi per come di seguito specificato:

Tipologia screening	Popolaz. Tot in fascia	Popolaz. target	Obiettivo 2023	N° inviti spediti al 30/11/2023	N° inviti pronti	% inviti spediti 2023
Mammografico	103.317	51.659	41.327	37.831	2000	73%
Colon retto	200.122	100.061	80.049	71.000	10000	71%
Cervice uterina	19.613	6.538	5.230	5.150	0	79%

Per come si evince dalla tabella soprariportata, ad oggi, risolte le problematiche organizzative, entro il 30 novembre 2023 sono stati inviati n° 37.831 inviti per lo screening mammografico, 71.000 per quello del colon retto, 5150 per la cervice, raggiungendo percentuali dal 70 all'80%; le attività per l'invio dei rimanenti inviti, a completamento, sono state completate successivamente per come programmato e nel rispetto dell'obiettivo richiesto e assunto;

Di seguito si riportano le azioni più salienti messe in atto per la soluzione delle criticità riscontrate al momento dell'insediamento, ed a seguito delle quali è stato possibile l'incremento delle attività di screening, fermo restando le difficoltà nella adesione da parte dell'utenza.

Screening del cancro della Cervice Uterina

- È stato approvato il protocollo d'intesa per lo screening del cancro della cervice uterina con la metodica di ricerca HPV Test ed il relativo PDTA in data 20/09/2022 (Delibera ASP 1561 del 22/09/2022-del AO 579 del 30/09/2022); tale protocollo prevede anche l'esecuzione delle Colposcopie;
- Si è ancora in attesa del reclutamento del personale necessario per le attività di screening da parte dell'Azienda Ospedaliera, previsto dal DCA 23 del 16/03/2022: "presa d'atto progetti aziendali e rimodulazione risorse" e protocollo di intesa ASP-AO (delibera ASP 1561 del 22/09/2022 delibera AO 579 del 30/09/2022) e di comunicazione da parte di AO per l'avvio delle attività per tutta la popolazione bersaglio, sebbene:
- Sono state avviate le procedure per l'acquisizione del personale necessario da parte dell'Azienda ospedaliera, con le deliberazioni n° 112/2023 e n° 462/2023, ed attualmente si è in attesa dell'autorizzazione, da parte del Dipartimento Tutela della Salute, della autorizzazione per l'assunzione di personale necessario al potenziamento dello screening oncologico.
- Sono state così avviate tutte le azioni propedeutiche all'avvio delle attività da parte dell'U.O. di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera e le azioni propedeutiche da parte dell'UOSD screening Oncologici dell'ASP di Cosenza;
- E in corso di completamento la riorganizzazione dei punti prelievo per il cancro della Cervice Uterina su tutti i punti consultoriali, e dei centri di colposcopia dell'ASP di Cs per le attività di screening oncologico;
- E' stato organizzato presso il Consultorio di Cosenza, via la Pira il Centro di diagnostica da screening ed identificato il personale per l'esecuzione delle colposcopie e delle isteroscopie .

Ad ottobre 2022 è stato autorizzato dal Commissario Straordinario l'acquisto delle attrezzature necessarie, (delibera 1089 del 12/05/2023): sono in atto le procedure per l'acquisizione di quanto necessario.

Screening del cancro del Colon-Retto

- È stato approvato il protocollo di intesa per il percorso pazienti da screening oncologico con l' A.O. di Cosenza in data 04/10/2022 (delibera ASP CS 1586 del 05/10/2022); tale protocollo prevede anche l'esecuzione da parte dell'A.O. delle Colonscopie;
- È stato collaudato in data 05/10/2022 l'analizzatore delle feci presso il laboratorio di Cetraro e programmate le attività;
- Sono state avviate presso il laboratorio di Rende e Cetraro le attività di analisi per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che vengono svolte regolarmente;
- È stato organizzato un incontro propedeutico con la popolazione, la somministrazione ed il ritiro del test presso punti messi a disposizione Comuni di Fagnano, Grimaldi e Bisignano dove i contenitori per l'esecuzione dei test vengono direttamente consegnati al domicilio dell'utente;
- E' da segnalare la grave carenza di specialisti Gastroenterologi con competenze in endoscopia digestiva, malgrado il ricorso alle prestazioni di cui al DCA 13/2022- recupero delle liste di attesa.
- Sono state identificate le strutture aziendali per l'esecuzione, in pazienti selezionati, delle colon TC;
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di cui al protocollo di intesa (delibera ASP1586 del 05/10/2022) consente l'esecuzione di colonscopie in Day Hospital, per pazienti selezionati.

Screening del cancro della Mammella

- Sono state riorganizzate le attività del cancro della mammella;
- Sono state effettuate per gli aventi diritto le attività sull'Unità Mobile di mammografia presso il Comune di Spezzano, Grimaldi e Trebisacce;
- In collaborazione con il Comune di San Marco Argentano si è svolto un incontro con la popolazione per la promozione del programma di screening per migliorare le adesioni;
- Incontro con la popolazione di Spezzano in collaborazione con l'Amministrazione Comunale e la FIDAPA locale il 07/07/2023 per la promozione del programma di screening per migliorare le adesioni;
- Nel giugno 2023 è stato realizzato un video in collaborazione con un TV locale di promozione del programma di screening presso il PO di Corigliano;
- In data 12/09/2023 è stato sottoscritto Protocollo di intesa con AO per screening per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per la ricerca di mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2 e definizione del percorso pazienti, azienda pilota per la Regione Calabria. Sono in itinere le procedure per l'elaborazione del modulo informatico ad hoc;
- sono stati sottoscritti i contratti con gli erogatori accreditati per l'esecuzione delle mammografie di cui al DCA 13/2022 – recupero delle liste di attesa (come da nota prot. 5219 del 13/01/2023) e si sta procedendo con l'attività;
- Il numero di personale dedicato è insufficiente per assicurare una copertura ed una estensione accettabile del programma

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

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

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

MOBILITA' PASSIVA ASP EXTRAREGIONE ANNI 2021-2023 - PER VALORE ECONOMICO				
Tipologia prestazione	Valore 2021	Valore 2022	Valore 2023	Diff. 2023/2022
RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL	71.211.591	79.010.562	84.991.850	5.981.288
MEDICINA GENERALE	799.830	1.018.289	1.017.674	-614
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	12.836.108	14.620.551	16.572.311	1.951.761
FARMACEUTICA	1.257.577	1.319.587	1.551.337	231.751
CURE TERMALI	86.165	138.972	167.861	28.888
SOMM. DIRETTA DI FARMACI	9.204.546	8.045.913	11.780.391	3.734.477
TRASPORTI	257.801	286.263	361.221	74.958
Totale	95.653.619	104.440.136	116.442.645	12.002.508

Dalla tabella si evince che nel corso dell'anno 2023, il valore della mobilità passiva extraregione si è incrementato di circa 12.002.508 euro rispetto al 2022.

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

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONE ASP ANNI 2021-2023 - PER VALORE ECONOMICO				
Tipologia prestazione	Valore 2021	Valore 2022	Valore 2023	Diff. 2023/2022
RICOVERI ORDINARI E DH/DS	108.512.409	108.678.974	121.061.048	12.382.073
MEDICINA GENERALE	102.375	133.005	127.395	-5.610
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	25.229.904	26.030.077	26.233.174	203.097
FARMACEUTICA	357.041	578.991	625.564	46.573
CURE TERMALI	30.189	12.347	28.195	15.847
SOMM. DIRETTA DI FARMACI	15.468.820	13.809.932	15.523.695	1.713.763
TRASPORTI	3.095	0	0	0
Totale	149.703.835	149.243.326	163.599.070	14.355.744

Dalla tabella si evince che il valore economico della mobilità passiva infraregionale, nel 2023 si è incrementato di euro 14.355.744 rispetto al 2022, e l'incremento è principalmente da attribuire ai ricoveri (12 mln circa) ed alla somministrazione diretta di farmaci.

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

Mobilità Passiva Interregionale anno 2022 e 2023 dopo controdeduzioni	Ricoveri Ordinari e DH/DS		Ricoveri Ordinari e DH/DS	
	n° casi 2022	Valore 2022	n° casi 2023	Valore 2023
REGIONE CREDITRICE				
10 - PIEMONTE	384	2.004.174	469	2.726.010
20 - VALLE DAOSTA	8	55.373	13	56.798
30 - LOMBARDIA	2.740	14.601.344	2.717	14.755.947
41 - PROV.AUT. BOLZANO	24	115.488	10	16.748
42 - PROV.AUT. TRENTO	32	127.244	42	285.421
50 - VENETO	460	2.488.691	488	2.484.354

60 - FRIULI VENEZIA GIULIA	50	149.471	44	147.393
70 - LIGURIA	247	737.348	260	641.815
80 - EMILIA ROMAGNA	1.810	9.725.812	1.974	10.508.069
90 - TOSCANA	999	3.655.909	1120	3.991.194
100 - UMBRIA	210	868.815	180	727.097
110 - MARCHE	119	622.558	116	423.352
120 - LAZIO	3.086	13.696.059	3.532	14.737.505
121 - BAMBIN GESU' (PER MOBILITA')	1.331	3.088.425	1.488	3.375.602
122 - ACISMOM LAZIO (MOBILITA')	11	107.299	5	64.751
130 - ABRUZZO	97	422.877	101	366.281
140 - MOLISE	102	750.083	117	728.854
150 - CAMPANIA	1.446	6.561.942	1.660	7.355.989
160 - PUGLIA	2.082	10.767.976	2.380	12.670.867
170 - BASILICATA	2.377	7.290.277	2.427	7.596.145
190 - SICILIA	236	1.082.445	265	1.307.054
200 - SARDEGNA	17	90.952	10	24.603
Totale	17.868,00	79.010.562	19.418,00	84.991.850

Dalla analisi della tabella precedente si evince che le principali Regioni creditrici per mobilità passiva extraregione, sono rappresentate in ordine decrescente da: Lazio con 3.582 casi, Lombardia con 2.717 casi, Basilicata con 2.427 casi, Puglia con 2.380 casi, Emilia Romagna con 1.974 casi, Campania con 1.660 casi, Bambin Gesù con 1.488 casi; questi ultimi sommati alla mobilità della Regione, costituiscono un volume di casi pari a 5.020 casi complessivi per la Regione Lazio (1/4 del totale).

Sintesi Domanda prestazioni di ricovero ASP Cosenza e Mobilità

Domanda prestazioni ricovero provincia Cosenza (consuntivo 2022-2023)				
	Anno 2022		Anno 2023	
Erogatore	numero ricoveri	importo	numero ricoveri	importo
ASP Cosenza	32.301	107.878.040	33.790	111.796.378
Mobilità passiva extraregione	19.382	84.785.983	19.418	84.991.850
Azienda Osped. Cosenza	19.654	78.286.324	20.317	79.190.542
Altre strutture regione	6.863	35.622.348	9.698	33.965.919
Totale	78.200	306.572.695	83.223	309.944.689

La tabella precedente illustra la domanda complessiva di prestazioni di ricovero da parte dei residenti della ASP di Cosenza in tutte le strutture aziendali dell'ASP, della Provincia, della Regione e fuori Regione.

1.5.5 Analisi del Benessere Organizzativo

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

Per l’esercizio 2023, la procedura ha registrato un incremento di adesione pur essendo per la prima volta, la rilevazione svincolata dalla valutazione, pertanto, appare ancor più positivo il risultato registrato. Infatti, la partecipazione spontanea alla rilevazione del benessere organizzativo rappresenta il segnale che si sta cogliendo l’importanza dell’indagine. Tuttavia la procedura non essendo obbligatoria, resta ancora disattesa dalla maggioranza dei dipendenti con il risultato di perdere un’opportunità di partecipazione “ bottom-up” , poiché da tale indagine il personale dipendente è chiamato a esprimersi in prima persona sull’Amministrazione, permettendo di conoscere le opinioni sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, evidenziando sia le note positive sia le criticità sulle quali è necessario agire.

Come per i precedenti esercizi, anche per il 2023 la procedura informatica adottata ha garantito il totale anonimato, poiché il sistema utilizzato registra esclusivamente l’informazione relativa all’avvenuta compilazione del questionario, non acquisendo dai record delle risposte fornite nessun dato identificativo relativo al compilatore. L’elaborazione dei dati è stata effettuata, da questa struttura, in forma aggregata in modo tale da non compromettere il principio di tutela della privacy.

MODALITÀ OPERATIVE

Per la realizzazione dell’indagine si è optato, come per l’esercizio dell’anno precedente, per una rilevazione totale, adottando per la somministrazione del questionario una modalità on line sul sito aziendale, nell’apposita area utilizzata congiuntamente per la valutazione annuale dei dipendenti. Dopo la compilazione on line della modulistica la stessa viene automaticamente inoltrata in forma anonima alla Struttura Tecnica Permanente dell’O.I.V. Al fine di ottenere la massima partecipazione, la nota di avvio all’esercizio valutativo anno 2023 è stata pubblicata sul sito aziendale dell’ASP in data 01/07/2024 raccomandando la compilazione del questionario di rilevazione e ribadendo l’anonimato, garantito per ciascun dipendente.

Chiusa la rilevazione, il 31/12/2024, si è proceduto all’aggregazione dei dati per classi tali da produrre una numerosità sufficiente a rendere impossibile l’associazione delle risposte a gruppi ristretti di compilatori.

METODOLOGIA DI ANALISI

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

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

STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Il questionario si articola in tre sezioni, ciascuna mirata a un particolare aspetto dell'attività svolta dal personale più una sezione anagrafica: Nove gli ambiti della prima sezione dedicata al **benessere organizzativo** in senso stretto:

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

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

- A. "La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato";
- B. "Le discriminazioni";
- C. "L'equità nella mia amministrazione";
- D. "La carriera e lo sviluppo professionale";
- E. "Il mio lavoro";
- F. "I miei colleghi";
- G. "Il contesto del mio lavoro";
- H. "Il senso di appartenenza";
- I. "L'immagine della mia amministrazione";
- L. "La mia organizzazione";
- M. "Le mie performance";
- N. "Il funzionamento del sistema".

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

- O. "Il mio capo e la mia crescita";
- P. "Il mio capo e l'equità".

Sezione Anagrafica

- 1. Sono:
 - 1.1. Donna
 - 1.2. Uomo

2. Il mio contratto di lavoro:

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

3. La mia età:

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

4. La mia anzianità di servizio:

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

5. La mia qualifica:

- 5.1. Dirigente
- 5.2. Non Dirigente.

I grafici di dettaglio relativi agli esiti dell'analisi del benessere organizzativo nell'ASP di Cosenza per l'anno 2023 sono riportati nell'allegato 6 del presente PIAO.

1.6. Le risorse umane

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

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

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

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

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

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

Pertanto, si è reso necessario ed urgente un investimento razionale e programmato della spesa del personale su nuove assunzioni, nonché alla completa attuazione del processo di stabilizzazione che, oltre ad apportare un beneficio in termini di ingresso di nuove risorse nelle Unità Operative più carenti, può contribuire a riqualificare l'Assistenza Sanitaria in termini prestazionali e di interventi di qualità diretti al malato, nonché a rispettare la normativa vigente in materia di turnazioni del personale (L. 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis"). Per tali finalità l'ASP di Cosenza, secondo le linee di indirizzo del D.M. 08/05/2018, applicando la metodologia di calcolo le linee guida del DCA n° 192/2019, in coerenza con il DCA n° 64/2016 e dell'atto aziendale, ha adottato il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2024/2026, adeguato ai dati di produzione riferiti all'anno 2023, secondo quanto disposto con DCA n° 113 del 06/09/2022; il Piano assunzionale aziendale, approvato dall'ASP di Cosenza con delibera n° 955 del 23/04/2024, è stato successivamente autorizzato dalla struttura Commissariale regionale con DCA n° 102 del 20/05/2024 e succ. DCA n° 185 del 26/07/2024, per le assunzioni a tempo indeterminato necessarie al ripristino dei requisiti organizzativi minimi. Il suddetto Piano del Fabbisogno risulta ancora vigente in quanto è in itinere la procedura di ricognizione e aggiornamento della metodologia per la definizione dei nuovi piani dei Fabbisogni a livello regionale. Il piano del fabbisogno non è interamente comprensivo delle determinazioni dei Commissari ad acta per i presidi di Trebisacce e Praia a mare.

Al 31/12/2024 le risorse umane di cui dispone l'Azienda sono le seguenti:

Personale presente al 31/12/2024		
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	Numero	
DIRIGENTI MEDICI	702	
Totale	702	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	85	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO PROF.	4	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO TEC.	6	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM.	12	
Totale	107	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	2.129	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO PROF.	8	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN	443	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	607	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM.	369	
Totale	3556	
Totale a tempo indeterminato		4.365
DIRIGENTI AMM.VI 15/7	1	
Totale AMM/vi 15/7	1	1
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO		
DIRIGENTI MEDICI	110	
Totale	110	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	42	
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM.	1	
Totale	43	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	275	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN	40	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	47	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM.	11	
Totale	373	
Totale a tempo Determinato		527
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Sanitario	0	
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Non Sanitario	0	
ALTRI	0	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SOCIO-SAN. - COMANDO	1	
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM. - COMANDO	3	
Totale restante personale	4	4
TOTALE GENERALE		4.896

1.7. Attrezzature

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

Con nota n° 134235 del 29/10/2024 la direzione dell'Area tecnico-patrimoniale ha formulato e reso noto il Piano degli investimenti per il triennio 2025-2027, approvato con delibera n° 2394 del 29/10/2024, che si allega al presente PIAO (Allegato 5).

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

Le risorse finanziarie ed economiche programmate e pertanto definite con l'adozione del bilancio preventivo 2025, di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi. Nel corso del 2023 si è provveduto a recuperare l'arretrato accumulato nella registrazione delle fatture in contabilità generale; è in corso la circolarizzazione dei fornitori, e sono state avviate le procedure per l'elaborazione dei bilanci preventivi e consuntivi.

Per l'ASP di Cosenza, secondo il DCA n° 92 del 10/05/2024, sono previsti i seguenti finanziamenti del FSR:

Budget 2023 (quota A)	Budget 2023 risorse per Piano Efficientamento riqualificazione (quota B)	Budget 2023 Risorse obiettivi di sviluppo (quota C)	Totale Budget provvisorio 2023
1.260.837.021,91	25.053.362,62	7.845203,07	1.293.735.586,69

Nel suddetto DCA la quota A è riferito al minor valore tra il finanziamento determinato sulla base dei criteri utilizzati per il riparto delle risorse per le aziende sanitarie territoriali mediante il criterio della quota capitaria corretta, ed il finanziamento determinato sulla base dei costi dei fattori produttivi desunti dai conti economici consuntivi 2022 adottati dalle singole aziende rideterminati con il saldo della mobilità extraregionale e comprensivi della voce accantonamenti; la quota B è una quota di finanziamento destinata alle Aziende del SSR che in ragione della proiezione delle previsioni contabili 2023 conseguenti al finanziamento della quota A sono chiamate, anche in relazione a quanto stabilito nel DCA n° 146 del 09/06/2023 alla predisposizione di un Piano di Efficientamento e Riqualificazione (PER), al fine di razionalizzare la struttura dei costi di produzione al livello dei servizi erogati perseguendo obiettivi di incremento della produttività attraverso interventi ed azioni correttive oggetto di valutazione da parte della Regione. Il piano di efficientamento è stato predisposto dall'Azienda Sanitaria con delibera n°2394 del 29/10/2024 di approvazione del Bilancio di previsione.

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

Si prevede un aumento della produzione derivante dall'incremento delle attività che l'Azienda Sanitaria di Cosenza intende mettere in atto in conseguenza del potenziamento in corso di alcune strutture aziendali quali, le sale operatorie, l'emodinamica con le Cardiologie, derivanti dagli interventi di potenziamento di tali strutture. Nel piano inoltre si prevedono le aperture di strutture già in programma quali il reparto di Ortopedia di Castrovillari, la Medicina generale di Trebisacce, (le criticità sono relative alla carenza di personale); nel mese di giugno si è provveduto alla riapertura della Ostetricia e ginecologia di Cetraro con punto nascita, e si prevede il potenziamento dei reparti che erogano prestazioni di ricovero (DRG) ed ambulatoriali oggetto di mobilità passiva;

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

- Registrazione immediata delle fatture pervenute (simultanea all'emissione). Se dalla verifica le stesse risultano non dovute richiedere immediatamente note di credito (soprattutto nel caso delle fatture emesse dalle Case di Cura - RSA – CP a titolo di extrabudget). Oggi ci sono ancora circa 800 fatture non registrate che provocano ritardi nella liquidazione e nel pagamento;
- Liquidazione fatture entro e non oltre i 30 gg. dal ricevimento sullo SDI. Eventuali ritardi nella liquidazione provocheranno inevitabili ritardi nel pagamento;
- Ai mancati/ritardati riscontri alle richieste del GREF, ignorate sovente dalla maggior parte degli uffici aziendali, prevedere sanzioni disciplinari per il dirigente anche di tipo pecuniario con conseguente valutazione negativa;
- Infine, onde evitare ulteriori aggravii di spesa (interessi e spese legali) e contenzioso oltre che inutile spreco di tempo, è opportuno che l'Area Legale man mano che pervengono i DD.II. intervenga, con il supporto del GREF e degli uffici che detengono il contratto, per il tramite della ditta fornitrice o del legale di controparte, procedendo all'immediata registrazione - liquidazione e pagamento delle fatture oggetto di decreto così da rimuovere inutili controversie.

Per ciò che riguarda l'indicatore di tempestività dei pagamenti occorre evidenziare che se inizialmente presentava valori elevati pari a ITP 130,50 nel 2016, a 90,82 nel 2017, a 49,85 nel 2018, successivamente è sceso fino al 36,88 del 2019, e dopo una leggera risalita nel 2020 pari a 58,37, nel 2021 si è registrato un nuovo calo raggiungendo valori pari a ITP 41,03, e nel 2022 un ITP pari a 28,27, nel 2023 pari a 5,77, mentre nel III° e IV° trim 2024 sembra stabilizzarsi su valore di 0,57-0,6.

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 III° tri	2024 IV°trim
Indicatore di tempestività	130,50	90,82	49,85	36,88	58,37	41,03	28,27	5,77	0,57	0,6

Nel corso dell'anno 2023 è stato implementato, con accesso da Amministrazione Trasparente, l'applicativo **Casa di Vetro** per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza di cui al Dlgs 33/13 e normativa collegata ed integrata.

Tale sistema permette a ciascun operatore, eventualmente individuato dal Responsabile della struttura tenuta all'obbligo e che produce il dato da pubblicare, di renderlo direttamente disponibile ai sensi del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" tramite accesso diretto con credenziali

personalizzate. Il sistema è stato reso operativo nei primi mesi del 2023. Il Direttore/Responsabile della struttura tenuta all'obbligo potrà comunicare all'RPCT periodicamente l'elenco aggiornato dei nominativi del personale individuato all'interno della struttura per le attività previste (produzione, elaborazione, aggiornamento, pubblicazione/depubblicazione dei dati e monitoraggio) per l'attuazione degli obblighi.

Nel corso del 2024 si sono predisposti gli atti per la redazione dei bilanci relativi agli anni 2018-2019-2020-2021, che sono in corso di approvazione nell'anno corrente, mentre il consuntivo 2023 è stato già approvato dalla Regione Calabria.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

2.1.1. Contesto Interno ed esterno

Le Linee Guida 2017-2018-2019 del D.F.P. definiscono il Valore Pubblico come “il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un’amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PP.AA. e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza”. La missione strategica dell’A.S.P. di Catanzaro si esplica nella promozione della tutela della salute della popolazione, sia individuale che collettiva.

La centralità del cittadino è il valore fondante dell’organizzazione dell’Azienda, il punto di partenza per garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, di diagnosi, cura e riabilitazione, consolidando l’integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.

Le aree principali d’intervento sono:

- La tutela della salute dei cittadini attraverso il governo e la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- Il rafforzamento del ruolo dell’Azienda quale garante della salute del cittadino;
- L’educazione del cittadino alla salute per la tutela e la salvaguardia del benessere fisico e psichico;
- La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- La salvaguardia della qualità degli interventi e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e delle prescrizioni farmaceutiche;
- La tutela del diritto d’informazione e di accessibilità alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, assicurando al cittadino tutti gli elementi per una scelta libera e consapevole;
- Il sostegno alla partecipazione del cittadino con suggerimenti ed osservazioni, per migliorare il livello di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- La garanzia dell’efficacia ed efficienza delle prestazioni, in un’ottica di miglioramento continuo e di orientamento ai bisogni del cittadino, attraverso l’individuazione di adeguati standard qualitativi e quantitativi unitamente alla attività di verifica dei medesimi e all’aggiornamento dei relativi esiti.

Gli obiettivi strategici di valore pubblico da perseguire sono stati individuati in:

- Erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di uniformità sul territorio, di appropriatezza delle cure e di efficienza nell’utilizzo delle risorse – Governo clinico;
- Governo dell’assistenza ospedaliera e territorial sanitaria e socio-sanitaria;
- Sostenibilità economico-finanziaria e strumenti di governo;
- Governo del patrimonio umano, tecnologico, immobiliare, innovazione e digitalizzazione, investimenti e PNRR;
- Promozione della trasparenza, Valorizzazione e coinvolgimento dell’utenza interna ed esterna.

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

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

DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
	Anno 2024			
DISTRETTI	popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
1 - "TIRRENO"	131.256	33	1084	121,08
2 - "ESARO/POLLINO"	89.038	28	1.350	65,95
3- "JONIO NORD"	94.782	21	1.203	78,78
4 - "JONIO SUD"	66.963	14	916	73,10
5 - "VALLE CRATI"	138.329	20	859	161,03
6 - "COSENZA/SAVUTO"	150.000	34	1.293	116,00
TOTALE DISTRETTI	670.368	150	6.705	99,98

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

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

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

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

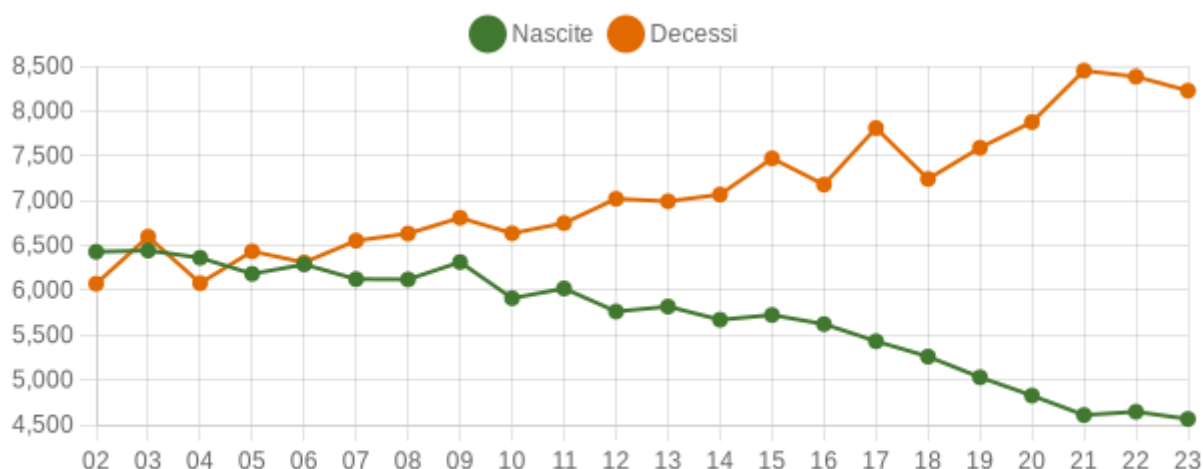


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

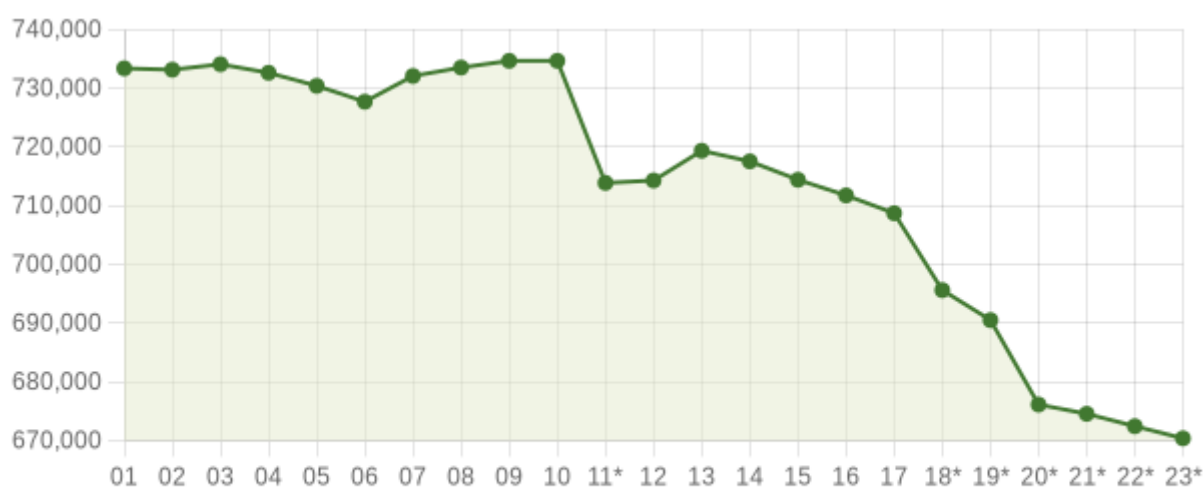
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



Movimento naturale della popolazione

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

Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Cosenza** dal 2001 al 2023. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno.



Andamento della popolazione residente

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

(*) post-censimento

Indice di vecchiaia: rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni (popolazione ≥ 65 anni/giovani 0/14); per l'intera azienda nel 2024 è pari a 200,3 anziani ogni 100 giovani (nel 2020 il valore era di 181,3 anziani per ogni 100 giovani, con un valore che di anno in anno cresce costantemente).

Indice di ricambio della popolazione attiva: rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di

100. In provincia di Cosenza nel 2024 l'indice di ricambio è 159,5 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

Economia

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

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

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

Edilizia

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

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

Agricoltura

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

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

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

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

Pesca ed allevamento

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

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

Industria e commercio

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

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

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

Energia

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

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

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

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

Terziario e servizi

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

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

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

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

Turismo

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

Infrastrutture e trasporti

Linee ferroviarie

Il sistema ferroviario della provincia si divide in:

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

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

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

Dati di contesto su fenomeno corruttivo

Determinante ai nostri fini, risulta l'approfondimento delle problematiche che caratterizzano la presenza e le possibilità di sviluppo del fenomeno corruttivo nello specifico settore della sanità e

l'approfondimento delle caratteristiche del contesto territoriale nell'ambito del quale opera la nostra Azienda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contesto interno

PRODUZIONE LIVELLO OSPEDALIERO 2023/2022

ASP CS	Ricoveri Ordinari			Diff.	Ricoveri DH/DS			Diff.
Anno	2021	2022	2023	Diff.23/22	2021	2022	2023	Diff.23/22
Ricoveri	12.958	13.141	13.074	- 67	3.192	3.164	3.871	707
Degenza/Accessi	102.163	102.463	101.655	- 808	8.167	8.131	9.928	1.797
Interventi	8.206	8.705	8.727	22	1.166	1.198	1.687	489
DRG Chirurgici	3.047	3.186	3.250	64	896	983	1.295	312
Valore DRG	43.505.081	42.554.178	43.124.924	570.746	2.673.655	2.821.050	3.609.179	788.129

Con la deliberazione n° 2323 del 31 ottobre 2023 l'Azienda Sanitaria provinciale di Cosenza ha approvato il piano di efficientamento, riqualificazione e sviluppo anni 2023-2025 sulla base del DCA n° 217 del 02/08/2023; infatti il DCA ha stabilito la presentazione, da parte di alcune Aziende sanitarie provinciali ed Aziende ospedaliere, tra cui l'ASP di Cosenza, di un Piano di Efficientamento e riqualificazione comprensivo degli obiettivi di sviluppo dei servizi da perseguire nel 2023 di cui alla quota di risorse aggiuntive C. Il Piano di efficientamento e Riqualificazione è stato elaborato prevedendo, tra l'altro anche un programma di incremento della produttività nel triennio 2023, 2024 e 2025 rispetto all'anno 2022, da parte delle strutture territoriali ed ospedaliere.

Struttura	Produzione 2022	Obiettivo 2023	Produzione 2023	Diff.23/22
Spoke Castrovillari	12.179.043	12.909.785	12.154.180	- 755.605
Spoke Cetraro Paola	14.339.704	15.200.086	14.879.571	- 320.515
Spoke Rossano-Corigliano	15.273.315	16.189.713	16.049.095	- 140.618
P.O. Aciri	2.022.760	2.144.125	1.932.697	- 211.428
P.O. S. Giovanni F.	703.181	745.371	673.935	- 71.436
P.O. Trebisacce	310.318	329.255	339.262	10.007
P.O. Praia a mare	743.276	787.872	705.363	- 82.509
Totale	45.571.597	48.306.207	46.734.103	- 1.572.104

Nella tabella precedente sono riportati, per singola struttura ospedaliera i valori di produzione del consuntivo anno 2022, il valore della produzione prevista per l'anno 2023 e la produzione effettivamente raggiunta a consuntivo dell'anno 2023; nell'ultima colonna viene riportata invece lo scostamento tra gli obiettivi previsti e quelli raggiunti nel 2023; dai dati riportati si evidenzia che per quasi tutte le strutture il valore della produzione dell'anno 2023 è inferiore all'obiettivo previsto; tuttavia alcune strutture nel 2023 mostrano la tendenza all'incremento della produzione rispetto al 2022 (Spoke Cetraro/Paola, Corigliano/Rossano e P.O. Trebisacce) mentre altre mostrano la tendenza alla riduzione della produzione sul 2022 (Spoke Castrovillari, P.O. Aciri, P.O. S. Giovanni F., P.O. Praia a mare).

Dall'esame dei report anno 2023 e 2022 riportati in precedenza si evince quanto segue:

Per il presidio ospedaliero di Rossano, con l'attivazione della U.O.C. di Cardiologia/UTIC è stata migliorata la qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti cardiologici ed il contestuale supporto alle altre

UU.OO.CC.; Inoltre è stata effettuata l'acquisizione di nuove tecnologie e l'avvio della digitalizzazione delle cartelle cliniche.

Il Tasso di Ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente nel 2023 è stato pienamente raggiunto in quanto si è attestato al valore di 82,35%, mentre nel 2022 era stato di 104,36%, comunque valori sempre all'interno del valore soglia del 160% e valore ottimale del 140%.

Anche il Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario nel 2023 è rientrato nel valore ottimale previsti dal monitoraggio dei LEA entro il 15% (valore soglia 24%) avendo registrato nel 2023 il valore dello 0,11% e nel 2022 dello 0,13%.

La percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < a 3 giorni è migliorata attestandosi nel 2023 al 72,91%, al di sopra del target del 70%, e migliorando il dato negativo del 2022 del 65,55%.

La percentuale di pazienti di età superiore ai 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giorni in regime ordinario nell'ASP di Cosenza rientra nel target previsto, attestandosi al 72,78%, e migliorando il dato negativo di 52,04% del 2022.

Persistono ancora le difficoltà relative al raggiungimento della **percentuale dei parti cesarei primari** che rimangono ancora al di sopra del target e con tendenza all'aumento.

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2023, gli obiettivi strategici aziendali programmati nel piano della performance anno 2023, assegnati ai CDR dell'area ospedaliera dell'ASP a seguito di concertazione, quali obiettivi operativi, possono ritenersi nel complesso raggiunti con risultati accettabili, in relazione alle risorse disponibili.

Attività di Farmaceutica ospedaliera

Le attività svolte dal servizio di farmaceutica ospedaliera consentono di garantire l'assistenza farmaceutica a tutti i reparti e servizi delle strutture ospedaliere, quali:

- Erogazione di farmaci, dispositivi e diagnostici, attuando su di essi sistemi di controllo
- Terapie le più avanzate scientificamente e attività di informazione scientifica all'interno delle strutture;
- Predisposizione di capitolati tecnici per acquisti di prodotti farmaceutici
- Produzione continua di report relativi alla gestione farmaceutica ospedaliera inviati agli organi regionali, nazionali e aziendali.
- Attività di tutoraggio e formazione professionale agli studenti della facoltà di Farmacia, ISF e CTF nonché agli specializzandi in Farmacia Ospedaliera.
- Proseguo anche se con sensibile riduzione verso la fine dell'anno rispetto all'anno precedente della campagna vaccinale anti-Covid, erogando a tutti i distretti dell'intera azienda, alle farmacie private e ai medici di base le dosi di tutti i vaccini anti-Covid e garantendo settimanalmente l'invio tramite sistema informatico sull'attività di ricezione e distribuzione di tali presidi di cura al nucleo regionale vaccini.
- Direttive e linee guida sulla gestione farmaceutica complessiva;
- Elaborazione di fabbisogni per rilevazione dei CIG esauriti di farmaci e D.M. oltre che di capitolati descrittivi per acquisto di beni gestiti dalla farmacia
- Supporto attivo all'attività delle U.O. di Oncologia a tutela della maggiore sicurezza dei pazienti;
- Contributo alla stesura di linee guida per l'utilizzo di antibiotici.

In merito a quanto disposto con DCA n°256 del 04/10/2023 del Commissario ad Acta della Regione Calabria con riferimento agli obiettivi previsti nel Programma Operativo del piano di Rientro da disavanzi del SSR della Regione Calabria, si precisa quanto segue:

Durante l'anno 2023 sono state adottate all'interno del CIO, ai fini della razionalizzazione degli antibiotici diverse procedure meglio sottospicificate:

- 1) Si è attenzionato in modo particolare l'utilizzo dei Carbapenemi che aveva registrato un aumento crescente dal 2021 al 2023. Per tali antibiotici si è introdotto ai fini della dispensazione il piano terapeutico nominativo anche a riscontro dell'invito da parte della Regione alla sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi.

- 2) Si è proposta l'acquisizione di strumenti con tecnologia tipo FilmArray per una diagnostica molecolare rapida che rispetto ai metodi convenzionali permettono l'identificazione di patogeni generando risparmi nella gestione del percorso diagnostico-terapeutico completo con una riduzione della degenza ospedaliera ed un utilizzo ottimale di antibiotici.

a) Grado di raggiungimento degli obiettivi DCA n° 77/2022 ;

Gli obiettivi aziendali di cui all'allegato A del DCA 77/2022, e relative all'area ospedaliere risultano raggiunti secondo le relazioni prodotte dall'ASP al livello regionale.

PRODUZIONE LIVELLO TERRITORIALE 2023/2022

Tra le principali prestazioni erogate dall'area territoriale, dall'esame dei report si evince:

Attività ADI

SINTESI ATTIVITA' ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) - BIENNIO 2023/2022								
DISTRETTO	Tot. Pz ADI 2021	Tot. Pz ADI 2022	Tot. Pz ADI 2023	Scost. Pz ADI 2023/2022	Pz over 65 2021	Pz over 65 2022	Pz over 65 2023	Scost. Over 65 2023/2022
COSENZA SAVUTO	845	1.037	2.895	1.858	670	887	2.662	1.775
JONIO NORD	671	838	2.167	1.329	591	720	1.987	1.267
JONIO SUD	396	387	930	543	327	306	805	499
ESARO POLLINO	499	436	1.923	1.487	359	349	1.760	1.411
TIRRENO	1.072	1.968	2.527	559	896	1.722	2.319	597
VALLE CRATI	913	945	2.412	1.467	774	713	2.231	1.518
	4.396	5.611	12.854	7.243	3.617	4.697	11.764	7.067

Per quanto riguarda le attività di Assistenza domiciliare nel 2023 le prestazioni erogate a domicilio sono complessivamente aumentate rispetto al 2022, in modo significativo in quanto raddoppiate; infatti complessivamente le prestazioni erogate al totale dei pazienti ADI si sono incrementate di 7.243 casi nel 2023 rispetto al 2022, passano dai 5.611 casi del 2022 ai 12.854 casi del 2023; stesso discorso per quelle erogate ai pazienti over 65 che sono aumentate di 7.067 casi, passando dai 4.697 casi del 2022 agli 11.764 casi del 2023. L'analisi dei dati per singolo distretto evidenzia che gli incrementi delle prestazioni erogate ha riguardato in valori assoluti in primo il Distretto Cosenza/savuto, quindi il Distretto Valle Crati, l'Esaro/pollino, lo Jonio Nord, il Tirreno ed infine lo Jonio Sud.

Di seguito si riporta l'andamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con relativa produzione, erogate negli anni 2021, 2022 e 2023, per area e sede di struttura erogatrice ed in ordine decrescente dei dati di incremento/decremento, con relativi scostamenti in percentuale:

Prestazioni ambulatoriali Ospedali

ASP Cosenza – specialistica Data Warehouse	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
centro erogatore	2021	2022	2023	2021	2022	2023
poliamb.osped.di castrovillari (180201000600)	335.186	377.170	432.807	3.981.880,54	4.459.051,15	5.312.959,72
poliambulatorio p.o rossano (180201000071)	215.568	222.032	269.685	4.194.578,06	4.388.509,56	4.841.147,17
ospedale praia a mare (180201180008)	197.049	187.667	227.497	1.748.098,93	1.650.879,13	1.985.659,22
presidio ospedaliero paola (180201003000)	199.171	200.298	217.397	2.354.409,28	2.253.400,82	3.119.554,43
ospedale di trebisacce (180201180116)	163.710	169.845	188.508	1.894.546,36	1.869.153,53	1.705.588,84

lab del p.o. beato angelico (180201180011)	170.178	176.331	187.180	1.407.021,85	1.345.281,53	1.813.165,40
poliambulatorio p.o. coriglian (180201000073)	123.439	144.591	124.401	799.748,56	1.001.972,51	981.900,30
presidio ospedaliero spoke paola cetraro (180201001103)	109.574	105.853	111.353	2.680.817,64	2.594.048,93	3.148.272,63
Totale Ambulatori ospedali	1.513.875	1.583.787	1.758.828	19.061.101	19.562.297	22.908.248

Prestazioni ambulatoriali Distretti

ASP Cosenza – specialistica Data Warehouse	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
centro erogatore	2021	2022	2023	2021	2022	2023
poliambulatorio quattromiglia (180201008800)	207.007	195.130	245.639	1.208.836,99	1.102.898,19	1.234.735,27
capt s.marco a. (180201180179)	172.320	161.579	244.306	1.472.635,77	1.410.428,39	1.608.540,64
poliambulatorio p.o. san giovanni in fiore (180201000502)	162.151	177.006	201.864	1.222.614,72	1.244.058,95	1.479.292,50
poliamb.spec. di cassano jonio (180201002801)	158.298	143.112	161.805	618.306,39	550.374,98	655.172,26
poliamb. spec. amantea (180201007000)	101.051	111.053	115.137	1.340.281,21	1.425.104,22	1.489.671,17
poliamulatorio di cosenza (180201008600)	46.920	51.830	66.258	864.958,08	899.723,14	1.168.629,08
capt-casa della salute carciati (180201180114)	40.373	24.309	57.119	1.058.023,42	934.176,61	1.151.674,81
poliambul. polo castrovillari (180201003301)	42.274	46.888	41.532	554.065,20	601.587,10	531.903,78
poliamb.spec.di rossano scalo (180201001101)	29.097	27.622	32.686	351.612,31	347.820,39	431.629,29
poliambulatorio capt.s.marco a. (180201001700)			23.560			408.690,21
poliamb. spec. di corigliano s (180201002301)	17.316	16.044	21.882	229.033,57	224.396,88	314.724,84
poliambulatorio di san giovanni in fiore (180201000603)	11.799	12.494	18.069	168.112,24	176.236,73	255.593,78
poliamb. spec. scalea (180201003700)	9.340	12.006	17.288	126.479,50	165.925,67	251.096,37
poliamulatorio di rogliano (180201008900)	10.503	8.815	12.364	166.253,32	137.978,18	360.849,05
capt lungro (180201180119)	13.037	11.261	11.751	797.299,47	794.494,42	808.608,43
poliamb.spec. di trebisacce (180201003101)	8.760	8.223	10.704	136.078,47	129.320,62	169.516,28
poliamb. specialist. paola (180201002900)	9.255	8.130	10.360	153.665,75	136.273,85	176.344,33
poliambulatorio di carciati (180201000302)	10.070	7.226	9.310	193.199,30	120.164,75	141.351,69
poliambulatorio castrolibero (180201009100)	7.414	5.739	7.695	98.859,14	83.386,66	101.077,28
capt mormanno (180201180113)	3.398	3.744	7.065	48.090,30	48.022,86	146.875,29
poliambulatorio di luzzi (180201008500)	6.149	5.754	6.724	112.290,80	107.162,37	114.857,48
poliambulatorio casole bruzio (180201008300)	3.757	3.426	5.950	85.247,79	73.401,51	95.350,95
poliambulatorio montalto uffugo (180201008700)	5.197	4.348	5.915	118.885,85	84.689,67	109.782,83
poliambulatorio roggiano grav (180201003900)	2.334	1.294	4.689	16.591,54	10.401,86	38.638,28
poliambulatorio spezzano alban (180201003702)	4.117	4.014	4.345	49.155,08	46.261,65	50.358,52
poliamulatorio bisignano (180201008200)	4.856	3.683	4.005	100.582,72	78.669,39	90.166,61
ambulatorio spec. cetraro (180201007009)	3.664	3.457	3.971	74.867,29	70.117,10	78.702,28
poliambulatorio di mirto-crosia (180201000701)	3.169	2.069	3.284	51.897,90	34.054,38	52.090,32
ambulatorio diamante (180201001200)	4.710	4.007	2.854	101.797,03	84.601,43	57.052,02
poliamulatorio di acri (180201000303)	14.435	12.851	2.046	200.295,42	147.269,79	19.728,50
presidio sanitario carcere rossano (180201C18003)			1.229			22.714,51
poliambulatorio di belvedere marittimo (180201000604)	2.950	2.822	899	113.766,03	112.742,98	35.343,44
poliamb.spec.longobucco (180201000801)	983	572	795	17.562,91	9.931,79	15.264,67

poliamb. spec. rocca imperiale (180201005001)	572	770	572	5.605,39	7.826,68	6.868,81
poliambulatorio spc. bocchigli (180201000101)			526			6.234,22
poliamb.spec.s.demetrio corone (180201002501)	232	45	472	3.424,34	611,99	7.904,61
presidio sanitario carcere paola (180201C18001)			449			8.589,72
presidio sanitario carcere castrovillari (180201C18002)	1.208	618	303	22.049,80	12.906,34	5.980,24
presidio sanitario carcere cosenza (180201C18004)	20	99	134	414,22	1.681,09	2.154,98
poliambulatorio di aprigliano (180201009102)		2	114		36,15	312,2
poliamb. polo san. s.marco arg (180201001701)	15.949	16.038		304.425,05	309.555,59	
poliamb. polo. san. mormanno (180201001603)	3.131	2.908		99.965,03	94.527,04	
poliamb. spec. praia a mare (180201003100)	3.844	3.697		115.060,16	105.817,27	
Totali Ambulatori Distrettuali	1.141.660	1.104.685	1.365.670	12.402.290	11.924.639	13.704.072

Prestazioni ambulatoriali consultori

ASP Cosenza – specialistica Data Warehouse	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
centro erogatore	2021	2022	2023	2021	2022	2023
consultorio familiare corigliano (180201002201)		1	1.184		19,37	8.710,65
consultorio familiare trebisacce (180201003102)	728	402	454	19.243,77	10.925,01	12.119,70
consultorio familiare montalto uffugo (180201007016)			425			16.290,95
consultorio familiare san giovanni in fiore (180201116000)	147	235	291	4.681,66	7.669,44	9.857,11
consultorio familiare rossano (180201001202)			231			5.219,17
consult. familiare cosenza-p.za de chiara (180201007012)			191			6.189,92
consultorio familiare cassano ionio (180201002802)	153	113	64	2.875,98	2.188,81	260,6
consultorio familiare rogliano (180201003604)			16			178,56
consultorio familiare di cosenza (180201007015)			12			245,46
consultorio familiare rende (180201007011)	74	118	7	2.113,59	3.864,03	78,12
Totale Consultori	1.102	869	2.875	28.915	24.667	59.150

Prestazioni ambulatoriali Centri Salute Mentale

ASP Cosenza – specialistica Data Warehouse	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
centro erogatore	2021	2022	2023	2021	2022	2023
centro salute mentale cosenza (180201006102)	2.689	2.841	8.840	41.350,89	44.345,02	145.183,13
centro salute mentale castrovillari (180201001000)	2.965	2.917	3.419	41.887,16	42.079,61	50.927,05
centro salute mentale rossano (180201003901)	231	266	1.728	3.634,60	4.184,64	28.381,39
centro salute mentale corigliano (180201004102)	610	1.076	1.596	9.320,85	15.572,55	24.721,18
centro salute mentale roggiano (180201001900)	1.998	1.363	1.402	27.770,51	18.473,38	19.289,45
centro salute mentale amantea (180201007001)	869	795	1.370	14.420,05	13.388,81	24.241,83
centro salute mentale paola (180201007002)	1.372	1.199	1.135	21.640,01	19.413,07	18.509,25
centro salute mentale scalea (180201007003)	1.050	519	748	16.015,87	7.555,41	11.587,73
centro salute mentale carciati (180201004001)	202	131	138	3.233,71	2.072,29	2.346,09
centro salute mentale montalto (180201006101)	2.994	2.447		45.081,79	35.824,32	

centro salute mentale rende (180201006100)	2.505	1.868		39.328,39	29.300,88	
centro salute mentale rogliano (180201006103)	978	1.083		15.854,51	17.363,13	
centro salute mentale trebisacce (180201004101)	383	41		5.481,89	591,31	
Totale Centri Salute Mentale	18.846	16.546	20.376	285.020	250.164	325.187

Sintesi attività e produzione specialistica dell'ASP di Cosenza

ASP Cosenza	N. Prestazioni Specialistiche			Importo Prestazioni Specialistiche		
Data Warehouse	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Totale complessivo	2.675.483	2.705.887	3.147.749	31.777.325,95	31.761.766,90	36.996.656,59

Dalla tabella si evince che complessivamente si è registrato un miglioramento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ASP di Cosenza nel corso dell'anno 2023 rispetto al 2022 con un incremento di 441.862 prestazioni erogate in più nel 2023 versus 2022 con un incremento percentuale del 16,33% (nel 2022 si era avuto un incremento di sole +30.404 prestazioni sul 2021); da segnalare, in riferimento alle discipline erogate, un incremento del numero assoluto di prestazioni erogate per laboratorio analisi, recupero e riabilitazione funzionale, malattie endocrine ricambio e nutrizione, nefrologia, radiologia, cardiologia, oncologia, neuropsichiatria infantile, ortopedia, e così via. Sicuramente un dato anomalo da verificare risulta quello riferito alle prestazioni di radiodiagnostica (tac, risonanza, pet) con codice 86, poiché l'assenza dei dati riferito alle prestazioni erogate inficia e penalizza in senso negativo i valori dei volumi erogati e della produzione, che potrebbero essere ancora più performanti.

Analizzando i dati di produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per aree, si segnala che nel 2023, rispetto all'anno precedente, per l'area Ospedaliera la produzione si è incrementata di euro +3.345.951, per l'area Territoriale (distrettuale) si è incrementata di euro +1.779.433, per i consultori si è registrato un incremento pari ad euro +34.483 mentre per l'area della salute mentale si è registrato un incremento pari ad euro +75.023; l'incremento totale di produzione per la specialistica ambulatoriale registrato nel 2023 è stato pari ad euro 5.234.890.

Sintesi attività Dipartimento salute mentale anno 2023

Tipologia	Numero 2022	Numero 2023
Numero totale prestazioni	67.572	150.327
Numero nuovi utenti	4.330	5.310
Numero prestazioni psico-educazionali	10.681	27.130
Numero cartelle inserite su portale	3.046	5.402

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale del Dipartimento di Salute mentale, che da 67.572 prestazioni nel 2022 sono passate a n°150.327 nel corso del 2023, le strutture hanno continuato nel trend positivo anche nel numero di utenti e di prestazioni psico-educazionali e numero di cartelle su portale.

Di seguito la tabella riassuntiva relativa alla produzione di attività di ricoveri effettuati in SPDC e relativi ai DRG n° 426, 428, 430, negli anni 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, con relativi scostamenti, presso le strutture del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Cosenza:

DRG 426-428-430 su ric. Ord.								
Presidio	2019	2020	2021	2022	2023	diff. 21/20	diff. 22/21	diff. 23/22
SPDC- c/o A.O. Cosenza	157	292	152	57	193	-140	-95	136
SPDC-Cetraro	134	115	98	101	87	-17	3	-14
SPDC-Corigliano	113	52	88	101	123	36	13	22
Totali	404	459	338	259	403	-121	-79	144

Per ciò che attiene alle attività erogate nel corso dell'anno 2023, dall'esame dei dati di attività dell'ASP risultanti a consuntivo sui sistemi aziendali alla data del 31 dicembre 2023, e rapportato con le attività svolte nell'anno 2022, 2021, 2020 e anno 2019 si rileva quanto di seguito meglio specificato:

Prestazione	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Scost. 23/22
Ricoveri	22.544	16.016	15.779	16.675	16.945	270
Accessi PS	124.857	84.440	86.666	100.065	103.648	3.583
Prestazioni Specialistica amb. Osped.	1.832.736	1.514.943	1.676.026	1.760.793	1.960.692	199.899
Prestazioni Specialistica amb. Distr.	1.388.019	914.271	770.329	744.201	1.187.057	442.856
Prestazioni Specialistica amb. CAPT	264.365	187.729	229.128	200.893	-	-200.893
Assistenza ADI over 65	3.658	3.816	3.317	4.697	11.764	7.067
Specialistica amb. DSM	41.279	23.357	27.935	67.572	150.327	82.755

Dai dati riportati in tabella e rilevati dal sistema informativo di rilevazione delle attività si evince chiaramente che le prestazioni erogate dall'ASP di Cosenza nel corso degli anni 2020-2022 hanno subito un incremento progressivo non raggiungendo comunque i volumi dello stesso periodo dell'anno 2019. Infatti anche nel 2023 si registra, per l'ASP di Cosenza, una riduzione, sul 2019, del volume di prestazioni di ricoveri ospedalieri, così come della specialistica ambulatoriale distrettuale, con il solo incremento delle prestazioni erogate negli ospedali; viceversa dal 2021 al 2023 si registra un incremento progressivo dei volumi di prestazioni erogate con un significativo incremento nel 2023 sia dei volumi di prestazioni sia di ricovero, che ambulatoriali che di accessi al pronto soccorso.

Liste di Attesa

Si riportano di seguito i tempi medi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale, riferiti a tutta l'ASP di Cosenza, per gli anni 2022 e 2023 (aprile), mentre nella tabella successiva si riportano i tempi di attesa, distinti per codici di priorità:

TEMPI MEDI D'ATTESA ASP DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO NAZIONALE - L'ANALISI E' STATA EFFETTUATA SU DUE PERIODI: APRILE 2022 E APRILE 2023			
Prestazione	apr-22	apr-23	
Visita Cardiologica 89.7	59	49	
Visita Chirurgica vascolare 89.7	61	50	
Visita Endocrinologica 89.7	44	64	
Visita Neurologica 89.13	40	41	
Visita Oculistica 95.02	65	62	
Visita Ortopedica 89.7	51	50	
Visita Ginecologica 89.26	32	37	
Visita Otorinolaringoiatrica 89.7	37	48	
Visita Urologica 89.7	46	37	
Visita Dermatologica 89.7	37	43	
Visita Fisiatrica 89.7	47	42	
Visita Gastroenterologica 89.7	47	47	
Visita Oncologica 89.7	10	11	
Visita Pneumologica 89.7	36	22	
Mammografia Bilaterale 87.37.1	102	49	
Mammografia Monolaterale 87.37.2	50	65	
TC del Torace 87.41	25	40	
TC del Torace con MDC senza e con MDC 87.41.1	30	59	
TC addome superiore 88.01.1	5	17	
TC addome superiore senza e con MDC 88.01.2	44	46	
TC Addome inferiore 88.01.3	1	3	
TC addome inferiore senza e con MDC 88.01.4	26	38	
TC addome completo 88.01.5	5	6	
TC addome completo senza e con MDC 88.01.6	35	42	
TC Cranio - encefalo 87.03	16	29	
TC Cranio - encefalo senza e con MDC 87.03.1	43	42	
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale 88.38.1	24	29	
Tac bacino con e senza contrasto 88.38.05	41	40	
Rmn cervello e tronco encefalico 88.91.1	41	32	
Rmn cervello e tronco encefalico senza e con MDC 88.91.2	39	39	
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC 88.95.5	34	36	
RM della colonna in toto 88.93	27	44	
RM della colonna in toto senza e con MDC 88.93.1	44	50	
Ecografia del capo e del collo 88.71.4	72	64	
Ecocolordoppler cardiaco 88.72.3	66	41	
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici 88.73.5	76	75	
Ecografia addome superiore 88.74.1	59	59	
Ecografia addome inferiore 88.75.1	42	38	
Ecografia addome completo 88.76.1	62	60	
Ecografia bilaterale della mammella 88.73.1	95	88	
Ecografia bilaterale della mammella 88.73.2	35	34	

Ecografia ostetrica 88.78	29	30
Ecografia ginecologica 88.78.2	82	62
Ecocolordoppler dei vasi periferici 88.77.2	68	69
Colonscopia totale con endoscopio flessibile 45.23	93	78
Esofagogastroduodenoscopia 45.13	58	55
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 45.16	30	27
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile 45.24	182	n.p.
Elettrocardiogramma Holter 89.50	63	58
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile 89.41	57	51
Elettrocardiogramma 89.52	56	35
Esame audiometrico tonale 95.41.1	59	50
Spirometria semplice 89.37.1	56	48
Spirometria globale 89.37.2	46	40
Elettromiografia 93.08.01	64	60
Fondo oculare 95.11	97	78

I dati riportati si riferiscono ai tempi medi di attesa registrati nella ASP di Cosenza per le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale su due periodi di osservazione, aprile 2022 ed aprile 2023; dai dati si registra una tendenza al miglioramento per diverse tipologie di prestazioni.

Di seguito si riportano i tempi di attesa presenti nell'ASP di Cosenza, per le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale effettuata su due periodi, riferiti ad Aprile 2023 ed all'ultimo dato disponibile del 2024 (I Trim).

Per l'anno 2024 si forniscono i tempi di attesa distinti in base ai codici di priorità richiesti, Breve, Differibile e Programmata, distinzione non disponibile per il 2023.

TEMPI MEDI D'ATTESA ASP DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO NAZIONALE - L'ANALISI E' STATA EFFETTUATA SU DUE PERIODI: APRILE 2023 E DICEMBRE 2024				
Prestazione	Apr 2023	Anno 2024		
		B	D	P
Visita Cardiologica 89.7	49	10	60	101
Visita Chirurgica vascolare 89.7	50	29	49	188
Visita Endocrinologica 89.7	64	10	46	157
Visita Neurologica 89.13	41	12	42	101
Visita Oculistica 95.02	62	11	50	152
Visita Ortopedica 89.7	50	15	51	90
Visita Ginecologica 89.26	37	13	26	52
Visita Otorinolaringoiatrica 89.7	48	10	60	178
Visita Urologica 89.7	37	12	54	137
Visita Dermatologica 89.7	43	14	51	92
Visita Fisiatrica 89.7	42	8	48	88
Visita Gastroenterologica 89.7	47	6	71	120
Visita Oncologica 89.7	11	11	22	23
Visita Pneumologica 89.7	22	7	41	77
Mammografia Bilaterale 87.37.1	49	6	24	76

Mammografia Monolaterale 87.37.2	65	np	5	23
TC del Torace 87.41	40	9	46	70
TC del Torace con MDC senza e con MDC 87.41.1	59	3	51	116
TC addome superiore 88.01.1	17	np	np	29
TC addome superiore senza e con MDC 88.01.2	46	np	34	96
TC Addome inferiore 88.01.3	3	np	60	37
TC addome inferiore senza e con MDC 88.01.4	38	1	59	126
TC addome completo 88.01.5	6	14	52	89
TC addome completo senza e con MDC 88.01.6	42	12	64	112
TC Cranio - encefalo 87.03	29	11	42	40
TC Cranio - encefalo senza e con MDC 87.03.1	42	5	61	145
TC del rachide lombosacrale dorsale cervicale 88.38.1	29	12	84	65
TC del rachide lombosacrale dorsale cervicale senza e con MDC 88.38.2	np	np	np	np
Tac bacino con e senza contrasto 88.38.05	40	8	60	96
Rmn cervello e tronco encefalico 88.91.1	32	11	33	118
Rmn cervello e tronco encefalico senza e con MDC 88.91.2	39	34	83	105
RM di addome inferiore e scavo pelvico 88.95.4	np	10	78	78
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC 88.95.5	36	13	66	62
RM della colonna in toto 88.93	44	9	72	101
RM della colonna in toto senza e con MDC 88.93.1	50	np	70	130
Ecografia del capo e del collo 88.71.4	64	14	57	146
Ecocolordoppler cardiaco a riposo o dopo sforzo 88.72.3	41	8	52	113
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici a riposo o dopo sforzo 88.73.5	75	13	48	139
Ecografia addome superiore 88.74.1	59	7	67	115
Ecografia addome inferiore 88.75.1	38	23	46	112
Ecografia addome completo 88.76.1	60	10	57	116
Ecografia bilaterale della mammella 88.73.1	88	8	68	113
Ecografia monolaterale della mammella 88.73.2	34	np	np	np
Ecografia ostetrica 88.78	30	4	20	23
Ecografia ginecologica 88.78.2	62	8	37	64
Ecocolordoppler dei vasi periferici o distr. A riposo o dopo sforzo 88.77.2	69	15	56	135
Colonscopia totale con endoscopia flessibile 45.23	78	17	69	137
Esofagogastroduodenoscopia 45.13	55	17	80	99
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 45.16	27	8	69	95
Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile 45.24	n.p.	np	np	np
Elettrocardiogramma dinamico (Holter) 89.50	58	10	42	39
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile 89.41	51	23	37	43
Elettrocardiogramma 89.52	35	8	52	93
Esame audiometrico tonale 95.41.1	50	13	65	126
Spirometria semplice 89.37.1	48	6	22	43
Spirometria globale 89.37.2	40	11	28	33
Elettromiografia 93.08.(EMG) fino a 6 muscoli	60	19	68	160
Fondo oculare 95.11	78	np	np	np

L'Analisi Swot.

Punti di forza	Punti di debolezza
- Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo gli indirizzi della Regione. - Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: - Efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti, gare consorziate, nuovo codice appalti); - Efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - Razionalizzazione della spesa per il personale, e della razionale riorganizzazione aziendale. - Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale secondo il DCA n° 65/2020 e s.m.i. - Piena consapevolezza della Dirigenza sulla necessità della riorganizzazione dei servizi. - Forte motivazione alla partecipazione a progetti interdisciplinari. - Sblocco parziale del turnover per il personale. - Possibilità di acquisire personale libero-professionale e cubano. - Recente adozione dell'atto aziendale ASP da parte del Direttore Generale secondo nuove linee guida regionali. - Implementazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza con avvio di sistemi informatizzati per la pubblicazione dei dati, monitoraggio e le segnalazioni wb.	- Dotazione organica carente e non adeguata ai requisiti minimi organizzativi previsti; - Resistenza al cambiamento da parte delle risorse umane. - Mobilità passiva extraregionale ed intra ancora alta; - Sistema aziendale informativo ed informatico non ancora adeguato alle esigenze aziendali ed implementazione della contabilità analitica soggetta al nuovo sistema informativo regionale (SEC-SISR). - Tempi ristretti per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione definiti e ridefiniti con il piano di rientro. - Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio che rallentano il cambiamento. - Incompleto e/o lento adeguamento delle attrezzature informatiche e sanitarie alle esigenze emergenti. - Lenta adesione delle strutture alla normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 33/2013. - Indicatori di attività non sempre in linea con bmk. - Difficoltà nel reperire professionalità mediche adeguate alle esigenze operative ed organizzative. - Ritardo nell'attuazione e realizzazione della rete territoriale secondo il DCA 197/2023 - Difficoltà nella completa realizzazione della rete ospedaliera.
Opportunità	Minacce
- Crescita professionale e culturale degli operatori attraverso la partecipazione a progetti multidisciplinari e ad eventi formativi mirati all'acquisizione di nuove metodologie e strumenti di lavoro; - Le azioni mirate alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, inerenti misure di miglioramento. - Adozione nuovo atto aziendale innovazione organizzativa; - Miglioramento della performance e della qualità dell'offerta sanitaria; - Sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali (PDTA) coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; - Innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione. - Implementazione regionale del sistema informativo SEC-SISR. - Obblighi all'adeguamento normativo per provvedimenti nazionali e regionali, e divisione azioni con il Dipartimento Sanità e la Struttura Commissariale, quali l'attuazione dei PAC per la certificazione dei bilanci. - Implementazione del sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Legge 190/2012. - Implementazione del sistema di gestione della privacy; - Disponibilità fondi PNRR per innovazione.	- Depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale per mancata condivisione degli impegni aziendali da parte di ciascun operatore; - Mancata attuazione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale per scarsa compliance operatori. - Resistenze delle categorie portatrici di interesse agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. - Mancata o insufficiente attività di formazione degli Operatori allo svolgimento di nuove attività e prestazioni; - Lentezza della innovazione tecnologica; - Esposizione a comportamenti poco trasparenti a rischio corruzione, derivanti da condizionamenti esterni e/o interni. - Non completa adesione da alcuni alla implementazione dell'attività di mappatura del rischio ed individuazione relative misure di cui la Legge 190/2012. - Riduzione quote offerta sanitaria pubblica a vantaggio dei privati accreditati. - Carenza di risorse economiche ed investimenti adeguati da parte del livello regionale per l'adeguamento della rete ospedaliera al nuovo DCA di Organizzazione della Rete Ospedaliera. - Difficoltà al recupero di Mobilità passiva extraregionale;

2.1.2. Linee Programmatiche ASP

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

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

Obiettivi Strategici Aziendali per l'anno 2025

Anche per il 2025 gli obiettivi aziendali tengono conto delle indicazioni impartite alle Pubbliche Amministrazioni, tramite le leggi finanziarie e le indicazioni ricevute dalla Regione Calabria che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio, che nella presente si riferisce all'arco temporale del triennio ed il contenimento di alcune voci di spesa ed in particolare:

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

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

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

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

- Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori.
- Garantire la completezza, tempestività e qualità dei dati e delle informazioni necessarie per orientare la programmazione strategica aziendale, e garantire il debito informativo aziendale alle istituzioni richiedenti.
- Razionalizzazione e monitoraggio della spesa;
- Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure in generale e delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia, in particolare.
- Favorire lo sviluppo di una riorganizzazione delle reti assistenziali per intensità di cure.
- Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia (come definite dal livello regionale) attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.
- Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti e revisione prezzi di acquisto).
- Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico).
- Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;
- Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;

- Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti, con rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare di quelle ambulatoriali, attraverso l'ottimizzazione dei processi non solo in ottica aziendale, ma anche in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area, nonostante la riduzione delle risorse, ma senza incidere sui servizi ai cittadini.
- Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale, sia fuori Regione che all'interno della stessa Regione Calabria.
- Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DCA n°88 del 23/05/2019 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
- Utilizzo di risorse vincolate;
- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria mediante la realizzazione dell'“Integrazione Ospedale-Territorio”.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
- Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, anche attraverso la somministrazione di questionari predisposti.
- Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione delle Aree funzionali, integrati con le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.
- Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della A.S.P.
- Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;
- Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT che sia sempre più integrato con il Piano delle Performance.
- Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette a rendere efficiente la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.
- Adesione al piano di accelerazione ed efficientamento del fascicolo sanitario a seguito della messa a disposizione da parte della Regione delle infrastrutture e delle banche dati.
- Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali, pur in presenza di una riduzione complessiva delle risorse.
- Monitoraggio degli eventi sentinella.
- Razionalizzazione della libera professione intramoenia secondo i dettami e le disposizioni nazionali e regionali, nei rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.

- Mantenimento dei volumi complessivi di attività nel settore dell'integrazione socio-sanitaria, pur in presenza di una complessiva riduzione delle risorse, potenziando in particolare le cure domiciliari, le cure palliative ed il controllo di appropriatezza dell'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- Modulazione delle autorizzazioni dei tirocini, la cui quota è definita ai sensi e per gli effetti del D.M. n.142/1998, secondo la seguente ripartizione, per come disposto con nota prot. n° 8193 del 20/01/2023:
 - 20% quota riservata alle Associazioni/Enti Accreditati presso la Regione Calabria per corsi OSS/OSSS/Altro
 - 80% quota riservata alle Università/Scuole di Specializzazione/Altro
- Realizzazione "Progetto Cuore" relativo ad una indagine di popolazione a carattere nazionale "Health Examination Survey – Progetto Cuore" di cui al Decreto Dirigenziale n° 13218 del 27/10/2022 di adesione della Regione Calabria.

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

Obiettivi Aziendali del Direttore Generale

Gli obiettivi individuati nel corso dell'anno 2023 sono stati assegnati al Direttore Generale dal livello regionale con DCA n° 256/2023, e sono da ritenersi ancora validi e da perseguire per l'anno 2025 in quanto obiettivi di medio-lungo periodo e per continuità amministrativa fino ad aggiornamento degli stessi con successivo DCA. Ciò anche ai fini della valutazione dei Dirigenti, in quanto il raggiungimento degli stessi è condizione propedeutica all'avvio della misurazione e successiva valutazione della performance organizzativa per le singole strutture interessate.

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

Strumenti Gestionali e le Azioni Intraprese

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

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

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

- Reingegnerizzazione di alcuni processi aziendali;
- Efficientamento;

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

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

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

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

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

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

2.1.3. Transizione al Digitale ASP

Strategia per la trasformazione digitale nella PA

La struttura istituzionale regionale attualmente in vigore prevede un assetto così composto:

- Struttura Commissariale:** la struttura subentra temporaneamente alle funzioni e ai poteri di alcuni organi regionali, in particolare quelli afferenti al sistema sanitario.
 - **Il Commissario ad acta**, nominato all'interno della struttura, assume la responsabilità di:
 - Gestire il Sistema Sanitario Regionale;
 - Predisporre il Piano di rientro dai disavanzi;
 - Garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Dipartimento Salute e Welfare:** rappresenta l'organo tecnico-amministrativo della Giunta Regionale, responsabile dell'attuazione delle politiche sanitarie regionali.
- A livello dei sistemi informativi **il Dipartimento Transizione Digitale ed Attività Strategiche** è la struttura istituita con l'obiettivo di guidare e promuovere la trasformazione digitale della regione.

Il Dipartimento rappresenta un punto di riferimento per la trasformazione digitale di tutto l'ecosistema regionale.

- d. La Legge Regionale n. 32 del 15 dicembre 2021 istituisce **l'Azienda Zero** in Calabria, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Sistema Sanitario Regionale. La sua funzione principale è quella di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Azienda Zero è un ente di governance del Servizio Sanitario Regionale (SSR) calabrese.

Azienda Zero e il Dipartimento Transizione Digitale ed Attività Strategiche operano coerentemente con i principi, le linee guida e la normativa nazionale ed europea ed in particolare nel contesto del Piano Triennale per l'Informatica 2024-2026 di AGID. In tale contesto, accolgono pienamente tali sfide con l'intento di perseguire una maggiore omogeneizzazione dei modelli di digitalizzazione della Sanità così come illustrato nel Piano Triennale per la Sanità Digitale 2024-2026.

Per dar seguito agli Obiettivi di Policy (OP) individuati a livello europeo grazie alla Politica di Coesione 2021 – 2027, la Regione Calabria si è dotata di un Documento di Indirizzo Strategico Regionale (DISR).

Le linee di indirizzo sono declinate per ciascuno dei cinque OP della programmazione 2021 – 2027: Con riferimento al tema della digitalizzazione, ricompreso all'interno dell'OP1, il DISR individua due linee prioritarie da sviluppare:

- la prima, trasversale, riguarda la creazione di infrastrutture tecnologiche adeguate ed abilitanti, il valore dei dati per lo sviluppo del digitale e l'importanza delle risorse umane nei processi di innovazione;
- la seconda, verticale, viene declinata in ambiti tematici prioritari di competitività dei sistemi d'impresa, quali manifattura, agrifood, infrastrutture e mobilità, promozione turistica, patrimonio culturale, Pubblica Amministrazione, sanità, servizi sociali, smart communities, capitale umano e competenze digitali.

La Regione Calabria, in coerenza con il contesto delineato dai principi strategici comunitari e nazionali, ha dedicato una sezione specifica riguardante l'Agenda Digitale all'interno del documento "Strategia di specializzazione intelligente per la ricerca e l'innovazione della Regione Calabria" (Relazione di Autovalutazione sulla Condizione Abilitante Buona Governance della S3 Calabria, 2021 – 2027) che definisce gli indirizzi per uno sviluppo intelligente, sostenibile e inclusivo della regione. Secondo il Regolamento recante le Disposizioni Comuni (RDC) applicabili ai fondi della politica di coesione 2021 – 2027, una buona governance delle RIS3 (Strategie di innovazione nazionali o regionali per la specializzazione intelligente) risulta quale condizione abilitante per l'attuazione degli interventi finanziati nell'ambito dell'OP1.

Mediante l'Accordo per lo sviluppo e la coesione tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Regione Calabria sono state programmate le risorse del FSC 2021-2027, prevedendo un'apposita linea di azione dedicata agli interventi di digitalizzazione.

- **PRGLA.** Piano Regionale per la Gestione delle Liste di Attesa DCA n. 13 del 25/02/2022.
- **DCA n. 13 del 25/02/2022,** Decreto del Commissario ad Acta per l'approvazione del Piano Operativo per il recupero delle liste d'attesa - ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279 - e della tabella allegata riportante la ripartizione delle risorse assegnate, e da erogare con successivi atti, alle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere.

- **DCA n. 190 del 15/12/2022**, direttiva sui Flussi Informativi Sanitari: Approvazione “Linee Guida per la gestione dei flussi sanitari” e “Mappa dei flussi sanitari – ruoli e competenze”, che definisce i riferimenti normativi, le tempistiche e le modalità di invio dei flussi sanitari al fine del rispetto degli adempimenti LEA.
- **DGR N°. 413 DEL 01/09/2022**: Approvazione linee guida per la crescita digitale della Regione Calabria 2022 – 2025.
- **DGR N°. 784 DEL 28/12/2023**: Approvazione Piano Strategico di Cybersecurity 2024 – 2027.
- **Decreto Dirigenziale N°. 4572 del 29/03/2023**: Strategia cyber per la Regione Calabria, atta a rafforzare la sicurezza informatica dei suoi sistemi e infrastrutture critiche. La strategia si concentra su quattro aree chiave.
- **Decreto Dirigenziale N°. 9269 DEL 29/06/2023**: Rafforzamento della Cybersicurezza e della Data Protection dei sistemi e dei processi connessi all’erogazione dei servizi della Regione Calabria alle ASP e AO regionali, che prevede azioni di rafforzamento/miglioramento su specifiche aree e/o processi.
- **Decreto Dirigenziale N°. 11301 DEL 03/08/2023**: Approvazione Piano Triennale per la transizione digitale 2022-2024 della Regione Calabria.
- **DGR N°. 231 DEL 30/06/2023**: Decreto a contrarre per la realizzazione del progetto “SEC-SISR-AP: attività, gestione e migrazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale tramite adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN)” in Adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN) CIG derivato 9066973ECE e CUPJ66G23000050002. Approvazione Progetto del Piano dei Fabbisogni e schema di Contratto di Utenza. Nomina Rup e Dec.
- **DCA n. 93 del 24/03/2023**, Progetto SEC-SISR-AP: avvio iter procedurale per la prosecuzione delle attività e gestione del Sistema Informativo Sanitario Regionale tramite adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN).
- **Decreto Dirigenziale N°. 5356 DEL 18/04/2024**: Risorse per l’investimento missione PNRR/ M6 - Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza/Missione 6 Salute, Componente C1 - Reti di prossimità, strutture e Telemedicina, per l’assistenza sanitaria territoriale, Investimento: M6C1/1.2. “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” – Sub-investimento M6C1/1.2.1 “Assistenza Domiciliare” – Accertamento/Impegno annualità 2024 - Assegnazione quota del 50% in favore delle Aziende Sanitarie Provinciali del SSR.

Il Piano della Triennale per la Sanità Digitale della Regione Calabria rappresenta lo sforzo per armonizzare e indirizzare le iniziative della Regione verso la digitalizzazione dei sistemi informativi per la Sanità in risposta anche ai cambiamenti socio-economici, ai trend nazionali e internazionali e alle nuove tecnologie. Questo impegno è in linea con le direttive nazionali dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) e si basa su una visione strategica volta a promuovere l'efficienza, la trasparenza e l'accessibilità dei servizi pubblici. Il Piano Triennale per la Sanità Digitale mira, di fatto, a delineare obiettivi chiave e strategie concrete per il futuro. Per raggiungere tali obiettivi, l'Amministrazione si è dotata di una metodologia che ha previsto prima la raccolta di informazioni sulle diverse iniziative sui sistemi informativi sanitari nel tempo succedutesi e una sintesi dei gap e delle evoluzioni attraverso le quali realizzare gli obiettivi delle aree di interesse strategico su cui lavorare per il futuro.

La metodologia adottata per la definizione del Piano Triennale per la Sanità Digitale si è basata su quattro step differenti con lo scopo di identificare gli obiettivi collegati alle aree chiave strategiche del SSR quali: area Prevenzione, area Ospedaliera, area Territoriale, area di Governo e area Economico-Finanziaria. Inoltre, è stata individuata un'area Trasversale per tutti quei sistemi informativi che supportano tutte le aree precedenti. In tal modo, le aree strategiche hanno permesso di raggruppare omogeneamente i sistemi, al fine di condurre le successive analisi.

La mappatura dei sistemi informativi dell'ecosistema sanitario della Regione Calabria è stata effettuata tramite una approfondita analisi desk della documentazione a disposizione dell'Amministrazione, integrata, dove opportuno, con interviste di convalida e approfondimento delle risultanze emerse.

La Regione Calabria ha avviato un significativo percorso verso la digitalizzazione dei processi nel mondo della Sanità con il progetto **SISR - Sistema Informativo Sanitario Regionale**, punto di partenza per la centralizzazione a livello regionale dei principali processi di governo della Sanità. Si è dato così un forte impulso verso l'omogeneizzazione dei diversi processi interni sia all'amministrazione regionale che delle singole AdSSR.

Il SISR è il sistema principale frutto dello sforzo di centralizzazione e omogeneizzazione dei processi di governo sanitario (ad esclusione delle aree cliniche) e si compone di moduli trasversali divisi essenzialmente in una parte amministrativa per le AdSSR (contabilità integrata, risorse umane, gestione documentale, acquisti e magazzino), sia una parte prettamente gestionale quale ad esempio la gestione centralizzata dei sanitari, la gestione della medicina di base, i servizi per le farmacie, e i registri di patologia. Elemento centrale del SISR è la centralizzazione delle anagrafi quali quella degli assistiti, delle strutture sanitarie, del registro vaccinazioni e della zootecnia.

Questa iniziativa è stata integrata nel tempo dalle altre progettualità che, gravitando intorno al SISR, hanno contribuito a consolidare la gestione della maggior parte delle aree della sanità, concentrandosi in particolare sulle componenti: Sovracup, 118 Emergenza Territorio, NUE, Covid – Sistema Rendicontazione Contagi, ECS – Ecosistema Calabria Sanità, Assistenza Domiciliare e Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'obiettivo strategico della Regione è quello di continuare sul percorso di centralizzazione ed evoluzione dei sistemi informativi sanitari, costituendo un Ecosistema Informativo Sanitario che traguardi l'omogeneizzazione delle funzioni, dei processi e dei dati attraverso la digitalizzazione. In particolare, in coerenza e continuità con le aree tematiche utilizzate per l'assessment iniziale condotto per il presente Piano, sono state individuate le seguenti Aree Strategiche di Intervento (ASI): - Area Prevenzione - Area Ospedaliera - Area Territoriale - Area di Governo ed Economico-Finanziaria - Aree Trasversali.

Oltre agli obiettivi, il Piano per la Sanità Digitale introduce inoltre una serie di innovazioni nell'attuale ecosistema sanitario della Regione e in particolare:

1. La centralizzazione regionale dei sistemi clinici in linea con le esperienze già di altre regioni.
 2. L'introduzione pervasiva della interoperabilità FHIR che, a tendere, dovrà rappresentare la principale modalità di scambio informativo fra i sistemi clinici e in linea con l'evoluzione a livello nazionale e in particolare nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico.
 3. Una spinta verso i sistemi di prevenzione quale anello di congiunzione fra Ospedale e Territorio e in prospettiva quale collante per le politiche OneHealth.
 4. La predisposizione ai futuri progetti di Artificial Intelligence che dovranno necessariamente evolversi con i cambiamenti della normativa italiana ed europea.
 5. La evoluzione e migrazione di tutti i sistemi in ottica cloud.
 6. L'introduzione dei principi della cybersecurity by design nella progettazione dei sistemi informativi.
- Si è detto inoltre che la strategia di promozione della nuova Sanità non può non tener conto degli orientamenti, dei principi e delle indicazioni del PNRR.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ambiti di innovazione

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

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

Le azioni previste

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

- **Infrastrutture**
L'obiettivo dell'ASP di Cosenza è aumentare la sicurezza, conformemente al Regolamento Cloud ed alle Determinazioni di AgID e ACN, ridurre il costo delle infrastrutture tecnologiche e migliorare la qualità dei servizi. Rientrano all'interno di questo ambito le azioni di:
 - ✓ Realizzazione dell'ASP Cloud facendo affidamento su Cloud Service Provider Qualificati;
 - ✓ Il potenziamento delle soluzioni di Data Center locali a supporto della creazione di un sistema di dati ridondato e sincronizzato
 - ✓ L'aggiornamento del Piano di Disaster recovery e l'adozione di sistemi per preservare la Business Continuity;

- ✓ L'ampliamento e adeguamento della Connettività a banda larga tra sedi e uffici dell'ASP e tra queste e le singole strutture di erogazione;
- ✓ Evoluzione, gestione e manutenzione dei servizi IT, indirizzati al governo dei sistemi client "Postazioni di Lavoro - PDL" anche mediante adozione di piattaforme di Security di tipologia premium atte a proteggere l'intera organizzazione da una gamma completa di sofisticate minacce informatiche, dalla sicurezza degli endpoint convenzionali, alle soluzioni single-agent per endpoint ed e-mail fisici, virtuali, mobili e basati su cloud
- ✓ Potenziamento e diffusione dei servizi Wifi pubblici e gratuiti negli uffici dell'azienda, presso gli ospedali, nelle postazioni di continuità assistenziale, nelle USCA ed in generale presso le strutture di erogazione presenti sul territorio provinciale

- **Interoperabilità**

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

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

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

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

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

- **Dati PA**

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

- ✓ Regolamentare e disciplinare, secondo le disposizioni del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale) con particolare riferimento all'art.52, e della normativa vigente, nell'ambito dei dati in possesso del dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza l'individuazione dei dati esclusi dalla pubblicazione, la pubblicazione e l'esercizio della facoltà di accesso telematico ai dati pubblici è il riutilizzo dei dati pubblici;
- ✓ Rispettare in seno al processo di pubblicazione e condivisione dei dati specifici la Deliberazione n. 86 della seduta del 05/03/2022 della Giunta Regionale avente ad oggetto: Definizione modello regionale open data. Approvazione linee guida.
- ✓ Realizzare il Catalogo dei Dati Sanitari attraverso la loro individuazione, analisi, pubblicazione e diffusione e sistemi usabili e accessibili per far sì che studiosi, cittadini, assistiti possano accedervi senza soluzione di continuità e tramite applicazioni web.
- **Piattaforme e strumenti per la generazione e la diffusione di Servizi Digitali**
L'obiettivo è l'evoluzione e l'implementazione di piattaforme per la realizzazione e la diffusione di servizi digitali. Rientrano all'interno di tale specifico ambito:
 - ✓ L'adeguamento o integrazione dei Sistemi informativi al fine di poter accedere ai servizi online dell'Azienda Sanitaria con un'unica identità digitale, avvalendosi della piattaforma SPID della Regione Calabria;
 - ✓ L'Adeguamento o integrazione dei Sistemi informativi al fine di poter consentire il pagamento elettronico dei servizi in modo sicuro e affidabile, semplice e in totale trasparenza, avvalendosi della PagoPA della Regione Calabria;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma di Conservazione dei documenti informatici;
 - ✓ L'evoluzione del sistema di prenotazione online delle prestazioni sanitarie erogate dell'Azienda - CUP Web e l'istituzione di un portale di accesso e di una applicazione mobile per l'analisi dei dati legati alle liste di attesa ed ai percorsi di cura
 - ✓ Evoluzione del Software per la gestione delle attività di:
 - Pronto Soccorso;
 - Continuità Assistenziale;
 - Medicina Territoriale;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma software per la gestione dell'attività del blocco operatorio;
 - ✓ La realizzazione della Piattaforma software integrata e completa per l'automazione informatica di tutti i Laboratori Analisi chimico - cliniche dell'Azienda, al fine di realizzare il Laboratorio Logico Unico – LUL ivi inclusi i connettori per l'esposizione dei referti su Cartelle e Fascicoli Sanitari;
 - ✓ La realizzazione di un sistema software per la gestione dei laboratori di anatomia patologica ivi inclusi i connettori per l'esposizione dei referti su Cartelle e Fascicoli Sanitari;
 - ✓ Realizzazione di una Piattaforma per la pianificazione la registrazione e la valutazione dell'attività di specialistica ambulatoriale ovvero per l'informatizzazione dei piani diagnostici terapeutici ed assistenziali riferiti alle cronicità;
 - ✓ Evoluzione del Sistema informativo per gestione delle campagne di screening Oncologico e di un sistema di notifiche push verso l'utenza obiettivo e servita mediante canale Applo;
 - ✓ Realizzazione di Piattaforma software per la gestione del servizio relativo agli adempimenti derivanti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
 - ✓ Adozione della Piattaforma software per la gestione della cartella clinica elettronica;
 - ✓ Adozione del Sistema Informativo Sanitario Regionale – SISR;

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

Governance, organizzazione e modalità di attuazione

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

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

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

La responsabilità e il coordinamento dell'attuazione della presente strategia sul digitale dell'Azienda Sanitaria verrà attuata in coerenza con gli strumenti strategici europei, nazionali e regionali e in particolare con:

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

- Il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2021 – 2023.

L'ASP per la realizzazione delle azioni sopra individuate si muoverà in ordine di priorità, di acquisita disponibilità economica, di tempi di esecuzione e in funzione delle interdipendenze delle medesime azioni.

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

Attrezzature e PNRR

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

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

Altri investimenti in attrezzature sono previsti con fondi di bilancio.

Nell'ambito del Piano degli investimenti per il triennio 2025-2027, sono previsti interventi di adeguamento funzionale e impiantistico presso il P.O. di Castrovillari, di Corigliano, di Rossano, di Cariati, di Trebisacce, di Paola, di Aciri, di San Giovanni in Fiore, di Praia a mare, nonché presso il poliambulatorio di Rende, di Cassano all'Ionio, di Amantea e di San Marco Argentano, per un importo complessivo da fondi PNRR pari ad euro 875.000.

Attualmente sono stati programmati interventi e lavori di adeguamento funzionale di varie strutture, realizzazione di Case di Comunità e presa in carico della persona, Ospedali di Comunità (Rafforzamento dell'assistenza sanitaria e delle sue strutture) per un importo totale di euro 59.372.034,26; inoltre si prevedono la realizzazione di centrali operative territoriali - Device, ed

ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA di I° e II° livello) per un importo complessivo pari ad euro 13.877.001.

Monitoraggio antiriciclaggio e fondi PNRR

Al fine di dare attuazione alle previsioni del citato art. 10 del decreto antiriciclaggio, in linea con quanto stabilito dall'art. 11 del predetto provvedimento della UIF del 23 aprile 2018, le Pubbliche amministrazioni **individuano il c.d. gestore antiriciclaggio**, incaricato di valutare l'eventuale ricorrenza di sospetti di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da comunicare alla UIF, rischio incrementato dalla gestione dei Fondi PNRR.

L'ASP di Cosenza con delibera n°997 del 16 giugno 2022 ha individuato il gestore dell'antiriciclaggio. Il gestore riceve e analizza le informazioni ricevute dagli addetti agli uffici pubblici e concernenti eventuali anomalie intercettate nelle operazioni e nei comportamenti riferibili ai soggetti con i quali si relazionano, valutando l'opportunità di trasmettere alla UIF una comunicazione di operazione sospetta. Il gestore si iscrive al portale Infostat-UIF e utilizza tale canale per le successive interlocuzioni con l'Unità, assicurando la tempestività delle comunicazioni, la massima riservatezza e la pronta ricostruibilità delle motivazioni alla base delle decisioni assunte.. Le Amministrazioni possono individuare il gestore antiriciclaggio nell'ambito della funzione di controllo prevista ai fini dello stesso PNRR. I presupposti per l'individuazione delle operazioni sospette si ricavano dall'art. 35 del decreto antiriciclaggio; gli uffici pubblici effettuano dunque la comunicazione alla UIF "quando sanno, sospettano o hanno motivi ragionevoli per sospettare che siano in corso o che siano state compiute o tentate operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo o che comunque i fondi, indipendentemente dalla loro entità, provengano da attività criminosa". Rileva, in tale contesto, anche il sospetto che il soggetto con cui l'amministrazione si relaziona risulti coinvolto in attività illecite o possa sfruttare per scopi illeciti il rapporto con la Pubblica amministrazione o i fondi rivenienti dal PNRR.

2.1.4 Programmazione delle attività anni 2025-2027

Nelle tabelle di seguito si riporta il valore della produzione derivante dall'incremento delle attività che l'Azienda Sanitaria di Cosenza intende mettere in atto in conseguenza del potenziamento di alcune strutture aziendali quali, le sale operatorie, l'emodinamica con le Cardiologie, derivanti dagli interventi di potenziamento di tali strutture. Nel piano elaborato inoltre si prevedono le aperture di strutture già previste quali il reparto di Ortopedia di Castrovillari, la Medicina generale di Trebisacce, la Lungodegenza di Praia a mare, già previste per l'anno 2024 ma non ancora attivate per le criticità relative alla carenza di personale; sono previste inoltre la riapertura per il 2025, dei reparti di chirurgia di Trebisacce e Praia a mare, di cui le attività mirate alla ristrutturazione sono già in corso; infine è stato previsto un incremento delle attività programmate, in conseguenza del potenziamento dei servizi di supporto derivante dal piano di investimenti predisposto.

VALORE PRODUZIONE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE					
	Valore ricoveri	Proiezione attività			
180006 - Spoke Castrovillari	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027

180006-00-08-01-cardiologia 01	4.273.603,00	4.530.019,18	4.700.963,30	5.171.059,63	5.688.165,59
180006-00-09-01-chirurgia generale 01	1.766.737,00	1.872.741,22	1.943.410,70	2.332.092,84	2.565.302,12
180006-00-26-01-medicina generale 01	1.811.835,00	1.920.545,10	1.993.018,50	2.192.320,35	2.411.552,39
180006-00-31-01-nido 01	186.043,00	197.205,58	204.647,30	225.112,03	247.623,23
180006-00-36-01-ortopedia e traum. 01	-	-	2.000.000,00	2.200.000,00	2.420.000,00
180006-00-37-01-ostetricia e ginecol 01	898.574,00	952.488,44	988.431,40	1.087.274,54	1.196.001,99
180006-00-39-01-pediatria 01	553.939,00	587.175,34	609.332,90	670.266,19	737.292,81
180006-00-49-01-terapia intensiva 01	342.205,00	362.737,30	376.425,50	414.068,05	455.474,86
180006-00-50-01-unità coronarica 01	489.339,00	518.699,34	538.272,90	592.100,19	651.310,21
180006-00-68-01-pneumologia 01	1.554.117,00	1.647.364,02	1.709.528,70	1.880.481,57	2.068.529,73
180006-00-71-01-reumatologia 01	339.195,00	359.546,70	373.114,50	410.425,95	451.468,55
180006 - Spoke Castrovillari Totale	12.215.587,00	12.948.522,22	15.437.145,70	17.175.201,34	18.892.721,47
180010 - Spoke Rossano - Corigliano	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180010-01-09-02-chirurgia generale 02	3.466,00	3.673,96	3.812,60	4.193,86	4.613,25
180010-01-26-01-medicina generale 01	2.418.564,00	2.563.677,84	2.660.420,40	2.926.462,44	3.219.108,68
180010-01-31-01-nido 01	910.800,00	965.448,00	1.001.880,00	1.102.068,00	1.212.274,80
180010-01-32-01-neurologia 01	663.092,00	702.877,52	729.401,20	802.341,32	882.575,45
180010-01-37-01-ostetricia e ginec 01	1.528.389,00	1.620.092,34	1.681.227,90	1.849.350,69	2.034.285,76
180010-01-39-01-pediatria 01	684.228,00	725.281,68	752.650,80	827.915,88	910.707,47
180010-01-40-01-psichiatria 01	255.405,00	270.729,30	280.945,50	309.040,05	339.944,06
180010-01-43-01-urolologia 01	27.618,00	29.275,08	30.379,80	33.417,78	36.759,56
180010-02-08-01-cardiologia 01	502.329,00	532.468,74	552.561,90	663.074,28	729.381,71
180010-02-09-01-chirurgia generale 01	3.581.941,00	3.796.857,46	3.940.135,10	4.334.148,61	4.767.563,47
180010-02-26-02-medicina generale 02	1.124.947,00	1.192.443,82	1.237.441,70	1.361.185,87	1.497.304,46
180010-02-29-01-nefrologia 01	782.687,00	829.648,22	860.955,70	947.051,27	1.041.756,40
180010-02-36-01-ortopedia e trauma 01	1.970.688,00	2.088.929,28	2.167.756,80	2.601.308,16	2.861.438,98
180010-02-38-02-otorinolaringoiatria 02	33.112,00	35.098,72	36.423,20	40.065,52	44.072,07
180010-02-49-01-terapia intensiva 01	574.683,00	609.163,98	632.151,30	695.366,43	764.903,07
180010-02-50-01-unità coronarica 01	927.256,00	982.891,36	1.019.981,60	1.121.979,76	1.234.177,74
180010-02-51-02-astanteria 02	84.113,00	89.159,78	92.524,30	101.776,73	111.954,40
180010-02-64-01-oncologia 01	1.822,00	1.931,32	2.004,20	2.204,62	2.425,08
180010 - Spoke Rossano - Corigliano Totale	16.075.140,00	17.039.648,40	17.682.654,00	19.722.951,27	21.695.246,40
180012 - ospedale spoke cetraro-paola	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180012-01-02-01-day hospital 01	1.615,00	1.711,90	1.776,50	1.954,15	2.149,57
180012-01-08-01-cardiologia 01	60.482,00	64.110,92	66.530,20	73.183,22	80.501,54
180012-01-26-01-medicina generale 01	520.822,00	552.071,32	572.904,20	630.194,62	693.214,08
180012-01-26-03-medicina generale 03	126.937,00	134.553,22	139.630,70	153.593,77	168.953,15
180012-01-34-01-oculistica 01	186.991,00	198.210,46	205.690,10	226.259,11	248.885,02
180012-01-37-01-ostetricia e ginecol 01	378.865,00	401.596,90	416.751,50	1.000.000,00	1.100.000,00

180012-01-39-01-pediatria 01	889.171,00	942.521,26	978.088,10	1.271.514,53	1.398.665,98
180012-01-40-01-psichiatria 01	214.272,00	227.128,32	235.699,20	259.269,12	285.196,03
180012-01-43-01-urolologia 01	73.506,00	77.916,36	80.856,60	88.942,26	97.836,49
180012-01-49-01-terapia intensiva 01	750.045,00	795.047,70	825.049,50	907.554,45	998.309,90
180012-01-60-01-lungodegenti 01	149.133,60	158.081,62	164.046,96	180.451,66	198.496,82
180012-01-68-01-pneumologia 01	3.230,00	3.423,80	3.553,00	3.908,30	4.299,13
180012-02-08-02-cardiologia 02	1.301.547,00	1.379.639,82	1.431.701,70	1.718.042,04	1.889.846,24
180012-02-09-02-chirurgia generale 02	2.519.996,00	2.671.195,76	2.771.995,60	3.049.195,16	3.354.114,68
180012-02-26-02-medicina generale 02	3.553.652,00	3.766.871,12	3.909.017,20	4.299.918,92	4.729.910,81
180012-02-36-02-ortopedia e traum. 02	3.546.398,00	3.759.181,88	3.901.037,80	4.291.141,58	4.720.255,74
180012-02-50-02-unità coronarica 02	1.251.992,00	1.327.111,52	1.377.191,20	1.514.910,32	1.666.401,35
180012-02-64-02-oncologia 02	1.407,00	1.491,42	1.547,70	1.702,47	1.872,72
180012 - Spoke Cetraro-Paola Totale	15.530.061,60	16.461.865,30	17.083.067,76	19.671.735,68	21.638.909,24
180011 - Ospedale Acri	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180011-00-26-01-medicina generale 01	1.939.032,00	2.055.373,92	2.132.935,20	2.346.228,72	2.580.851,59
180011-00-37-01-ostetricia e ginecol 01	17.028,00	18.049,68	18.730,80	20.603,88	22.664,27
180011 - Ospedale Acri Totale	1.956.060,00	2.073.423,60	2.151.666,00	2.366.832,60	2.603.515,86
180015 - Ospedale SGF	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180015-00-09-01-chirurgia generale 01	27.101,00	28.727,06	29.811,10	32.792,21	36.071,43
180015-00-26-01-medicina generale 01	713.794,00	756.621,64	785.173,40	863.690,74	950.059,81
180015 - Ospedale SGF Totale	740.895,00	785.348,70	814.984,50	896.482,95	986.131,25
180008 - Ospedale Praia a mare	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180008-00-60-01-lungodegenti 01			350.000,00	385.000,00	423.500,00
180008-00-26-01-medicina generale 01	869.234,00	921.388,04	956.157,40	1.051.773,14	1.156.950,45
180008-00-09-01-chirurgia generale 01				1.000.000,00	1.100.000,00
180008 - Ospedale Praia a mare Totale	869.234,00	921.388,04	1.306.157,40	2.436.773,14	2.680.450,45
180016 - Ospedale Trebisacce	totale 2023	totale 2024	totale 2025	totale 2026	totale 2027
180016-00-60-01-lungodegenti 01	310.618,00	329.255,08	341.679,80	375.847,78	413.432,56
180016-00-26-01-Medicina generale 01			900.000,00	990.000,00	1.089.000,00
180016-00-09-01-chirurgia generale 01				1.000.000,00	1.100.000,00
180016 - Ospedale Trebisacce Totale	310.618,00	329.255,08	1.241.679,80	2.365.847,78	2.602.432,56
TOTALE COMPLESSIVO	47.697.595,60	50.559.451,34	55.717.355,16	64.635.824,76	71.099.407,23

Alcune attivazioni previste per l'anno 2024 purtroppo non si sono realizzate per la carenza delle necessarie figure specialistiche, e gli obiettivi relativi vengono riproposti nel corso del 2025.

Di seguito si riporta la tabella con la previsione dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica per immagini, di laboratorio di analisi e di medicina fisica e riabilitativa, calcolato secondo i parametri di prestazioni standard per abitante, quale fabbisogno complessivo dell'intera provincia su cui opera l'ASP di Cosenza.

Tipologia prestazione	fabbisogno teorico	valore teorico
Branca a visita	1.368.724	51.657.281
Diagnostica per immagini	402.566	20.548.834
Laboratorio di analisi	5.568.827	16.717.575
Medicina fisica e riab.	711.200	6.969.645
Totale complessivo	8.051.317	95.893.335

Le prestazioni derivanti dal fabbisogno teorico complessivo calcolato per la popolazione dell'intera provincia rappresentano il target a cui l'ASP di Cosenza mira a raggiungere secondo un piano da concordare con l'Azienda Ospedaliera. Pertanto, confermando per il prossimo anno l'erogazione dei volumi già raggiunti, per il raggiungimento del target definito si procederà di concerto con l'AO a definire modalità e tempi per l'erogazione delle prestazioni previste, tenendo conto dei vincoli finanziari relativi alle strutture private accreditate., finalizzata al raggiungimento dei volumi e valori programmati.

Implementazione del modello organizzativo assistenziale-territoriale

In attesa che entrino in attività le Case della Comunità, si vuole rafforzare il sistema assistenziale pubblico, sul territorio, soprattutto per quanto concerne l'assistenza domiciliare (la Casa come primo luogo di Cura), attraverso l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) (D.L. 34/2020, art. 1 comma 5).

L'introduzione di tale figura professionale ha l'obiettivo di rafforzare, insieme al personale delle strutture contrattualizzate che erogano le prestazioni ADI, il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

Tra l'altro l'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo.

Relativamente all'assistenza domiciliare integrata si prevede, in ottemperanza al DCA 197/2023 un incremento sostanziale di posti da attivare sia gestione diretta sia a gestione esterna entro il 2025 al fine di raggiungere il target stabilito dal suddetto DCA (9,48% degli ultrasessantacinquenni pari a un n. di 15.093).

Per come previsto dal DM 77/2022 la Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel territorio di riferimento.

Con delibera Asp n° 2040 del 27 settembre 2024 è stato attestato il completamento e la piena operatività delle sette Centrali Operative Territoriali di cui al - “PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2 Centrali Operative Territoriali (COT).

La “dimissione protetta” è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell’Asl di appartenenza e dell’Ente locale.

Al fine di rendere operativa tale tipologia di continuità assistenziale l’Asp con delibera n. 1177 del 27 maggio 2024 ha adottato le Linee guida per le dimissioni/ammissioni protette e, pertanto, in linea con quanto fatto fino ad ora l’Azienda anche per l’anno 2025 potenzierà la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, garantendo la continuità assistenziale.

Sono in itinere Progetti sui disturbi del Comportamento Alimentare, con l’istituzione di due ambulatori multidisciplinari dedicati alla gestione dei pazienti affetti da disturbo della nutrizione dell’alimentazione e precisamente presso il CSM di Cosenza ed il P.O. di Cetraro.

2.2.Sottosezione di programmazione - Performance

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

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

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

Il Piano della performance, all’interno del PIAO, è un documento di programmazione triennale per il triennio 2025-2027 ed è oggetto di aggiornamento annuale in relazione a:

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

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2025-2027 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l’erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell’esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all’evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Le indicazioni operative date dall’Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per

l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance redatto per il triennio 2025-2027 tiene conto di tali indicazioni.

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

L'Azienda Sanitaria di Cosenza, persegue lo sviluppo di un sistema sanitario che abbia come riferimento la centralità del cittadino ed il rispetto della dignità dei singoli. Essa svolge un ruolo centrale, finalizzato alla necessità di garantire la salute dei cittadini che risiedono nel territorio provinciale.

L'ASP di Cosenza è organizzata in Dipartimenti (strutturali e funzionali), Strutture Complesse e Strutture Semplici, ed attraverso l'articolazione delle attività territoriali ed ospedaliere si impegna al raggiungimento degli obiettivi aziendali che, anche per il triennio 2025-2027, sono sintetizzati nel presente Piano della Performance.

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

2.2.1. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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

Ambiti di Valutazione:

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

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

Criteri e Scale di valutazione.

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

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

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

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

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

1	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	TEMPI (ENTRO)
Fasi gestionali	1. Pre-consuntivazione			☐		■			Novembre
	2. 1° consuntivazione		■	☐		☐			Dicembre
	3. Condivisione obiettivi regionali di piano con DG	■	☐						Gennaio
	4. 1° proposta di budget			☐		■			Gennaio
	5. 1° valutazione obiettivi di struttura con eventuale rapporto		■	☐		☐			Febbraio
	6. 2° valutazione obiettivi, misurazione e verifica con rapporto			☐				■	Febbraio
	7. Assegnazione obiettivi alle strutture		■	☐					Marzo
	8. Assegnazione obiettivi individuali (non responsabili di struttura)			■	☐				Marzo
	9. 3° valutazione risultati di struttura-certificazione formale finale: budget e risultati			☐				■	Maggio
	10. Pubblicazione sul sito		■						Maggio

	11. Obiettivi regionali	■	□						Giugno
	12. Valutazione individuale su scheda per dirigenza e comparto			■	□			□	Giugno
	13. Valutazione individuale su scheda per Direttori/Responsabili di Struttura***		■		□			□	Giugno
	14. Valutazione certificata DG	■	□						Giugno
Monitoraggio	15. Monitoraggio			□		■			Giugno
	16. Revisione			■		□			Settembre
	17. Integrazione Regione finale	■	□			□			Settembre
	18. Pre-consuntivazione			□		■			Novembre

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

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

* Legenda:

R = Regione;

DG = Direttore Generale;

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

I = Individuo;

CG = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo;

RU = Risorse Umane;

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

OO.SS. = Sindacato o RSU;

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

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

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

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

2.2.2. *Albero della Performance.*

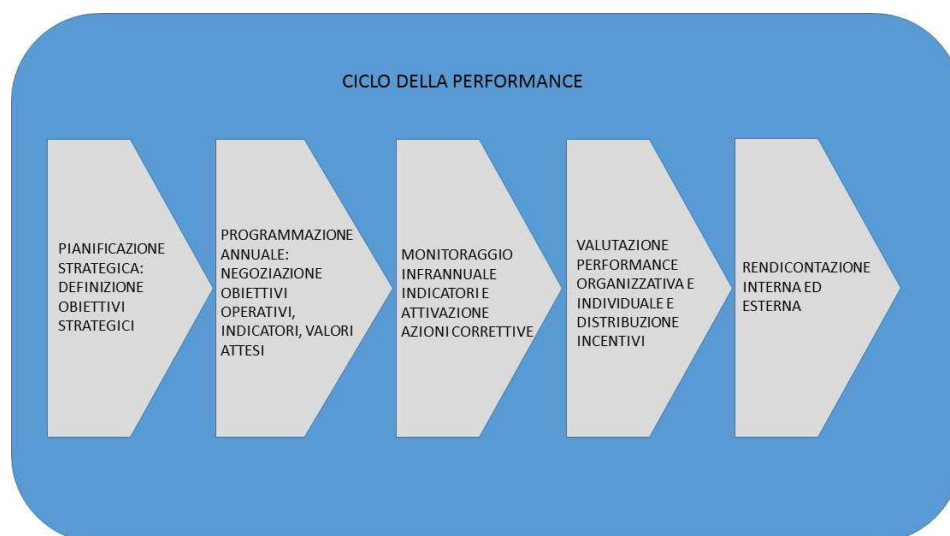
L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami fra mandato istituzionale, *missione*, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.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

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



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





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

- nella mappa strategica, che evidenzia tutti gli obiettivi strategici aziendali, compresi quelli di interesse regionale, i relativi indicatori, la declinazione rispetto alle Strutture coinvolte ed il nominativo dei dirigenti referenti, per la misurazione della performance aziendale;
- nelle schede di budget, predisposte a cura della Struttura Programmazione e Controllo, per la misurazione della performance organizzativa. Le schede di budget sono trasmesse ai Direttori di Struttura Complessa e discusse nel corso degli incontri di negoziazione degli obiettivi di budget.

Definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono sottoscritte dai Direttori di Struttura per presa visione e sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili, e documentati dalla formalizzazione di verbali con la firma in calce dei partecipanti. Analoga procedura è adottata con i Responsabili di Struttura Semplice a valenza dipartimentale. L'assegnazione degli obiettivi di budget viene formalizzata dalla Direzione Strategica.

Collegamento degli obiettivi con le risorse.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio. Gli obiettivi operativi sono definiti ed assegnati sulla base degli obiettivi strategici indicati nella relazione del Direttore Generale in relazione alle risorse disponibili, previste dalla programmazione economica aziendale nel Bilancio di Previsione redatto dalla competente struttura Programmazione Economica e Finanziaria sulla base della normativa vigente, del riparto del FSR e delle indicazioni regionali.

Dunque, gli obiettivi per la misurazione della performance operativa sono assegnati sulla base degli obiettivi strategici regionali e del Direttore generale, e correlati alle risorse disponibili. La Struttura Programmazione e Controllo, sulla base delle previsioni di spesa per conto economico individuate nei

conti economici del bilancio di previsione, ed in relazione alla disponibilità ed attendibilità dei dati analitici derivanti dal sistema di Contabilità Analitica, esplicita i criteri di assegnazione degli obiettivi operativi, mentre la individuazione degli obiettivi e delle risorse per CDR viene definita nel Comitato di Budget e/o dal Direttore Generale.

Monitoraggio in corso di esercizio.

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

Meccanismi di retroazione.

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

Misurazione e Valutazione della performance.

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

Collegamento con il sistema premiante.

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

Rendicontazione.

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

Procedure di conciliazione.

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

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

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

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



Il Ciclo di Gestione della Performance.

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

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

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

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

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

L’Azienda anche per il triennio 2025-2027 si pone come obiettivo qualificante l’implementazione ulteriore del ciclo di gestione della performance introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l’obiettivo di migliorare le performance esistenti in determinati settori di assistenza.

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

La misurazione delle performance relative agli indirizzi, alle azioni ed ai risultati, definiti nel corso della negoziazione del budget, ha reso possibile, tra l’altro, la verifica del raggiungimento dei risultati e la valutazione del personale dirigente e la conseguente retribuzione di risultato o produttività prevista. Essa è stata regolarmente prodotta, dagli anni 2016 fino ad oggi mediante la redazione, da parte della

struttura preposta, della **Relazione annuale sulla performance organizzativa** che, approvata dalla Direzione strategica, è stata validata dall'OIV e pubblicata annualmente **sempre entro i termini previsti per legge** (30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento). La relazione di competenza per l'anno 2024 sarà elaborata, come previsto per legge, entro il 30 giugno 2025.

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

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

2.2.5. **Direttiva di Budget Anno 2025**

L'Azienda anche per l'anno 2025 si pone come obiettivo qualificante quello di continuare ad implementare l'attuazione del ciclo della performance e del sistema di budget introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l'obiettivo di correggere le penalizzazioni esistenti in determinati settori di assistenza.

Gli obiettivi e le attività definiti nel Piano attuativo e dettagliato nel Piano delle performance, sono trasferiti annualmente alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi operativi che, attivato nel corso del 2013, è stato implementato annualmente e dovrà essere ulteriormente implementato anche nel 2025 con il coinvolgimento a tutti i livelli e miglioramento della reportistica mediante attivazione della gestione informatizzata della scheda di budget e della misurazione.

Per il 2025 l'entità dello sviluppo del processo di budget, continuerà ad essere direttamente dipendente dalla risoluzione e superamento delle criticità ancora presenti nel sistema amministrativo contabile, che di fatto hanno impedito l'approvazione del Bilancio consuntivo degli anni 2018, 2019, 2020 e 2021, nonché dallo sviluppo e completamento propedeutico del sistema informativo aziendale, della definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali. Infatti lo sviluppo e la messa a regime del sistema di programmazione e controllo e della contabilità direzionale non può avvenire in assenza della quadratura CO.GE-CO.AN. con validazione dei dati di CO.AN., attività gestite dalla struttura gestione risorse economiche e finanziarie.

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

- Livello aziendale: si tratta dell'insieme degli obiettivi di budget, ed è determinato dalla somma delle misurazioni delle performance relative alle macro-articolazioni organizzative, compresi gli organismi di staff;
- Livello macroarticolazione organizzativa (macrostruttura/dipartimento): con tale termine ci si riferisce ad un'aggregazione di strutture complesse autonome coordinate da un responsabile (per es. Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto - CdR I° livello). Il budget operativo di

CdR di livello I° è definito dall'insieme degli obiettivi delle unità operative afferenti alla macroarticolazione, integrata dagli obiettivi/progetti gestiti direttamente dal livello superiore;

- Livello di struttura complessa autonoma o semplice dipartimentale: rappresenta un livello di responsabilità subordinato (CdR II° livello). Il CdR di livello II° rappresenta il livello più analitico rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (per es. Reparto, Servizio, Unità Operativa) nella ASP di Cosenza.

Il processo di budget ed il ciclo della performance si avvia annualmente e necessita dell'approvazione, da parte della Direzione Strategica, del Bilancio consuntivo dell'anno precedente, e della validazione dei dati a consuntivo di Contabilità Analitica da parte della struttura gestione risorse economiche e finanziarie; il processo di budget anno 2025 sarà articolato nei Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello (per ogni struttura dovrà essere predisposto una scheda analitica di obiettivi per C.d.R.), per come di seguito specificato:

Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

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

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

Budget Area Territoriale:

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

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

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Tirreno

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

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

Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Cosenza;

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

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

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

Budget Area Ospedaliera:

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

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

Budget Dipartimento Strutturale di Salute Mentale:

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

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

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

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

Budget Dipartimento amministrativo e tecnico-logistico:

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

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

Dipartimenti Funzionali:

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

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

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

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

Il Budget di II° livello, sarà negoziato, definito e sviluppato in relazione alla progressiva disponibilità dei dati di costo e di attività disaggregati per C.d.C./C.D.R.

La misurazione della performance nell'area ospedaliera sarà riferita al grado di raggiungimento dell'obiettivo per ogni singolo CdR, indipendentemente dal punteggio della macrostruttura.

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

2.2.6. Caratteri generali e obiettivi 2025-2027

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

Punti cardine sono:

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

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

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

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

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

Di seguito la struttura degli obiettivi strategici e operativi

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

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

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

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

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

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

Per ogni obiettivo strategico sono individuati i relativi obiettivi operativi, come di seguito riportati. Molti obiettivi di durata triennale saranno confermati e integrati, qualora non previsti, con i nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione Regionale.

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

A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM sul portale dedicato.
A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente
A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte

A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE
A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale

A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI
A2S04O001 - Potenziamento offerta assistenziale neuropsichiatria infantile
A2S04O012 - Miglioramento attività CUP
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza
A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.

A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.
A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità .
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.

A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE

A2S05O001 - Integrazione operativa dei tecnici della Prevenzione SIAN e VET B per migliorare il grado di efficienza ed efficacia delle attività di vigilanza
A2S05O040 - Mantenimento/miglioramento attività complessiva prestazioni
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale
A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale
A2S05O090 - attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)
A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)
A2S05O092 - CML Patenti Speciali
A2S05O093 - attività di monitoraggio finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata
A2S05O094 - Elaborazione della refertazione relativa ai tamponi
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri
A2S05O098 - attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari
A2S05O103 - attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza
A2S05O001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase pre-assuntiva
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale
A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)
A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)
A2S05O092 - CML Patenti Speciali
A2S05O093 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi
A2S05O094 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi D'Argento
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri
A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari
A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza

A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic.
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale

A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere
A2S07O060 - Ottimizzazione della produzione della U.O./Servizio
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali

A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali

A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI
A2S09O068 - Appropriately Prescrittiva
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.
A2S09O072 - Farmacologia Clinica
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.

A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA
A3S10O075 - Implementazione attività URP
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.

Ogni Singolo Obiettivo operativo è misurato attraverso opportuni indicatori.

Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte del dato per la misurazione
A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	A1S01O001IND105 - Produzione di un documento di condivisione degli obiettivi di budget (su apposito modello allegato). Entro 30 giorni dalla sottoscrizione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	A1S01O003IND140 - Verifiche requisiti specifici di accreditamento - N° verifiche effettuate/N° verifiche programmate	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S01O003IND141 - Verifiche requisiti organizzativi specifici di accreditamento a campione di 3 strutture accreditate	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	A1S01O004IND038 - Definizione proposte schede di budget annuali per singoli CdR negoziabili entro i termini stabiliti dalla Direzione Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S01O004IND051 - Implementazione sistema di Data Warehouse aziendale del Sistema SEC-SISR per monitoraggio e reporting direzionale	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A1S01O004IND128 - Rispetto cronoprogramma regionale per la redazione della relazione annuale Performance organizzativa aziendale	Adozione Delibera
A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	A1S01O005IND003 - Ricognizione contenzioso legale ASP anno corrente di budget in conformità alle procedure amministrative "gestione contenzioso" - DCA 33 - 08/03/2016	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S01O005IND004 - Applicazione procedura "Gestionale Contenziosi" - allineamento dati a tutto il 2025 entro il 20 febbraio 2026	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	A1S01O006IND001 - GESTIONE INFORMATIZZATA ATTI DELIBERATIVI E DETERMINE	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O006IND002 - GESTIONE INFORMATIZZATA CONTENZIONI E SINISTRI	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

	A1S01O006IND003 - ADOZIONE REGOLAMENTI	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O006IND004 - GESTIONE INFORMATIZZATA CONVENZIONI E TIROCINI	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O006IND044 - Gestione informatica del flusso documentale ("Scrivania virtuale") - Implementazione Organizzativa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
A1S01O007 - Mantenimento/migliorament o attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	A1S01O007IND097 - Piattaforma certificazione crediti (PCC) - Allineamento PCC con le fatture per la riduzione stock del debito	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
A1S01O009 - Mantenimento/migliorament o attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	A1S01O009IND103 - A1S01O009IND103 Definizione piano del fabbisogno aziendale per nuovo atto aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O017IND100 - Presentazione della relazione annuale delle attività. Entro il 28 Febbraio anno successivo.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S01O009IND102 - A1S01O009IND102 - Monitoraggio personale in servizio e assunzioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S01O010 - Mantenimento/migliorament o attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	A1S01O010IND040 - D-Utilizzo di convenzioni/accordi quadro CONSIP	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O010IND041 - E-Applicazione di una procedura per la raccolta standardizzata e aggregazione dei fabbisogni aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
	A1S01O010IND043 - F- Aggiornamento dell'elenco della acquisizioni di forniture e servizi di importo stimato superiore a 1 milione di euro	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Amministrativo e/o del CDR
A1S01O011 - Mantenimento/migliorament o dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	A1S01O011IND088 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle UU.OO. del Dipartimento Tecnico-Amministrativo	Schede Misurazione UU.OO. DIP. AMM.
A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	A1S01O013IND121 - Rendicontazione annuale attività per Obiettivi di PSN	Attestazione di esatto adempimento da parte della Responsabile Ob. Piano
A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione	A1S01O015IND133 - Supporto alla Direzione Generale per la redazione annuale del PIAO	Adozione Delibera
A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	A1S01O017IND001 - Presentazione della relazione annuale delle attività. Entro il 28 Febbraio anno successivo.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo- contabili	A1S01O019IND106 - Produzione/aggiornamento/revisione regolamenti dell'Area Amministrativa secondo le norme vigenti. Ricognizione stato attuazione PAC	Verbale o Attestazione agli atti della Direzione del CDR – Direz Amm
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.	A1S01O021IND017 - Attività afferenti la validazione della Relazione sulle performance aziendali.	Atto Documentale



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A1S01O021IND104 - Procedure afferenti alla verifica delle attività svolte dal Referente P.C.T.in merito agli obblighi di pubblicazione - Redazione attestazione obblighi di pubblicazione	Atto Documentale
	A1S01O021IND125 - Rilevazione del benessere organizzativo (predisposizione e somministrazione del questionario-elaborazione analitica risultati-trasmissione risultati alla Programmazione e Controllo)	Atto Documentale
	A1S01O021IND137 - Verifica procedure valutative Comparto e II istanza Dirigenti - Verifica attribuzione trattamento accessorio - Supporto contraddittorio Dirigenti e Collegi Tecnici	Atto Documentale
A1S01O071 - Equilibrio economico.	A1S01O071IND052 - Incidenza delle rimanenze finali complessive(magazzino) sul totale degli acquisti - Valore di riferimento <= 15% Mod. CE	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR) – MOD CE
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	A1S02O022IND008 - Assolvimento completo debito informativo entro le scadenze.	Assenza di rilievi Direzione Generale attestanti il mancato assolvimento
A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente	A1S02O077IND141 - trasm. della documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale e relazione trim. al Dip. Prev. e Prog. e Contr.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte	A1S02O095IND156 - Assolvimento dati nell'Applicativo Regionale SEC REP del Sistema SEC-SISR	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	A1S03O025IND001 - Raggiungimento obiettivi della Direzione Strategica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S03O025IND080 - Allineamento dei dati delle strutture codificate su sistema NSIS e dei dati su sistema SEC SISR	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S03O025IND081 - NSG (Nuovo Sistema Garanzia) - Ricognizione fonti informative e monitoraggio modalità gestione dei dati che alimentano il "core" NSG	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A1S03O025IND114 - Partecipazione al raggiungimento obiettivi della Direzione Generali sullo screening	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O001 - Potenziamento offerta assistenziale neuropsichiatria infantile	A2S04O001IND001 - A2S04O001IND001 ATTIVITA' DI ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO AZIENDALE	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O012 - Miglioramento attività CUP	A2S04O012IND138 - TOTALE IMPLEMENTAZIONE sul sistema aziendale delle agende CUP per la specialistica ambulatoriale diretta e accreditata	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	A2S04O026IND001 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata: CIA 2 soglia indicatore >1,9	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O026IND002 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata: CIA 3 soglia indicatore >1,5	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O026IND003 - Attività di Monitoraggio Liste d'Attesa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O026IND082 - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata: CIA 1 soglia indicatore >2,6	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	A2S04O028IND018 - Attività di coordinamento regionale delle urgenze-emergenze di ossigenoterapia.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O028IND129 - Rispetto tempi massimi (24 ore) di erogazione assistenza protesica respiratoria	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	A2S04O029IND073 - Monitoraggio Specialisti "non prescrittori"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR e Direzione CUP
A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	A2S04O030IND024 - Attuazione percorsi formativi per riqualificazione.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	A2S04O031IND065 - Monitoraggio del rischio clinico nelle Case di Cura accreditate e convenzionate ai sensi della Legge 24/2017	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND019 - Attività di formazione per Referenti e Facilitatori del Risk Management	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND020 - Attività di monitoraggio nei Presidi Ospedalieri per l'utilizzo del "Documento di testimoniabilità" al consenso informato.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O031IND078 - N° audit e n° procedure prevenzione rischio.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	A2S04O032IND111 - A2S04O032IND111 PROGETTO SPAZIO GIOVANI	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	A2S04O034IND134 - Tempi di intervento (in minuti) nei soccorsi primari.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	A2S04O035IND136 - Verifica della qualità assistenziale nelle Strutture accreditate Residenziali di pertinenza della UOC "Tutela anziani e disabili"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O035IND137 - Verifica della qualità assistenziale nelle Strutture accreditate SEMIRESIDENZIALI di pertinenza della UOC "Tutela anziani e disabili"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S04O036IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	A2S04O037IND061 - Mantenimento/incremento volumi attività degli ambulatori di RIABILITAZIONE di pertinenza (Cosenza, Rogliano, San Giovanni in Fiore)	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	A2S04O038IND013 - Attivazione di progettualità specifiche con Enti Pubblici e/o Privati	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	A2S04O039IND112 - Raggiungimento dei targets KDIGO (almeno 90%) per il trattamento dell'iperparatiroidismo secondario in dialisi	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND113 - Raggiungimento di una percentuale del 40% sul totale, di trattamenti in emodiafiltrazione e/o tecniche ad alta efficienza depurativa.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S04O039IND135 - Attivazione Dialisi Domiciliare e implementazione dialisi peritoneale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	A2S05O041IND089 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. Dipartimentali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	A2S05O042IND032 - DCA 137/2020/Del. ASP 394/2021 - Progetto di riorganizzazione screening oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	A2S05O043IND121 - Rendicontazione annuale attività per Obiettivi di PSN	Attestazione di esatto adempimento da parte della Responsabile Ob. Piano
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	A2S05O078IND141 - trasmissione relativa alla documentazione entro la data prevista al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e alla Direzione Generale Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	A2S05O080IND142 - Controlli Ufficiali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente	A2S05O081IND144 - evidenza documentale: almeno 4 eventi relativi a problematiche ambientali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	A2S05O082IND145 - Evidenza documentale: registro telematico delle vaccinazioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	A2S05O083IND146 - Evidenza documentale: registrazione reports su registro informatico regionale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	A2S05O084IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	A2S05O085IND147 - Evidenza documentale: registrazione documentazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	A2S05O086IND148 - Check-list riportate sul portale ministeriale VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	A2S05O087IND149 - Evidenza documentale: Registro informatico piattaforma VET INFO	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	A2S05O088IND150 - Verifica dei requisiti degli impianti di produzione e controllo delle partite degli alimenti di o.a.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	A2S05O089IND151 - Trasmissione dei reports di attività al Dipartimento Tutela della Salute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	A2S05O090IND152 - Evidenza documentale: Registrazione giornaliera dei dati su portale SIMEL/Portale Ministeriale dell'Automobilista)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	A2S05O091IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O092 - CML Patenti Speciali	A2S05O092IND153 - Evidenza documentale: archivio pratiche e verbali sedute	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O093 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi	A2S05O093IND154 - P14C Indicatore Composito sugli stili di vita	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O094 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi D'Argento	A2S05O094IND155 - C003 Fragilità nell'anziano (65 anni e più)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'ideoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	A2S05O096IND157 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. A e TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O097 - riconoscimento ideoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	A2S05O097IND158 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione TAB. B di cui al DM Saità 18/02/82	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	A2S05O098IND159 - Evidenza documentale: Registrazione ed archiviazione esiti ispezioni	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O099 - Certificazione di ideoneità sportiva non agonistica	A2S05O099IND160 - Evidenza documentale: Registrazione e detenzione cartelle secondo LR N.10/2001	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	A2S05O100IND161 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da database CUP	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	A2S05O101IND162 - Evidenza documentale: descrizione delle prestazioni e relativa valenza numerica da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	A2S05O102IND163 - Evidenza documentale: esito ricerca HPV-DNA da software gestionale DNLAB	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza	A2S05O103IND143 - Evidenza documentale: registrazione giornaliera dei dati relativi alla attività di sorveglianza sulla piattaforma regionale monitoring e nazionale ISS	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	A2S06O045IND101 - Prevenzione degli eventi avversi in Psichiatria-Monitoraggio ECG ed ematologico-Progetto "Blood and heart monitoring in psychiatric patients in the prevention of adverse events"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	A2S06O046001 - D27C: Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S06O046IND053 - Incremento attività psico-educazionale per pazienti e famiglie	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O046IND091 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per i CSM aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O046IND102 - Prevenzione eventi avversi in Psichiatria - Esecuzione di ECG nei CSM per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	A2S06O047IND002 - Adozione formale di specifica "Scheda di dimissione/accompagnamento al CSM" per i pz dimessi da SPDC.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O047IND090 - Percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati per gli SPDC aziendali	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	A2S06O048IND079 - N° utenti SERD negativi vaccinati per HVB/N° totale utenti SERD HVB negativi presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O048IND080 - N° utenti SERD screenati per HVB, HVC e HIV/N° totale utenti presi in carico	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O048IND093 - Percentuale raggiungimento degli obiettivi fissati per i SERD aziendali e Psic.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
	A2S06O048IND103 - Prevenzione eventi avversi nei SERD - Esecuzione di ECG nei SERD per pz sottoposti a terapie specifiche	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	A2S06O049IND022 - Attuazione e monitoraggio Piano di attività formativa del personale DSM nell'ambito della Medicina narrativa	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	A2S07O053IND001 - Adeguamento indicatori: Peso Medio DRG ordinario.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O053IND014 - Attivazione e implementazione servizio per l'impianto di "Port-a-Cath e PEG"	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O053IND046 - Totale implementazione delle procedure di ventilazione non invasiva in alternativa alla IOT - Formazione del personale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S07O053IND054 - Indicatore PNE: degenza post-operatoria per colecistectomia laparoscopica - (N° dimessi entro 3 giorni dall'intervento/N° totale colecistectomie laparoscopiche)	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O053IND058 - Mantenimento/incremento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, esclusi APA-PAC.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O053IND059 - Mantenimento/incremento prestazioni in APA-PAC	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O053IND061 - Mantenimento/miglioramento attività APA-PAC oncologici	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)



A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	A2S07O054IND131 - Scostamento numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali anno corrente rispetto anno precedente.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	A2S07O055IND076 - N. dimissioni da UO chirurgiche con DRG non chirurgico/N. dimissioni da UO chirurgiche.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
	A2S07O055IND077 - N.Ric.Ord.con DRG inappropriato/N.ric.Ord.con DRG non inappropriato.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	A2S07O056IND029 - Controllo del 10% a campione delle Cartelle Cliniche e Monitoraggio appropriatezza ricoveri secondo il DPGR 53/2011	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio
	A2S07O056IND142 - Monitoraggio appropriatezza e congruenza attività di ricovero (di cui al DPGR 53/2011)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione Medica di Presidio
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	A2S07O057IND066 - Monitoraggio delle attività trasfusionali n. donazioni - trasfusioni - sacche scadute.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	A2S07O059IND071 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S07O060 - Ottimizzazione della produzione della U.O./Servizio	A2S07O060IND003 - Ottimizzazione del livello di produzione	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	A2S07O061IND039 - DRG 430, 428 e 426 > 75%.	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	A2S07O062IND085 - Ottimizzazione della Degenza Media in Regime Ordinario	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	A2S07O063IND056 - Indicatori LEA - Percentuale primi parti cesarei/totale dei parti senza pregresso cesareo (target per PN con meno di 1.000 parti/anno= <= 15%)	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	A2S07O064IND055 - Indicatori LEA - Percentuale fratture di femore over 65 anni operate entro 2 gg (target >= 60%)	SISTEMA DIREZIONALE (Sistema SEC SISR)
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	A2S07O065IND130 - Rispetto tempi massimi di refertazione nelle attività di Anatomia e Istologia Patologica	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	a2s08o066IND003 - a2s08o066IND003 Implementazione attività con Enti, Autorità Giudiziaria, Tribunali per la prevenzione del disagio giovanile in condizioni di fragilità e/o di rischio psico-socio-ambi	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND004 - A2S08O066IND004 Realizzazione di "Spazio Giovani" presso Istituzioni scolastiche ed enti terzo settore e volontariato per le attività di prevenzione in materia di contraccezione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND026 - Completa implementazione della procedura per parto-analgesia	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND048 - Totale implementazione servizio di Cardio-TC P.O. di Paola	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND050 - Totale implementazione servizio RMN dedicato per prostata e mammella	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S08O066IND072 - Monitoraggio N° pz inviati dai MMG ai Servizi di I° e II° livello per sospetto "Scompenso cardiaco" e per sospetta "Malattia renale cronica"	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S08O066IND111 - Totale implementazione del protocollo organizzativo per la gestione dei codici a bassa intensità (urgenze minori)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O068 - Appropriatelyzza Prescrittiva	A2S09O068IND004 - Appropriatelyzza Prescrittiva - GPGR 37/2014: FANS - Target 20	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND005 - Appropriatelyzza Prescrittiva - Verifica e monitoraggio prescrizioni per Colecalciferolo e OMEGA 3	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O068IND006 - Appropriatelyzza Prescrittiva (Inibitori di pompa protonica - Target DPGR 37/2014: 71 ddd/ab)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	A2S09O069IND068 - Monitoraggio e controllo appropriatezza prescrittiva.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	A2S09O070IND063 - Mantenimento/riduzione dei costi per il consumo interno di Eritropoietina nei Centri Dialisi aziendali.	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O070IND064 - Minore spesa convenzionata (6,8%)	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O072 - Farmacologia Clinica	A2S09O072IND074 - Monitoraggio terapie antitumorali - Ottimizzazione dosi farmaci oncologici	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O072IND075 - Monitoraggio terapie antitumorali - Tutoraggio allestimento terapie oncologiche: applicazione Protocolli e Linee Guida ministeriali sulle Buone Norme di Preparazione	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O072IND115 - Razionalizzazione costi farmaceutici - Piani settimanali di acquisizione di farmaci oncologici e riduzione delle scorte	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	A2S09O073IND021 - Attività di informazione e Monitoraggio sui Biologici e Biosimilari	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND023 - Attuazione misure DCA 330/23: appropriatezza antibiotico-terapia in ambito Territoriale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A2S09O073IND045 - Gestione segnalazioni sulla rete con feedback al segnalatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	A2S09O074IND069 - Monitoraggio e controllo spesa per dispositivi medici di costo >100€	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O075 - Implementazione attività URP	A3S10O075IND001 - Elaborazione documenti analitici su bisogni dei cittadini	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A3S10O075IND002 - Promozione di iniziative di comunicazione di pubblica utilità	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
	A3S10O075IND094 - Piano della Comunicazione - Completamento Carta dei Servizi Aziendale	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del CDR
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	A3S10O076IND009 - Assolvimento obblighi del Piano triennale della trasparenza, prevenzione della corruzione e integrità	Attestazione di esatto adempimento da parte del RPCT
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM su portale regionale	A1S02O044IND086 - Percentuale di dati assistenziali Salute Mentale caricati e rilevabili sul portale Regionale dedicato	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e/o CDR
A2S05O001 - Relazione attività condivise tra i servizi	A2S05O001IND001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	Attestazione di esatto adempimento da parte della Direzione del

SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	Dipartimento di Prevenzione e/o CDR
--	-------------------------------------

Ogni obiettivo viene assegnato alle strutture Operative

A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	008 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	004 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	018 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	019 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	022 - GESTIONE, VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE - UOC - DIP AMM
A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	029 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM
A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	008 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC

	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -

	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	004 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
	005 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF
	008 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
	009 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	012 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	013 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	014 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	018 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	019 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	022 - GESTIONE, VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE - UOC - DIP AMM
	026 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM

	029 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	043 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	046 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	048 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	050 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	052 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	054 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	056 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	058 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	059 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	073 - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA - UOC - Area Distrettuale
	079 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	085 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.	009 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
A1S01O071 - Equilibrio economico.	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -

	219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	008 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE - UOC - DIP. STAFF
	009 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	012 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	014 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	018 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP. AMM
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM

	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	043 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	046 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	048 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	050 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	052 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	054 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	056 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	058 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	059 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	073 - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA - UOC - Area Distrettuale
	079 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	085 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
	137 - DIP. PREV. ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
	142 - SANITÀ ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
	151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV. ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte	152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC

	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	005 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF
	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	014 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	019 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	022 - GESTIONE, VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE - UOC - DIP AMM

	026 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	085 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
A2S04O001 - Potenziamento offerta assistenziale neuropsichiatria infantile	073 - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA - UOC - Area Distrettuale
A2S04O012 - Miglioramento attività CUP	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	085 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	012 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	085 - CENTRALE OPERATIVA 118 - UOC - Emergenza Urgenza
A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	026 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	079 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente	133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	142 - SANITÀ ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	142 - SANITÀ ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O092 - CML Patenti Speciali	151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O093 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi	152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O094 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi D'Argento	152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza integrata	133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	043 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	046 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	048 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	050 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	052 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	054 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	059 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM

	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
	056 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	058 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	059 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	127 - PNEUMOLOGIA TERRITORIALE - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC

	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
A2S07O060 - Ottimizzazione della produzione della U.O./Servizio	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno

	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	079 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S09O068 - Appropriata Prescrittiva	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	128 - COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA - UOSD - UOSD - Distr. Cosenza Savuto
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O072 - Farmacologia Clinica	170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
A3S10O075 - Implementazione attività URP	013 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF
A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	101 - SERVIZI SOCIALI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	102 - DISTRETTO IONIO SUD - UOC
	105 - CURE PRIMARIE IONIO SUD - UOC - Distr. Ionio Sud
	107 - DISTRETTO ESARO POLLINO - UOC

	112 - CURE PRIMARIE ESARO POLLINO - UOC - Distr. Esaro Pollino
	114 - DISTRETTO IONIO NORD - UOC
	115 - CURE PRIMARIE IONIO NORD - UOC - Distr. Ionio Nord
	118 - DISTRETTO VALLE CRATI - UOC
	119 - CURE PRIMARIE VALLE CRATI - UOC - Distr. Valle Crati
	121 - DISTRETTO TIRRENO - UOC
	125 - CURE PRIMARIE TIRRENO - UOC - Distr. Tirreno
	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	133 - IGIENE E SANITA' PUBBLICA - UOC - DIP. PREV.
	137 - DIP. PREV.ENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL) - UOC - DIP. PREV.
	142 - SANITÀ ANIMALE - EX VETERINARIA AREA A - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.
	148 - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZ ZOOTECHNICHE - EX VETERINARIA AREA C - UOC - DIP. PREV.
	151 - MEDICINA LEGALE - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	152 - EPIDEMIOLOGIA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	153 - MEDICINA DELLO SPORT - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	154 - TOSSICOLOGIA DIP. PREV.ENTIVA - UOSD - UOSD - DIP. PREV.
	155 - FARMACIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	157 - FARMACIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	159 - FARMACIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	161 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 1 CS - VC - IS - IN - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	166 - FARMACIA TERRITORIALE AMB. 2 - TIRRENO - POLLINO - UOC - Dipartimento Farmaceutico
	169 - FARMACOVIGILANZA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	170 - FARMACIA CLINICA - UOSD - UOSD - Dipartimento Farmaceutico
	171 - CARDIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - Spoke Paola/Cetraro
	173 - CARDIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC - Spoke Castrovillari
	175 - CARDIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC - Spoke Corigliano Rossano
	180 - MEDICINA GENERALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	185 - MEDICINA GENERALE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	189 - MEDICINA GENERALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	192 - NEUROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	193 - ONCOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	194 - PNEUMOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	196 - ONCOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	197 - NEFROLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC

	198 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	202 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	207 - CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	212 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	214 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	217 - OTORINO LARINGOIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	218 - OCULISTICA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	219 - OCULISTICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	220 - RADIOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	221 - RADIOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	222 - RADIOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	224 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	225 - ANATOMIA PATOLOGICA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	226 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	227 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	228 - LABORATORIO DI ANALISI SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	229 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOSD -
	230 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CASTROVILLARI - UOSD -
	231 - SERVIZIO TRASFUSIONALE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOSD -
	232 - MCAE SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	234 - MCAE SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	235 - MCAE SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	237 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	240 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	243 - TERAPIA INTENSIVA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	253 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. TREBISACCE - UOC
	260 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. ACRI - UOC
	266 - MEDICINA GENERALE - O.Z.D. SAN GIOV. IN FIORE - UOC
	274 - DIREZIONE SANITARIA - PRAIA A MARE - UOC
	275 - DEGENZA ORDINARIA - UOC 2 - MEDICINA PRAIA A MARE
	281 - DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE
	283 - DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
	001 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	002 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	003 - DIREZIONE MEDICA - SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	004 - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - UOC - DIP. STAFF
	005 - SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI - UOC - DIP. STAFF

	009 - STRUTTURA TECNICA PERMANENTE DI SUPPORTO ALL'OIV - UOC - DIP. STAFF
	010 - GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI - UOC - DIP. STAFF
	012 - RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	013 - URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	014 - SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI UOSD - UOSD - DIP. STAFF
	018 - AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI - UOC - DIP AMM
	019 - GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE - UOC - DIP AMM
	022 - GESTIONE, VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE - UOC - DIP AMM
	026 - GESTIONE TECNICA E PATRIMONIALE - UOC - DIP AMM
	029 - PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA - UOC - DIP AMM
	039 - SPDC AO COSENZA - UOC - DSM
	040 - SPDC SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC - DSM
	042 - SPDC CORIGLIANO ROSSANO - UOC - DSM
	043 - ASS. PSICH. E DIP TERR 1 CS - UOC - DSM
	046 - ASS. PSICH. E DIP TERR 2 VC - UOC - DSM
	048 - ASS. PSICH. E DIP TERR 3 IS - UOC - DSM
	050 - ASS. PSICH. E DIP TERR 4 IN - UOC - DSM
	052 - ASS. PSICH. E DIP TERR 5 PE - UOC - DSM
	054 - ASS. PSICH. E DIP TERR 6 TI - UOC - DSM
	056 - SERD AREA 1 - COSENZA SAVUTO - TIRRENO - VALLE CRATI - UOC - DSM
	058 - SERD AREA 2 - IONIO NORD - IONIO SUD - POLLINO ESARO - UOC - DSM
	059 - PSICOLOGIA UOSD - UOSD - DSM
	060 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	062 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	064 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	066 - PEDIATRIA SPOKE PAOLA/CETRARO - UOC
	068 - PEDIATRIA SPOKE CASTROVILLARI - UOC
	071 - PEDIATRIA SPOKE CORIGLIANO ROSSANO - UOC
	073 - NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA - UOC - Area Distrettuale
	079 - CONSULTORIO FAMILIARE COORDINAMENTO - UOC - Area Distrettuale
	089 - DISTRETTO COSENZA SAVUTO - UOC
	091 - CURE PRIMARIE COSENZA SAVUTO - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	094 - TUTELA ANZIANI E DISABILI - UOC - Distr. Cosenza Savuto
	097 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DOLORE - UOC - Distr. Cosenza Savuto
A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM su portale regionale	282 - DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

A2S05O001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	129 - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - UOC - DIP. PREV.
	145 - IGIENE DEGLI ALIMENTI ORIG ANIMALE - EX VETERINARIA AREA B - UOC - DIP. PREV.

Gli obiettivi assegnati, con relativo peso, sono misurati annualmente, in riferimento ai target ed ai valori negoziati in sede di negoziazione di budget, sostanzialmente attraverso la reportistica disponibile sui sistemi informativi aziendali, sulla scorta del caricamento dei vari flussi informativi di tipo ospedaliero, territoriale, della prevenzione, e/o attraverso la produzione di documentazione (atti documentali/procedure/delibere/determine) attestanti il raggiungimento degli obiettivi secondo le tempistiche definite e per come di seguito specificato:

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Peso Tot	Peso %
A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE	A1S01O001 - Comunicazione degli obiettivi di budget dell'anno corrente ai dirigenti e al personale della U.O.	17	0,15%
	A1S01O003 - Mantenimento requisiti specifici di accreditamento	35	0,30%
	A1S01O004 - Mantenimento/miglioramento attività di Programmazione e Controllo	70	0,61%
	A1S01O005 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Affari Legali e Contenzioso	85	0,74%
	A1S01O006 - Mantenimento/miglioramento attività UO Affari Generali	75	0,65%
	A1S01O007 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.	15	0,13%
	A1S01O009 - Mantenimento/miglioramento attività UO Gestione, Valorizzazione e Sviluppo Risorse Umane	30	0,26%
	A1S01O010 - Mantenimento/miglioramento attività UO Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	75	0,65%
	A1S01O011 - Mantenimento/miglioramento dell'efficienza del Dipartimento Tecnico Amministrativo	25	0,22%
	A1S01O013 - Obiettivi strategici di PSN	180	1,57%
	A1S01O015 - Sezione PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione	20	0,17%
	A1S01O017 - Produzione della relazione annuale delle attività svolte nell'anno.	1090	9,48%
	A1S01O019 - Riordino procedure amministrativo-contabili	25	0,22%
	A1S01O071 - Equilibrio economico.	65	0,57%
	A1S01O021 - Valutazione e misurazione indicatori di attività.	75	0,65%
A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI	A1S02O022 - Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi.	1210	10,52%
	A1S02O077 - Trasmissione flussi sanitari di competenza per come disciplinati dalla normativa vigente	167	1,45%
	A1S02O095 - Attività di gestione del Registro di Cause di Morte	20	0,17%
	A1S02O044 - Implementazione caricamento dati assistenziali DSM su portale regionale	10	0,09%
A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE	A1S03O025 - Realizzazione obiettivi Direzione Strategica aziendale	1198	10,42%
A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI	A2S04O001 - Potenziamento offerta assistenziale neuropsichiatria infantile	65	0,57%



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S04O012 - Miglioramento attività CUP	40	0,35%
	A2S04O026 - Appropriately prestazioni di ADI.	300	2,61%
	A2S04O028 - Assistenza specialistica - Offerta assistenza	55	0,48%
	A2S04O029 - Aumento % ricette elettroniche emesse.	65	0,57%
	A2S04O030 - Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale.	15	0,13%
	A2S04O031 - Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	75	0,65%
	A2S04O032 - Mantenimento/incremento attività Servizi Sociali	35	0,30%
	A2S04O034 - Mantenimento/miglioramento indicatori di attività tempo-dipendenti	25	0,22%
	A2S04O035 - Miglioramento assistenza residenziale.	40	0,35%
	A2S04O036 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	265	2,30%
	A2S04O037 - Organizzazione e gestione dei Servizi Riabilitativi	15	0,13%
	A2S04O038 - Politiche di inserimento di persone con disagio e/o disabilità.	42	0,37%
	A2S04O039 - Potenziamento offerta assistenziale dializzati.	45	0,39%
A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE	A2S05O041 - Mantenimento/miglioramento attività Dipartimento di Prevenzione	30	0,26%
	A2S05O042 - Mantenimento/miglioramento attività U.O. Screening	150	1,30%
	A2S05O043 - Obiettivi strategici di PSN	22	0,19%
	A2S05O078 - Assolvimento di quanto previsto dal PRIC per quanto di competenza	60	0,52%
	A2S05O079 - Assolvimento delle attività di cui al Sistema Rapido di Allerta Alimentari (RASFF)	65	0,57%
	A2S05O080 - Valutazione adeguatezza nutrizionale menù della ristorazione collettiva e collettiva assistenziale	15	0,13%
	A2S05O081 - Implementazione formazione personale su salute e ambiente	30	0,26%
	A2S05O082 - Attuazione del Calendario vaccinale Regionale	30	0,26%
	A2S05O083 - Attività di sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui ai vigenti LEA	20	0,17%
	A2S05O084 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di astensione dal lavoro di cui al D.L.vo 151/2001	30	0,26%
	A2S05O085 - Attività certificativa relativa al riconoscimento di idoneità al lavoro in fase preassuntiva	30	0,26%
	A2S05O086 - Vigilanza ed ispezione degli allevamenti	30	0,26%
	A2S05O087 - Certificazioni relative alla movimentazione degli animali da macello/allevamento (Mod.4)	45	0,39%
	A2S05O088 - Rilascio certificazione al fine dell'esportazione verso paesi Terzi	35	0,30%
	A2S05O089 - Attuazione dei piani di ricerca e controllo di residui e xenobiotici nelle produzioni animali e nei mangimi destinati all'alimentazione animale	25	0,22%
	A2S05O090 - Attività certificativa medico legale di cui ai compiti istituzionali (Patente guida, porto d'armi, ecc.)	20	0,17%
	A2S05O091 - Commissione di I ^a Istanza (Accertamenti Collegiali)	20	0,17%
	A2S05O092 - CML Patenti Speciali	40	0,35%
	A2S05O093 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi	25	0,22%
	A2S05O094 - Attuazione sistema di Sorveglianza di Popolazione Passi D'Argento	35	0,30%



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

	A2S05O096 - Visite medico sportive finalizzate al riconoscimento dell'idoneità agonistica per maggiorenni, minorenni e atleti disabili (LEA)	20	0,17%
	A2S05O097 - riconoscimento idoneità sportiva agonistica selezioni per concorsi nell'Esercito, Marina, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Carabinieri	20	0,17%
	A2S05O098 - Attività ispettiva sugli impianti sportivi pubblici	20	0,17%
	A2S05O099 - Certificazione di idoneità sportiva non agonistica	20	0,17%
	A2S05O100 - Erogazione delle prestazioni di competenza di cui ai LEA vigenti	35	0,30%
	A2S05O101 - Esami Tossicologici richiesti dai SERD	35	0,30%
	A2S05O102 - Screening carcinoma uterino utenza Consultori Familiari	15	0,13%
	A2S05O103 - Attività di sorveglianza sanitaria finalizzata alla messa a regime della piattaforma di sorveglianza	25	0,22%
	A2S05O001 - Relazione attività condivise tra i servizi SIAN e VET B con carichi di lavoro per singolo operatore	25	0,22%
A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	A2S06O045 - Implementazione utilizzo Telecardiologia nelle strutture del DSM	12	0,10%
	A2S06O046 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale CSM	513	4,46%
	A2S06O047 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziale SPDC	78	0,68%
	A2S06O048 - Mantenimento/miglioramento attività assistenziali dei SERD e Psic	135	1,17%
	A2S06O049 - Percorsi formativi del personale aziendale	20	0,17%
A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'	A2S07O053 - Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure ospedaliere.	895	7,78%
	A2S07O054 - Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.	10	0,09%
	A2S07O055 - Migliorare appropriatezza dei ricoveri in degenza ordinaria.	465	4,04%
	A2S07O056 - Monitoraggio appropriatezza ricoveri ospedalieri	95	0,83%
	A2S07O057 - Monitoraggio continuo delle attività trasfusionali con evidenza di conformità ai protocolli e segnalazione di criticità.	75	0,65%
	A2S07O059 - Monitoraggio infezioni ospedaliere	260	2,26%
	A2S07O060 - Ottimizzazione della produzione della U.O./Servizio	525	4,57%
	A2S07O061 - Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	75	0,65%
	A2S07O062 - Ottimizzazione Degenza Media	210	1,83%
	A2S07O063 - Riduzione incidenza dei parti cesarei.	90	0,78%
	A2S07O064 - Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età >= 65 anni	80	0,70%
	A2S07O065 - Tempi di refertazione visite ed esami strumentali	40	0,35%
	A2S08O066 - Implementazione percorsi assistenziali	285	2,48%
A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO			
A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI	A2S09O068 - Appropriata Prescrittiva	70	0,61%
	A2S09O069 - Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89% del FSN.	75	0,65%
	A2S09O070 - Contenimento spesa farmaceutica.	20	0,17%
	A2S09O072 - Farmacologia Clinica	77	0,67%
	A2S09O073 - Farmacovigilanza - Farmacoepidemiologia	57	0,50%
	A2S09O074 - Miglioramento ed ottimizzazione indicatori di attività.	45	0,39%

A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA	A3S10O075 - Implementazione attività URP	85	0,74%
	A3S10O076 - Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	667	5,80%
Totale complessivo		11.500	100,00%

Ripartizione dei Pesi per Aree Strategiche e Obiettivi Strategici	Peso	Peso %
A1S01 - EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE AZIENDALE	1.807	15,65%
A1S02 - GOVERNO DEI SISTEMI INFORMATIVI	1.482	13,13%
A1S03 - OBIETTIVI DI MANDATO STRUTTURA COMMISSARIALE	1.198	9,48%
A2S04 - GOVERNO DEL TERRITORIO E DELLE RETI ASSISTENZIALI	1.082	9,76%
A2S05 - GOVERNO DELL'AREA DELLA PREVENZIONE	972	8,50%
A2S06 - GOVERNO DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE	758	6,45%
A2S07 - GOVERNO DELL'AREA OSPEDALIERA E DELLE ATTIVITA'	2.820	24,29%
A2S08 - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	285	2,56%
A2S09 - POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI	344	3,39%
A3S10 - GOVERNO STAKEOLDERS E UTENZA	752	6,78%
Totale complessivo	11.500	100,00%

PIANO DI BUDGET - I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Prestazioni e obiettivi generali:

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

- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi nell'anno 2024;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2024;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie e adeguamento agli indicatori del NSG;
- Contenimento, per il 2025, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2024, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente e razionalizzazione della spesa;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

Obiettivi specifici:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, come il PRP 2024/2026, o in via di adozione, relativamente ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, stabiliscono la necessità di produrre programmi e piani di lavoro caratterizzati dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2025, anche in riferimento al NSG ed erogare le relative attività.

Al fine di recepire, organizzare e programmare la gestione a livello locale del PRP, il Dipartimento di prevenzione e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 12 gennaio 2017, dovrà contribuire al perseguimento degli obiettivi specifici indicati nel Piano di Prevenzione Aziendale, in gran parte sovrapponibili agli obiettivi LEA già individuati per l'anno 2024, relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting.

L'Azienda anche per l'anno 2025 dovrà erogare principalmente le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in considerazione delle risorse a disposizione, fermo restando il controllo delle attività che, in passato sono state fortemente condizionate dall'espandersi dell'epidemia da Coronavirus, sono tipiche ed impegnano il Dipartimento di Prevenzione nel controllo sul territorio.

* Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget 2025 del singolo CDR.

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

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

Prestazioni e obiettivi generali:

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

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

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione e messa a regime dei PL delle RSA pubbliche individuate nei CAPT, Case della salute, etc.) mediante la realizzazione dell'integrazione Ospedale-Territorio”.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Contenimento del tasso di crescita della spesa farmaceutica rispetto ai valori degli anni precedenti (mediante protocolli operativi con i MMG, controllo appropriatezza prescrittiva, ecc.) la distribuzione diretta di farmaci e presidi particolarmente costosi, controllo dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione dei farmaci generici;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale e dell'emergenza entro i tempi stabiliti dai relativi piani regionali e aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.)
- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2024;
- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2024 dai Distretti sanitari (con esclusione di quelli dedicati al Covid) e comunque tendenza ad equilibrio di bilancio;

- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda e riduzione tempi di attesa;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno e di ricovero;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

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

Obiettivi specifici

Il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2025, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il piano delle performance ed il relativo processo di Budgeting, e di seguito elencati in sintesi:

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

a) Rete territoriale

Nell'ambito del processo di riqualificazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale il Commissario ad ACTA per il Piano di Rientro con l'adozione del programma operativo 2022-2024 ha individuato, tra l'altro, l'obiettivo di rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali, adottando il DCA n° 197/2023 che rappresenta pertanto il riferimento unico dell'ASP per la rimodulazione delle attività territoriali.

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

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

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

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

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

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

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. Occorre perseguire, pertanto, questa visione mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare: - attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Salute/Comunità, Ospedali di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento; - attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza; - attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health"); - con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni; - con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale; - attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti; - attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc).

b) Servizio Urgenza Emergenza Medica (SUEM)

Pronto soccorso e SUEM 118.

Nella tabella seguente si riportano i dati di accesso ai Pronto Soccorso ed ai Punti di Primo intervento dei CAPT/CdS aziendali prodotti negli anni dal 2021 al 2024:

ASP Cosenza Accessi Pronto Soccorso / PPI					
Stabilimento	Accessi PS Web anno 2021	Accessi PS Web anno 2022	Accessi PS Web anno 2023	Accessi PS Web anno 2024	diff. PS 2024/2023
Castrovillari	11.787	13.086	14.065	15.612	+ 1.547
Corigliano	11.976	15.047	17.747	19.671	+ 1.924
Rossano	11.612	16.020	19.198	21.270	+ 2.072
Acri	6.406	7.226	8.248	8.673	+ 425
Cetraro	9.404	10.068	11.826	17.469	+ 5.643
Paola	10.730	11.940	13.127	14.766	+ 1.639
S. Giovanni F.	4.178	4.133	5.579	6.911	+ 1.332
Trebisacce	5.880	6.602	7.499	8.799	+ 1.300
Praia a Mare	4.879	5.432	6.359	7.322	+ 963
Totale PS	76.852	89.554	103.648	117.751	+ 14.103
PPI	Accessi PS Web anno 2021	Accessi PS Web anno 2022	Accessi PS Web anno 2023	Accessi PS Web anno 2024	diff. PPI 2024/2023
Cariati	7.019	7.395	8.982	11.186	+ 3.791
S. Marco A.	2.795	3.116	3.300	4.048	+ 932
Lungro			346	112	- 234
Totale PPI	9.814	10.511	12.628	15.346	+ 2.718
Totale accessi ASP	86.666	100.065	116.276	133.097	+ 16.821

Dalla tabella si evince che gli accessi ai pronto soccorso aziendali, sono complessivamente aumentati di 14.103 casi nel 2024 (preconsuntivo) rispetto al 2023, passando dai 103.648 casi del 2023 ai 117.751 casi del 2024. Anche per i PPI si è avuto un incremento di 2.718 prestazioni sui dati 2023, ultimi disponibili, L'incremento si registra coerentemente in tutti i pronto soccorso di tutti i presidi ospedalieri presenti in Azienda.

Pertanto i casi complessivamente lavorati nei pronto soccorso e nei PPI dell'ASP corrispondono a n° 133.097 accessi, con un incremento nel 2024 di 16.821 casi rispetto al 2023.

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

Gli assetti dei Servizi 118 della Calabria sono stati ridefiniti nel **DPGR Calabria 94/12, DCA Calabria 9/15, DCA Calabria n. 30/16, 70/2015, 64/16**. Nel 2023 è stato emanato il **DCA 198/2023** che produrrà gli effetti della futura riorganizzazione.

Il Servizio 118 è il raccordo tra il territorio e i Pronto Soccorso, e tra gli Ospedali stessi.

Il centro nevralgico del Servizio 118 provinciale di Cosenza è rappresentato dalla **Centrale Operativa con 11 Posti Operatore Filtro (POF) di cui 6 (medico di centrale compreso) funzionanti** e gli altri 5 immediatamente attivabili a seconda delle esigenze nella seconda sala

operativa con funzione vicariante (in caso di contagio degli operatori si può procedere alla sanificazione della sala operante e utilizzare la sala vicariante) e/o con funzione integrativa (possono essere attivate ulteriori postazioni in caso di maggiore intensità di traffico telefonico o addirittura di maxiemergenza).

La Centrale Operativa anche nel 2023 ha operato con lo scopo di integrare le attività territoriali delle singole strutture 118 (PPI 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale) con le realtà ospedaliere della nostra provincia (CAPT- Case della Salute- PPI – SPOKE – HUB Emodinamiche pubbliche e private convenzionate) mettendo in sinergia il sistema delle abilità e competenze, ogni struttura ha partecipato al raggiungimento degli obiettivi prefissati in relazione alle indicazioni della direzione aziendale. Alcuni aspetti di fragilità del sistema hanno indotto questa Direzione ad apportare elementi di miglioramento, con il l'ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio e una ridistribuzione delle stesse nell'ottica di razionalizzarne l'attività, razionalizzare i costi, migliorarne l'efficacia e l'efficienza complessiva, conferendo al sistema un maggior grado di appropriatezza e sicurezza. All'inizio dell'anno sono state attivate 3 Postazioni MSB H12 denominate VICTORY che sono state posizionate sulle aree di pertinenza dei due Spoke (Cetraro e Rossano) e dell'Hub Cosenza per rafforzare i servizi sui Presidi Ospedalieri in applicazione di quanto previsto dal DPGR 94/12. Inoltre, in applicazione del citato DPGR 94/12, da dicembre 2022 sono state attivate con delibera ASP n°1835 del 11/11/2022 le decretate (DCA n°108 del 10/05/2018) ulteriori 4 Postazioni di Emergenza territoriale in Provincia di Cosenza.

Sulla valutazione complessiva delle performance 2023 incide positivamente la costante ed efficiente operatività delle reti per le patologie tempo dipendenti: Trauma, Ictus, Cardiologica.

Il Servizio 118 è inserito nella avanzata rete europea di Telecardiologia, garantendo ai pazienti cardiologici soccorsi dalle nostre equipe, livelli diagnostici e terapeutici specialistici e l'immediato approccio interventistico nel caso di infarto STEMI. Il personale del 118 ha partecipato attivamente e con successo alla realizzazione del Percorso STEMI, diventato quotidiana routine per il servizio 118 di Cosenza. **Nel 2023 sono stati centralizzati presso gli HUB Emodinamici 79 STEMI (66 < 90')** vale a dire il 84,% degli eventi trattati entro i 90 minuti in Emodinamica.

Sono stati trasmessi alle UTIC di riferimento sul sistema Lifenet® nel 2023 **1684** tracciati.

Il PERCORSO STROKE è consolidato, pienamente condiviso con tutti i medici del 118 che quotidianamente collaborano con il Dipartimento di Neuroscienze. **Nel 2023 sono stati centralizzati presso l'HUB di Cosenza 73 STROKE.**

Nel 2023 sono stati effettuati 49 STEN e 46 STAM. I tre ospedali Spoke sono dotati ciascuno di un'ambulanza dedicata mentre l'Ospedale Hub di Cosenza è dotato di **due ambulanze** dedicate al **trasporto neonatale**, come da DCA 30/2016 Regione Calabria.

L'Unità Operativa Semplice Coordinamento PET 118 è il raccordo gestionale tra la Direzione del Servizio 118 e le Postazioni (PET) dislocate sul territorio. Tale funzione è stata pienamente svolta; nell'anno 2023 la carenza di medici ha di fatto depauperato il patrimonio professionale medico determinando la demedicalizzazione occasionale e a macchia di leopardo delle PET.

Nel 2023 operano nell'Emergenza 76 medici tra dipendenti e convenzionati (compresi le figure apicali); 6 operano nei Pronto Soccorso Ospedalieri e 13 medici sono ricollocati in altri servizi; questi ultimi 19 medici sono comunque contrattualizzati con il Servizio 118. La dotazione organica completa prevede ben 159 medici e risulta quindi una carenza di 83 professionisti, pari al 51.3% dell'organico. Dal 16 dicembre 2023 transitati alla Dirigenza Medica 17 medici del servizio 118, 16 dei quali rimasti nel 118.

Nel 2023 è stata colmata la carenza di personale infermieristico nelle PET.

L'attività formativa del 2023 3 è stata rivolta sia a personale interno del Servizio e dell'ASP, che a personale di Enti e Istituzioni che ne hanno fatto richiesta all'ASP di Cosenza.

Le informazioni necessarie al calcolo dei cinque indicatori sono contenute all'interno del tracciato record per i sistemi 118 descritto in dettaglio nella Milestone 1.4.3 - Tracciato record e flusso informativo per il 118.

Di seguito la descrizione nel dettaglio dei cinque indicatori fondamentali:

1. Ore (BLS + ALS + HEMS) per anno (p.a.) / 100.000 abitanti = 39.982
2. Tempo di risposta per le missioni a massima priorità (BLS+ALS) = 23 min. 40 sec.
3. Tasso di risposta ad alta priorità p.a./100.000 abitanti = 2.606
4. Tasso di FHQ (First Hour Quintet) p.a./100.000 abitanti = 425
5. Tasso di interventi ALS p.a./100.000 abitanti = 3.880
6. Tasso di interventi BLS+ALS per le ore di operatività = 0,58
7. Tasso di interventi BLS per le ore di operatività dei mezzi BLS = 0,54
8. Tasso di interventi ALS per le ore di operatività dei mezzi ALS = 0,60
9. Tasso di utilizzo ALS = 61,27%
10. Tasso di utilizzo BLS = 38,73%
11. Traffico telefonico gestito per anno (p.a.)/100.000 abitanti = 178764
12. Traffico telefonico gestito per ora per POF = 29,5
13. Tempo in secondi stimato per operatore per conversazione telefonica= 90

c) Assistenza Domiciliare

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

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

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

* Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget 2025 del singolo CDR.

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

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

Prestazioni e obiettivi generali:

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

Gli obiettivi generali da perseguire per l'area ospedaliera:

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

Obiettivi specifici

I Presidi ospedalieri e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM LEA, dovranno perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2025 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

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

- Ottimizzazione peso medio DRG e valore medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
- Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
- Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).
- Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Miglioramento tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.
- Rispetto dei livelli di attività e miglioramento dei volumi e delle tipologie anno 2024;
- Mantenimento/riduzione della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal livello regionale (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5 % FSN.
- Rispetto dei processi collegati: generici, File F, Chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi.
- Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico) e l'uso della ricetta dematerializzata;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Implementazione procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, in ambito ospedaliero;
- Abbattimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- Trasmissione Flussi informativi completi, senza anomalie, inviati entro le scadenze previste dalla normativa: Assistenza ospedaliera: SDO, CEDAP, MEF, File C, Consumi ospedalieri (CP), HSP, ecc.

*Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget anno 2025 dei singoli Presidi e C.d.R. assegnatari di budget.

2.2.9. Sistemi Informativi

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

Nel corso del 2025, l'ASP intende proseguire nel potenziamento e riorganizzazione della gestione dell'intero sistema informatico aziendale, dalle infrastrutture alla rete, dai servizi di supporto agli applicativi di piattaforma, attraverso:

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

Anche nel corso dell'anno 2025 dovrà essere garantita la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno. Indispensabile, inoltre, garantire l'efficienza degli impianti, delle attrezzature e dei collegamenti.

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

2.2.10. Realizzazione Obiettivi di PSN

La programmazione delle attività e dei progetti relativi agli obiettivi di piano anni 2025-2027 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla relativa intesa Stato-Regioni, e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale e del Dipartimento salute della Regione Calabria, su indicazione della Direzione aziendale. Nel presente Piano della Performance si stabilisce che ciascuna macrostruttura/CDR interessata dovrà perseguire il raggiungimento degli obiettivi di Piano di propria competenza e dovrà provvedere alla conseguente rendicontazione in relazione all'area di competenza (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione, Salute mentale) ed alla successiva pubblicazione dei dati per come previsto dal Decreto n° 33/2013 e s.m.i.

La realizzazione degli obiettivi di Piano per l'anno 2025, potrà far riferimento agli obiettivi di Piano già definiti per l'anno 2022, 2024 e da considerare in continuità con l'anno 2025, in attesa della determinazione del livello ministeriale e regionale.

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

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

Il Coordinatore degli obiettivi di piano, trattandosi di fondi finalizzati e vincolati, per il tramite della Direzione strategica, dovrà predisporre apposita relazione di rendicontazione da inviare al livello regionale secondo quanto previsto dai relativi decreti.

2.3. Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

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

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

2.3.1. Obiettivi Strategici

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

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

2.3.2. Coordinamento con il Piano della Performance

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

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

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

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

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

a) Direttore generale

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

b) Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza

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

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

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

- ✓ Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
 - ✓ Osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- Considerata la complessità organizzativa dell'Azienda, e che si è sostanzialmente conclusa l'attività di mappatura del rischio, i Referenti del RPCT nelle attività di prevenzione della corruzione sono individuati i Direttori delle strutture organizzative assegnatarie di obiettivi di budget che assumeranno

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

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

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

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

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

In particolare l'OIV:

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

tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della l. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012)

- ✓ Esprime un parere obbligatorio su Codice di comportamento - che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001
- ✓ Verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ Utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44 D.Lgs 33/13)
- ✓ Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009). Tale attestazione deve essere di norma pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

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

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

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

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

g) Dipendenti dell'Amministrazione

- ✓ Partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ Osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- ✓ Segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ Segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento);
- ✓ Rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT, prestano la loro collaborazione al RPCT e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico,

e/o al rappresentante legale dell'Azienda, eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

- ✓ Sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda gli eventuali procedimenti penali che dovessero intervenire a loro carico.
- ✓ La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano, da parte dei dipendenti, costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

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

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

2.3.4. Modello organizzativo dell'ufficio anticorruzione ASP Cosenza

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

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

a. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

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

b. Nucleo Trasparenza e Anticorruzione

Il Nucleo Trasparenza e anticorruzione, che costituisce la struttura tecnica di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è attualmente collocato nel Dipartimento di Staff della Direzione Strategica articolato, in base alle diversificate attività svolte nell'ambito del sistema di prevenzione aziendale dell'anticorruzione, in tre aree operative, area Risk Management, area trasparenza, area integrità, con competenze e attività specificate nel PTPCT anno 2021-2023, approvato con delibera n° 533 del 12/5/2021.

L'ufficio del RPCT, inizialmente costituito da 4 unità, nell'ultimo anno ha operato con due unità di personale, e nel 2025 non disporrà di alcuna risorsa direttamente assegnata e ciò rende particolarmente difficile la realizzazione anche delle attività ordinarie dell'ufficio e del RPCT: Infatti sia l'operatore dedicato alle attività di pubblicazione e monitoraggio dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale "Casa di Vetro" che il coadiutore amministrativo con funzioni di segreteria sono stati collocati in quiescenza; Per tale motivo la Direzione Strategica è stata interessata della richiesta di potenziamento delle risorse umane.

Al RPCT è assicurata la collaborazione di altre figure professionali:

- Supporto legale

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

- Referente Accesso Civico

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

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

Il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, così per come modificato ed integrato dal D.Lgs 97/16, all'art. 10, prevede che vengano indicati, in una apposita sezione del PTPCT, i responsabili della trasmissione (aggiornamento/depubblicazione) e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dello stesso Decreto. I Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, ai sensi del D.Lgs. 33/13 e s.m.i. delle informazioni e dei dati sono i Direttori/Responsabili delle Unità Operative che producono e sono in possesso del dato per come analiticamente indicati nell'allegato n° 3 del presente PIAO. I Direttori/Dirigenti responsabili delle strutture così individuati, al fine di assolvere al meglio gli adempimenti obbligatori di pubblicazione, possono individuare loro delegati. L'elenco delle strutture e dei relativi delegati ad oggi individuati e comunicati al RPCT sono riportati nell'allegato 3/B, quale parte integrante del PIAO anno 2025-2027.

- Animatori d'Integrità

L'ASP di Cosenza negli anni passati ha avviato un percorso di formazione di un nucleo di operatori che, nell'ambito dei servizi di appartenenza, può svolgere una costante attività di promozione di comportamenti corretti. Gli "animatori dell'integrità" costituiscono i terminali del sistema aziendale

di prevenzione della corruzione e ne implementeranno, anche in modo autonomo, le iniziative, collaborando il Direttore della macrostruttura di afferenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Gli Animatori possono essere coinvolti nell'attività dei Gruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione delle misure obbligatorie ed ulteriori di trattamento del rischio corruzione di tipo etico – comportamentale.

- Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

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

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

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

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

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

2.3.5. Analisi del Contesto

La definizione corrente utilizzata da Transparency International di corruzione è: abuso della fiducia pubblica e del potere per l'ottenimento di vantaggi private.

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

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

a) Il Contesto Esterno

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

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

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

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

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

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

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

Infine, dal rapporto si evince che la formazione (26,9%), l'analisi dei rischi (22,3%) la rotazione del personale (20,8%), e la pubblicazione dei dati (14,3%) sono considerati gli strumenti da rafforzare per il contrasto agli illeciti in sanità, secondo i dipendenti intervistati.

In Italia negli ultimi anni il 13% degli episodi corruttivi hanno riguardato il settore della sanità, con casi che riguardano forniture di farmaci, apparecchiature mediche, strumenti medicali e servizi di pulizia. Tra le tipologie di illeciti segnalati ce ne sono alcune ricorrenti: nomine irregolari, malagestione di reparti ospedalieri o strutture distaccate, appalti irregolari, “malasanità”, favori ai pazienti da parte dei medici, false invalidità, ospedalizzazioni irregolari, favori elettorali in cambio di prestazioni mediche. I dati di un’indagine conoscitiva condotta da ANAC in relazione agli affidamenti di forniture di dispositivi di protezione nel periodo marzo-aprile 2020 confermano a pieno la sussistenza di criticità, sprechi, inefficienze, evidenziando come: “gli affidamenti di forniture di mascherine abbiano presentato in circa un caso su due varie tipologie di criticità con particolare riferimento al mancato rispetto dei tempi di consegna segnalato per circa il 25% degli affidamenti. Nel 5% dei casi si sono inoltre registrate negative verifiche del possesso dei requisiti da parte degli aggiudicatari. Le maggiori criticità si concentrano nel mancato rispetto dei tempi di consegna (32 su 52 segnalate), sulla qualità della fornitura (8 su 52), sulle quantità della fornitura (7 su 52) nonché sul mancato rispetto del possesso dei requisiti di partecipazione (5 su 52).

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

L’edizione 2023 dell’Indice di Percezione della Corruzione conferma il punteggio di 56 per l’Italia e colloca il Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Stati oggetto della misurazione e al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell’Unione Europea.

Negli ultimi anni l’impegno anticorruzione del sistema Paese ha consentito di raggiungere importanti risultati, frutto anche dell’applicazione di alcune misure normative in materia di whistleblowing e appalti pubblici. Questi traguardi hanno portato ad un trend di crescita di +14 punti dal 2012.

L’Indice di percezione della corruzione, elaborato annualmente da Transparency International, classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l’impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal mondo del business. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita). Con un punteggio medio di 66 su 100, l’Europa occidentale e l’Unione europea (Ue) è ancora una volta la regione con il punteggio più alto nell’Indice di percezione della corruzione e l’Italia è tra i Paesi dell’area che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2022, nonostante resti ancora sotto la media del punteggio europeo. Il Cpi 2022 conferma, infatti, l’Italia al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell’Unione europea.



Nel 2022, i delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria sono stati circa 2 milioni e 256 mila, circa 38 ogni mille abitanti, il 7,2% in più, rispetto all'anno precedente. Tale ammontare è di poco inferiore rispetto a quello rilevato nell'anno 2019, precedente la pandemia, cui era seguito un repentino calo dei reati, in larga parte imputabile ai mutati comportamenti sociali.

Nel 2022, tra i delitti contro la persona, sono in aumento gli omicidi volontari consumati e tentati (rispettivamente +8,9% e +9,7%, rispetto all'anno 2021) e, in misura maggiore, le denunce di violenza sessuale (+19,3%). Com'è noto, le denunce rappresentano solo una parte esigua delle violenze sessuali effettivamente commesse.

Nel 2022, aumentano, in generale, i delitti contro il patrimonio, con l'eccezione rilevante delle truffe e frodi informatiche (-7,1%), per le quali si interrompe un trend positivo pluriennale, che aveva raggiunto l'apice nel 2021, con quasi 300 mila denunce. In particolare, sono in forte crescita i furti (+18,7%, rispetto al 2021), che, da soli, costituiscono il 42,7% del totale dei delitti e colpiscono circa 16 persone ogni mille abitanti, e le rapine (+16,1%).

Accanto a questi risultati, nel 2023, si stima un leggero aumento, rispetto all'anno precedente, della quota di famiglie che percepisce il rischio di criminalità nella zona in cui vive (23,3%, a fronte del 21,9% nel 2022).

A livello regionale nel 2023, la quota più elevata di famiglie che percepisce il rischio di criminalità si registra nel Centro (26,1%), seguita dal Nord-Ovest (23,1%). Le Regioni che manifestano le percentuali più elevate sono Campania (33,6%) e Lazio (32,8%), dove il valore è sensibilmente superiore al dato nazionale (23,3%).

Si riportano di seguito alcuni dati dal report "La corruzione in Italia. Anno 2022-2023" pubblicato dall'ISTAT il 6 giugno 2024.

Il documento indaga in otto settori chiave (sanità, assistenza, istruzione, lavoro, uffici pubblici, giustizia, forze dell'ordine, public utilities) il numero di famiglie (cittadini tra 18 e 80 anni) coinvolte in dinamiche corruttive – chiedendo agli intervistati se a loro stessi o a un familiare convivente sia stato suggerito o richiesto di pagare, fare regali o favori in cambio di facilitazioni per avere un servizio o un'agevolazione – ovvero a conoscenza indiretta di casi di corruzione (chiedendo se fatti simili siano accaduti nel proprio ambiente ad amici, colleghi e familiari).

Confrontando i dati relativi al triennio 2020-2023 con gli anni 2013-2016 (oggetto della precedente indagine) si osserva una diminuzione netta del fenomeno con un passaggio dal 2,7% delle famiglie che hanno subito almeno una richiesta di denaro, regali o altro, all'1,3% per l'ultimo triennio considerato gli ultimi tre anni. Come si evidenzia nel report, tale dato è sicuramente condizionato dalla pandemia da Covid-19 che proprio tra il 2020 e il 2021 può avere alterato lo stesso ricorso ad alcuni servizi.

Tra le famiglie che si sono rivolte alla sanità nel corso della loro vita (circa 21 milioni 950 mila), l'1,3% ha avuto richieste di denaro, regali o altro per ottenere o velocizzare il servizio o per ricevere assistenza; per essere agevolati nel settore dell'istruzione allo 0,7% delle famiglie; in ambito lavorativo ciò è capitato allo 0,8% delle famiglie; nell'ambito delle public utilities sono lo 0,4% le famiglie che al momento della domanda di allacci, volture o riparazioni per l'energia elettrica, il gas, l'acqua o il telefono ha avuto richieste di pagamenti in qualsiasi forma per ottenere o velocizzare i servizi); il 2%, invece, ha avuto richieste di denaro o regali rivolgendosi ad uffici pubblici.

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

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

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

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

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

Il D.L. n. 35/19, convertito in Legge n. 60/19, individuava una serie di interventi che si configuravano come straordinari, assunti per un periodo temporale limitato di 18 mesi, con i quali si intendeva traghettare la sanità calabrese verso situazioni amministrative di "normalità", preso atto della generale situazione di estrema precarietà del sistema sanitario regionale. La sanità regionale è stata quindi commissariata anche nelle sue articolazioni gestionali di Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere, delle quali ben due (Catanzaro e Reggio Calabria) sciolte per infiltrazione mafiosa, attestando una grave carenza ed incapacità di ripristinare una situazione di ordinata amministrazione anche da parte delle Strutture Commissariali, espressione diretta del Governo. Tale situazione si è ulteriormente complicata ed ha trovato insufficienti le misure già adottate ed impreparati i soggetti coinvolti nella fase straordinaria di gestione, con la diffusione della pandemia da Covid_19 e la gestione del conseguente stato di emergenza sanitaria, dichiarato su tutto il territorio nazionale. L'intervento straordinario è stato quindi prorogato con il Decreto Legge 10 novembre 2020 n. 150, convertito con Legge 30 dicembre 2020 n. 181 e l'estrema debolezza del sistema, ad ogni livello, si è manifestata con grande rilievo mediatico, facendo emergere problematiche gestionali e criticità non affrontate con sufficienza.

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

La normativa di intervento straordinario sul sistema sanitario regionale sopra richiamata non ha infatti valorizzato il ruolo dell'anticorruzione e degli strumenti di programmazione messi in campo in questi anni quale elemento strategico per l'analisi del contesto e la definizione di misure di contrasto alle problematiche gestionali emerse, che rilevano un forte condizionamento da parte di poteri criminali, spesso occulti e conniventi con il potere politico. Sarebbe stato opportuno in questo senso, un coinvolgimento diretto dell'ANAC nelle attività di analisi del contesto, coordinamento

degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo, nell'ambito delle proprie attività istituzionali o investendola di nuovi compiti straordinari. In questa direzione, non è stato poi previsto, nemmeno nelle norme attuative della legislazione emergenziale, una qualche forma di coordinamento e/o di relazione a livello regionale fra i Responsabili della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza in modo da favorire una proficua ed sinergica integrazione delle attività di programmazione e di gestione degli strumenti di prevenzione della corruzione a partire da quelli da attivare obbligatoriamente per come stabilito dalla normativa.

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

b) Contesto Interno

L'esperienza operativa sviluppata nel corso di questi anni ha confermato che le problematiche che vive l'Azienda Sanitaria Provinciale *“investono gli assetti organizzativi generali e loro articolazione territoriale che assicuri una offerta qualificata di servizi sanitario e socio sanitari, la individuazione di un sistema diffuso di responsabilità riconoscibili, la elaborazione di procedure uniformi e trasparenti, la standardizzazione dei procedimenti amministrativi nel pieno rispetto delle previsioni normative, la promozione della trasparenza nell'azione amministrativa, l'attivazione di un sistema coerente e costante di controlli che coinvolga e renda partecipi anche i cittadini”* (PTPCT 2021 – 2023), pertanto l'attenzione del Piano, anche per il 2025, si vuole indirizzare in modo particolare sulla dimensione dell'organizzazione generale e dei macroprocessi, tenuto conto degli ulteriori interventi che la gestione commissariale dovrà operare su tali aspetti.

Nel corso del 2017, con DCA n° 117/2017 è stato approvato l'Atto Aziendale, documento fondamentale che avrebbe dovuto determinare un profondo mutamento organizzativo aziendale, capace di assicurare un definitivo assetto gestionale all'azienda e risolvere le problematiche richiamate. Tale mutamento organizzativo, avviato a partire dal 2018 non si è concluso con la necessaria celerità, condizione indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di urgente revisione organizzativa finalizzata al miglioramento della qualità di erogazione dei servizi, andando ad attivare solo alcune strutture ed occupando solo alcune delle posizioni dirigenziali previste, in modo disarticolato e senza orizzonte strategico, spesso con procedure discutibili, facendo venire il dubbio, ai numerosi soggetti che hanno effettuato segnalazioni al RPCT, che vi fosse il solo obiettivo interessato di assicurare la posizione dirigenziale.

Attualmente, pertanto, l'Azienda si presenta con una articolazione organizzativa che risulta costituita da strutture previste dall'ultimo atto aziendale (Distretti, Dipartimenti, Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici), che convivono, spesso senza alcuna sinergia e con qualche sovrapposizione, con numerose strutture preesistenti (Unità Operative Semplici), che generano confusione organizzativa e cattivo utilizzo o spreco delle risorse. Tale situazione e la mancata elaborazione dei Regolamenti, che avrebbe dovuto seguire l'adozione del nuovo Atto Aziendale, ha determinato spesso una sovrapposizione di funzione così come la poco chiara attribuzione di compiti e responsabilità e la mancanza della regolamentazione delle aree di confine di competenza e/o di continuità assistenziale. Il sistema organizzativo prefigurato, considerato il periodo di tempo trascorso, non può essere collegato ad una, magari complessa, fase di transizione verso un nuovo assetto, ma il risultato di una gestione delle risorse tesa a mantenere e/o assicurare privilegi e frenare il possibile cambiamento in termini di efficienza e trasparenza. Ciò può essere testimoniato dalla permanenza degli incarichi di Responsabile di Unità Operative non più previste dall'organigramma

aziendale, anche a seguito della prevista valutazione annuale del dirigente preposto, in continuità con la precedente organizzazione o con l'organizzazione delle disciolte Aziende Sanitarie, con l'incarico protratto *sine die*. La permanenza nella posizione dell'incarico affidato oltre il termine di scadenza, con una sorta di impropria *prorogatio*, costituisce un problema rilevante anche per i Dirigenti titolari di strutture ricomprese nel nuovo organigramma, incaricati dopo l'approvazione dell'Atto Aziendale così come l'utilizzo diffuso ed ingiustificato dell'incarico *ad interim* e degli incarichi *provvisori*. Complessivamente ne risulta un assetto organizzativo che denota gravi lacune nell'attività di coordinamento direzionale, scarse relazioni sistemiche fra i diversi attori, opacità gestionale e difficoltà nell'applicazione di strumenti di prevenzione della corruzione come la rotazione dei dirigenti.

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

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

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

Infatti, l'art. 2, comma 4 del D.L. 150/2020, convertito nella legge 181/2020. *Integrazione e aggiornamento DCA n. 130 del 16 novembre 2015 e s.m.i.* stabilisce che, entro novanta giorni dalla nomina, Commissari straordinari **adottano gli atti aziendali** di cui all'articolo 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, che sono approvati dal Commissario ad acta, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di *ridefinire le procedure di controllo interno*. In questa direzione la Regione Calabria, con DCA n. 33 del

22.02.2021 e s.m.i. ha adottato le **Linee Guida** per la elaborazione degli Atti Aziendali, ma gli atti adottati dalle aziende sanitarie sono rimasti privi di approvazione regionale. Finalmente soltanto agli inizi del 2025, il nuovo atto aziendale risulta adottato dalla Direzione strategica, e si è in attesa dell'approvazione definitiva da parte della struttura Commissariale della Regione Calabria.

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

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

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

Tale esigenza risulta particolarmente rilevante in questa fase in cui l'Azienda è stata coinvolta. Nel 2021, in una delicata inchiesta denominata "*Sistema Cosenza*" che riguarda aspetti di fondamentale importanza per la gestione aziendale quali l'elaborazione del Bilancio, la gestione del contenzioso, l'affidamento di incarichi dirigenziali, sono stati contestati, ai Dirigenti dei relativi settori, reati di falso e abuso d'ufficio ed assunti, nei confronti dei Dirigenti ancora attivi, con conseguenti provvedimenti interdittivi temporanei.

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

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

Nell'ambito del PTPCT 2025-2027 quindi, diventa ancora più importante, in questa fase, oltre a colmare quel ritardo di regolamentazione interna che costituisce una cronica criticità aziendale, adeguare al nuovo assetto organizzativo che si prefigurerà tutta l'attività svolta nel contesto della prevenzione della corruzione: analisi del contesto, processi operativi, procedimenti amministrativi, misure di prevenzione individuate.

2.3.6. Mappatura dei Processi, analisi e valutazione del rischio

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

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

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

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

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

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

COMBINAZIONI VALUTAZIONI PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
ALTO	ALTO	RISCHIO ALTO

ALTO	MEDIO	RISCHIO CRITICO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	RISCHIO MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	RISCHIO BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	RISCHIO MINIMO

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

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

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

Le difficoltà operative dell'ufficio del RPCT il cui organico dal mese di febbraio 2022 è ridotto al solo RPCT di fatto hanno impedito ed impediscono l'ulteriore sviluppo della mappatura del rischio e di quei provvedimenti mirati alla riduzione del rischio corruttivo; infatti nel mese di febbraio 2022 è stato posto in aspettativa il dipendente formato, esperto e qualificato dell'ufficio mai sostituito; successivamente lo stesso dipendente, dopo un breve rientro è stato posto in quiescenza. Il RPCT attualmente non è supportato direttamente da alcun operatore ed ha estrema difficoltà nella gestione delle attività correnti. Per poter minimizzare le predette difficoltà si avvale, in attesa che vengano assegnate le opportune risorse umane, limitatamente alle esigue disponibilità temporali del supporto del personale della UOC Programmazione e Controllo.

Nonostante le difficoltà di gestione delle attività, il RPCT ha comunque provveduto a svolgere le attività di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure che con riguardo al PTPCT attraverso i soggetti responsabili coinvolti.

Di seguito una sintesi del catalogo dei processi, accorpati nelle aree di rischio, generali e specifiche, indicate dal PNA con una breve descrizione dell'area, lo stato dell'attività di mappatura, e le misure di prevenzione **generali e trasversali** previste, in parte riproposte per il 2025 ed in parte aggiornate in relazione alle difficoltà attuative incontrate ed agli aggiornamenti normativi intercorsi. La presentazione dettagliata della mappatura dei processi operativi relativi ad ogni area operativa e singola UOC/UOSD e le misure di prevenzione **specifiche** che sono state individuate è riportata **nell'allegato 2)** del presente PIAO 2025-2027.

Aree di Rischio Generali

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019, approvato con Determinazione A.N.A.C. 13 novembre 2019, n. 1064, ha individuato Aree di Rischio Generali:

- Area acquisizione e gestione del personale;
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni ed Aree di Rischio più prettamente Specifiche, che per la Sanità sono:
 - Attività libero professionale;
 - Liste di attesa;
 - Rapporti con soggetti erogatori;
 - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
 - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

A) AREA DI RISCHIO: Incarichi (e Nomine) - personale esterno:

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

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

In merito al regolamento, per l'affidamento dei singoli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni all'Ente, anche a seguito delle delibere ANAC 158/2022 nel corso dell'anno 2023, l'U.O.C. affari legali, di concerto con il RPCT, ha proceduto all'aggiornamento del regolamento di cui sopra; l'aggiornamento, si è protratto oltre il tempo previsto a seguito di problematiche varie connesse all'alternarsi dei vertici della struttura. Attualmente il regolamento è stato adottato con deliberazione n° 510 del 05/03/2024. Successivamente con deliberazione n° 1302 del 06/06/2024 è stato approvato l'avviso pubblico ed il relativo schema di domanda per la formazione di un elenco aperto di professionisti avvocati pubblicato sul sito ASP in data 11/06/2024. All'avviso non è seguito un tempestivo avvio delle procedure per la definizione della short list a causa di problematiche

organizzative aziendali e della U.O.C. affari legali, per cui, in considerazione anche della necessità di ampliare la platea dei candidati per una migliore copertura delle specialistiche, è stata pubblicata la riapertura dei termini per la presentazione delle domande short list professionisti avvocati, con avviso n° 1806 del 07/01/2025. A seguito di tale

In merito alla short list area legale, a seguito di tale riapertura, si dovrà procedere, a cura della UOC affari legali e della Direzione generale, alla pubblicazione della nuova short list aggiornata.

- **Misura**

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

2. Pubblicazione short list area legale

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

Tempi di realizzazione: entro il mese di marzo 2025 - 1° aggiornamento;

Indicatore:

- 1. pubblicazione short list aggiornata con cadenza periodica (area legale);
- 2. Report annuale su incarichi non di natura legale conferiti dalle altre strutture interessate dalla misura.

B) AREA DI RISCHIO: Incarichi e nomine - Personale Dirigenziale:

La mappatura dei processi è stata riproposta dal RPCT sulla base delle indicazioni nel PNA e sull'aggiornamento di quanto già rilevato ed inserito nei Piani triennali anticorruzione degli anni passati. Anche in questo caso le misure anticorruzione individuate non sono state realizzate e saranno eventualmente riproposte quali misure specifiche a carico delle strutture interessate. I rischi relativi ai processi mappati sono diventati ancora più evidenti a seguito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata "*Sistema Cosenza*" che ha coinvolto il management della UOC Gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane.

In tale ambito, una particolare attenzione è stata posta alle **procedure di conferimento incarichi dirigenziali**, in particolare di Direzione di Distretto e di UOC, per le quali l'Anac, a seguito di segnalazioni in merito, con nota prot. 8477 del 01.02.2019 ha fornito apposite Raccomandazioni. Il RPCT ha seguito le indicazioni della Raccomandazione Anac predisponendo, a seguito dell'attività di studio, approfondimento e concertazione, la documentazione relativa procedure per il conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura Complessa e di Direttore di Distretto, a modifica/integrazione del contestato Regolamento aziendale di cui alla delibera ASP n° 2068/2017 e quale integrazione delle misure contenute nel PTPCT 2019-2021 dell'ASP di Cosenza. Tale documentazione è stata trasmessa con nota prot. N° 126766 del 22/10/ all'ANAC e al Dirigente Reggente pro tempore per il contestuale recepimento ed adozione. Successivamente, l'ANAC - UVMAC, con nota numero 0095907 del 29/11/2019 sottolineava che, *essendo stato il Regolamento aziendale oggetto di numerose segnalazioni da parte della dirigenza aziendale, si riteneva necessario che la proposta di modifiche al Regolamento, di cui alla nota prot. N° 126766/2019 del RPCT, venisse formalizzata in un nuovo Atto regolamentare, ovvero inserito nel relativo processo mappato del vigente Piano di Prevenzione della corruzione*. Il RPCT pertanto, proponeva il recepimento formale delle misure di cui alla nota citata per l'adozione immediata, demandando alla U.O.C. Gestione, valorizzazione e sviluppo delle Risorse Umane l'elaborazione, **entro 90 giorni** dall'adozione dell'atto di recepimento, di un nuovo atto regolamentare (per l'affidamento, la conferma e la revoca di tutti gli incarichi

dirigenziali) in sostituzione integrale di quello attualmente in vigore, di cui alla delibera n° 2068/2017, concertandolo con le organizzazioni sindacali. Per le note vicende relative al continuo alternarsi del management aziendale, la proposta di recepimento delle misure anticorruzione predisposte veniva adottata con **Delibera n. 338 del 18 marzo 2020**. Contestualmente alla notifica dell'atto per i successivi adempimenti di competenza, il RPCT trasmetteva alla U.O.C. Gestione, valorizzazione e sviluppo delle Risorse Umane, una bozza di proposta di Regolamento, armonizzata in modo coerente con le misure sopra indicate e le indicazioni fornite dall'ANAC in materia, nei diversi Piani nazionali anticorruzione. Le indicazioni fornite nel documento allegato all'atto deliberativo n. 338 del 18.03.2020, per l'affidamento degli incarichi di Struttura Complessa e di Direttore di Distretto parzialmente integrative del Regolamento adottato con atto deliberativo dell'ASP 2068/2017, risultano comunque essere immediatamente applicabili e vincolanti, per come previsto dall'art. 6, in quanto misure formalmente recepite con atto deliberativo, integrative del PTPCT 2019 – 2021 e ritenute non negoziabili in quanto coerenti con la normativa ed i Piani nazionali Anticorruzione. Ad oggi, risulta approvato soltanto il regolamento degli incarichi della dirigenza PTA, mentre per gli incarichi ai Dirigenti sanitari, con nota prot. N° 132933 del 01/12/2023, è stata trasmessa al RPCT la bozza di regolamento per Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca degli incarichi dirigenziali; nella nota si precisava che era in fase di ultimazione la parte concernente la graduazione degli incarichi in vista della rimodulazione della Rete Ospedaliera e Territoriale e la conseguente riformulazione dell'Atto Aziendale. L'Atto aziendale è stato adottato con deliberazione n° 1 del 09/01/2025 ed è ora sottoposto all'approvazione del Commissario ad Acta Regione Calabria. Pertanto dopo la definizione della Graduazione delle funzioni, il Regolamento sugli incarichi dirigenziali area sanitaria sarà sottoposto ai sindacati di categoria ed approvato definitivamente.

- **Misure:**

1. Approvazione di un nuovo Regolamento degli incarichi dirigenziali al personale sanitario in sostituzione integrale di quello attualmente in vigore, di cui alla delibera n° 2068/2017, che segua le indicazioni già recepite con la Delibera n. 338 del 18.03.2020, completo di Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca incarichi.

- **Soggetto responsabile della misura:** U.O. Gestione, valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane.
- **Tempi di realizzazione:** entro il mese di giugno 2025 in considerazione dell'articolazione programmata, e comunque entro 90 giorni dall'approvazione dell'Atto aziendale.
- **Indicatore:** Pubblicazione Delibera/Determina di approvazione regolamento Graduazione, Affidamento, Valutazione e Revoca incarichi dirigenziali area sanitaria.

C) AREA DI RISCHIO: Acquisizione e Gestione del personale – Gestione assenze-presenze, premialità permessi:

L'area di rischio è generale ed interessa tutti i processi attinenti l'acquisizione e la gestione del personale, con particolare riferimento al reclutamento, alla progressione di carriera ed al conferimento di incarichi di collaborazione e professionali; L'area di rischio è relativa anche alla gestione delle assenze, presenze, premialità, permessi nonché il monitoraggio delle inidoneità temporanee del personale dipendente.

Premesso che l'area necessita di una rimappatura dettagliata dei processi, con analisi delle criticità, misurazione del rischio ed eventuali adozione di misure, nel presente PTPCT si evidenziano alcune considerazioni preliminari.

Per quanto riguarda la definizione del fabbisogno, possono risultare assenti i presupposti programmatori e/o una motivata verifica delle effettive carenze organizzative con il conseguente

rischio di sottostima od aumento artificioso del numero del personale e/o degli incarichi professionali ed organizzativi da ricoprire. Tra le principali possibili misure per tale fase vi è quella di verificare, attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale/selettiva e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. Per converso, un opposto evento rischioso può consistere nella mancata messa a bando degli incarichi professionali. Una misura per prevenire tale rischio consiste nel vincolare l'assegnazione di incarichi al conferimento formale e vigilare sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Tra i principali rischi connessi alla fase di definizione e costituzione della commissione giudicatrice rientra quello di accordi per l'attribuzione di incarichi. Possibili misure possono essere: la pubblicazione dei criteri di selezione dei membri della commissione giudicatrice, il monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri stessi, la loro rotazione, la definizione di un tempo minimo per poter partecipare ad una nuova commissione, la verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/conflitto di interessi.

Per quanto riguarda la fase di valutazione dei candidati, al fine di evitare il rischio di eccessiva discrezionalità, con l'attribuzione di punteggi incongruenti che favoriscano specifici candidati, esempi di misure di prevenzione consistono nella adozione di linee guida per la definizione di criteri di valutazione e nella pubblicazione dei criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/valutazione sui siti istituzionali.

Nella fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

Per quanto attiene gestione delle assenze, presenze, premialità, permessi, anche a seguito di precedenti episodi l'ASP, su indicazione anche dell'RPCT, ha attivato il sistema delle timbrature informatizzato su tutta l'Azienda, con codici specifici per ogni tipologia di servizio (Straordinario, progetti, Lavoro agile) con la possibilità per i direttori di struttura di poter verificare in tempo reale le presenze/assenze del personale.

Una criticità che è stata evidenziata negli ultimi tempi è quella relativa al monitoraggio delle inidoneità temporanee del personale dipendente che, alla scadenza, non sempre sono tempestivamente sottoposte alla verifica in quanto gestite con documentazione sanitaria cartacea. Per l'area di rischio e per questa ultima criticità, si prevedono le seguenti misure:

Misura:

1. Aggiornamento dei procedimenti amministrativi
2. Definizione mappatura aggiornata dell'area di rischio;
3. Informatizzazione delle certificazioni di idoneità temporanea da parte del Medico del Lavoro;
4. Predisposizione di alert automatici alla data di scadenza temporanea della limitazione;

Struttura responsabile: U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e formazione Risorse Umane; U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali; U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica;

Tempi di realizzazione: entro settembre 2025;

Indicatore:

1. Elenco procedimenti amministrativi aggiornato;
2. Documento mappatura del rischio;
3. Software di acquisizione certificazioni con produzione di report periodici;

D) AREA DI RISCHIO: Affari legali e contenzioso:

Il RPCT, sulla base di ciò che risulta rilevabile dalle competenze istituzionali assegnate dagli atti organizzativi e di programmazione o comunque presenti per prassi riconosciuta, sin dall'inizio ha individuato e proposto alla UOC interessata la mappatura dei seguenti processi: 1) gestione del contenzioso civile, penale e amministrativo; 2) gestione delle azioni di contrasto alle procedure di pignoramento; 3) gestione di costituzione in giudizio dell'Ente; 4) gestione della consulenza tecnico – giuridica ai servizi aziendali, senza ottenere alcun riscontro. La richiesta di mappatura, al fine di individuare i rischi di corruzione ed adottare ogni utile misura di prevenzione è stata ulteriormente sollecitata, con nota prot. 24483 del 18.02.2021, alla luce delle indagini in corso nell'ambito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata “Sistema Cosenza”, sulla quale si è richiesto altresì di voler relazionare per meglio definire il contesto di rischio. Ad oggi, la mappatura specifica dei processi è stata completata, così come è stata effettuata l'acquisizione di un sistema informatizzato che costituisce una valida misura per la riduzione del rischio in alcuni dei processi segnalati dall'RPCT in quanto la piattaforma informatizzata SEC-SISR, avviata nel corso del 2021 e ad oggi è stata implementata attraverso l'importazione massiva dei dati contenzioso anni 2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024. Pertanto, per l'anno 2025, il RPCT propone il monitoraggio, da parte della struttura Affari legali, dei 4 processi sopra specificati e di eventuali altri ritenuti significativi dal Direttore della struttura, con successiva valutazione del rischio e proposta di misure eventuali.

a) Gestione contenzioso civile, penale ed amministrativo:

- Misura generale:

1. Monitoraggio dei 4 processi individuati dalla struttura, valutazione del rischio e proposta di misure eventuali;
2. Report annuale sul monitoraggio ed implementazione piattaforma informatica;

- **Soggetto responsabile della misura:** U.O.C. Affari Legali e Contenzioso.

- **Tempi di realizzazione:** entro il mese di novembre 2025;

- **Indicatore:** Report annuale monitoraggio ed implementazione piattaforma informatica SEC-SISR.

b) Gestione delle azioni di contrasto alle procedure di pignoramento:

In attuazione di quanto disposto dal RPCT con nota prot. N° 109559/2022, la U.O.C. Affari Legali ha predisposto il nuovo regolamento aziendale, per la regolarizzazione dei sospesi di cassa, liquidazione e pagamento titoli esecutivi giudiziari e definizione procedure deflative del contenzioso, trasmesso con nota prot. N° 109172 del 03/10/2023 al RPCT; Il RPCT sottoponeva il nuovo regolamento alla U.O.C. GREF, che evidenziava criticità che non consentivano la condivisione ed evidenziando la opportunità di poter utilizzare la nuova procedura amministrativo contabile del Ciclo Passivo approvata con deliberazione n°2751 del 20/12/2023.

Misura:

1. Monitoraggio Applicazione corretta nuova procedura Ciclo passivo di cui del. 2751/2023;

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Affari Legali e Contenzioso; U.O.C. GREF.

Tempi di realizzazione: contestuale con l'applicazione della procedura Ciclo passivo;

Indicatore:

1. **Report annuale Monitoraggio nuova** procedura Ciclo passivo di cui del. 2751/2023;

c) Gestione costituzione in giudizio dell'Ente: gestione consulenza tecnico-giuridico:

Nel PTPCT anno 2023-2026 era stata confermata quale misura l'acquisizione di personale da short list; per tale ragione era stata prevista la necessità di aggiornare regolarmente e periodicamente la short list aziendale con rinnovo della procedura di acquisizione delle disponibilità dei professionisti interessati al conferimento di incarichi in ambito aziendale.

In merito alla definizione di linee guida interne per individuare personale interno e/o esterno da costituire in giudizio, secondo criteri oggettivi di esperienza e conoscenza, nonché rotazione di incarichi, dopo difficoltà dovute all'assenza del Direttore U.O.C., la U.O.C. Affari Legali il regolamento è stato adottato con deliberazione n° 510 del 05/03/2024. Successivamente con deliberazione n° 1302 del 06/06/2024 è stato approvato l'avviso pubblico ed il relativo schema di domanda di cui per esigenze è stata pubblicata la riapertura dei termini per la presentazione delle domande short list professionisti avvocati, con avviso n° 1806 del 07/01/2025. Pertanto a breve si procederà alla pubblicazione della short list area legale, a cui attingere per i nuovi incarichi:

Misura generale:

1. Applicazione nuova short list per incarichi avvocati esterni;

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Affari Legali e Contenzioso; Direzione Generale.

Tempi di realizzazione: short list entro il mese di marzo 2025; Report annuale 2025,2026,2027;

Indicatore:

1. Report annuale su numero e rotazione incarichi esterni da short list.

E) AREA DI RISCHIO: Contratti Pubblici

La mappatura dei processi è stata proposta dal RPCT sulla base delle indicazioni della Determinazione Anac n. 12 del 28.10.2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione) e della Delibera Anac n. 831 del 3.08.2016 (Piano Nazionale Anticorruzione 2016). Purtroppo l'assenza di partecipazione delle strutture interessate non ha consentito ad oggi di poter effettuare una mappatura del processo contestualizzata ed alla individuazione dei rischi di corruzione presenti all'interno dell'Azienda. L'area di rischio è particolarmente sensibile, per cui si rende necessario conciliare le esigenze di semplificazione con la necessaria trasparenza, ma nel corso dello scorso periodo le misure sono state recepite solo in piccola parte. Infatti lo sforzo di costruire un cruscotto di monitoraggio dell'attività contrattuale, acquisendo le informazioni necessarie e definendo un set di flussi informativi costanti verso il RPCT, non è riuscito per la scarsa collaborazione da parte delle strutture interessate; per il 2025 si ripropone pertanto il set di flussi seguendo le indicazioni del PNA:

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Affidamento diretto
- ✓ Procedura negoziata per i servizi
- ✓ Procedura negoziata per i lavori
- ✓ Procedure in deroga
- ✓ Modifica dei contratti e varianti in corso d'opera.

Le check-list sono strumenti versatili che si prestano:

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

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

I modelli di check list del PNA 2022 sono acquisite quali misure di riduzione del rischio anche nel PTPCT 2025-2027 (allegato 4 del PIAO 2024 - 2026) non hanno la pretesa di esaustività di tutti i possibili elementi critici ovvero oggetto di verifica, tuttavia, possono essere integrate e adattate anche al nuovo codice degli appalti, su proposta elaborata dalle strutture interessate, al fine di tenere conto di ulteriori fattori o fattispecie che sulla base dell'esperienza pratica possono essere considerati meritevoli di attenzione.

a) Processo: programmazione lavori, forniture e servizi:

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

L'**esigenza di procedere preliminarmente alla definizione del fabbisogno**, si supera con l'applicazione della suddetta procedura, al momento della implementazione del percorso informatizzato, per come specificato nella stessa procedura, che nel corso del 2024 è stata applicata solo parzialmente. Alla definizione del fabbisogno segue la definizione della programmazione: Piano triennale dei lavori pubblici e Programma biennale di acquisto di beni e servizi, per come stabilito dal D. Lgs 50/16, art. 21, secondo le indicazioni e le schede contenute nel D.M. n. 14 del 16.01.2018, assolvendo all'obbligo di pubblicazione sul sito Aziendale / Profilo del Committente.

Misura:

1. Applicazione linee guida procedura amministrativo contabile del Ciclo Passivo di cui alla delibera n° 2751 del 20/12/2023;
 2. Monitoraggio 1° livello mediante check list/questionario.
- **Soggetto responsabile della misura:** UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.
 - **Tempi di realizzazione:** entro il mese di settembre 2025;
 - **Indicatore:**
 1. Produzione documento di rilevazione del fabbisogno, condivisa con il RPCT, anche in coerenza con le linee guida PAC del ciclo passivo.
 2. Pubblicazione sul sito aziendale del Piano triennale dei lavori pubblici e del Programma biennale di acquisto di beni e servizi.
 3. Report annuale con esito monitoraggio 1° livello.

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

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

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

Il ciclo di vita digitale dei contratti pubblici, di norma, si articola in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione. Le attività inerenti al ciclo di vita di cui al comma 1 sono

gestite, nel rispetto delle disposizioni del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, attraverso piattaforme e servizi digitali fra loro interoperabili, come indicato all'articolo 22.

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

Misura:

1. Applicazione nuovo codice degli appalti; Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurano il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la Banca dati nazionale dei contratti pubblici, secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (art. 28 c.d.c).
 - **Soggetto responsabile della misura:** UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.
 - **Tempi di realizzazione:** diretta su tutte le procedure;
 - **Indicatore:**
 - 1) **Report** Monitoraggio di 1° livello **da parte delle strutture responsabili anche attraverso utilizzo delle Check-list** di cui allegato n° 8 PNA 2022 (parte integrante del PTPCT anno 2025-2027 All.4) opportunamente adeguate;
 - 2) **Report su Conteggio del numero di procedure attivate nell'anno con una sola offerta.**
 - 3) **Monitoraggio banca dati PA.**
- c) **Processo: Esecuzione e rendicontazione del contratto:**

Era prevista l'elaborazione di una linea guida aziendale, utile come check list, secondo le misure di prevenzione di cui alla determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 e delibera ANAC n° 831 del 03/08/2016; la griglia di lavoro da sottoporre al Responsabile delle Unità operative interessate per l'implementazione e condivisione predisposta dal RPCT per come previsto nel PTPCT 2021-2023, non ha trovato applicazione, **(Allegato 6 del PIAO 2023)** così come il completamento linee guida condivise tra le strutture responsabili, già previste nel PTPCT 2021-2023.

 - **Misura 1:**
 1. Applicazione nuovo codice degli appalti;
 2. digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici;
 - **Soggetto responsabile della misura:** UOC Acquisizione beni e servizi; UOC Area Tecnico-patrimoniale; UOC Farmacie Ospedaliere e Territoriali; Direzione Dipartimento Amministrativo.
 - **Tempi di realizzazione:** coerenti con l'applicazione del nuovo codice;
 - **Indicatore:**
 - 1) **Rapport** tra il numero di operatori economici che risultano aggiudicatari in due anni contigui ed il numero totale di soggetti aggiudicatari, negli anni 2024 e 2025.
 - 2) **Report** annuale attestante la corretta applicazione del codice e l'interoperabilità delle banche dati coinvolte nel ciclo di vita dei contratti pubblici.

- **Misura 2:**

Monitoraggio da parte della Commissione di controllo e verifica (prevista nel PTPCT 2021-2023) per effettuazione controlli di 2^a livello che effettua controlli a campione e/o su segnalazioni di criticità di controllo e verifica delle prestazioni sui contratti in essere (Commissione istituita con delibera n° 76 del 12/01/2022 e rinnovata con delibera n° 1613 del 06/10/2022).

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

- **Tempi di realizzazione:** la Commissione deve produrre 1° Report al RPCT entro il mese di novembre del 2025, 2026 e 2027 (il report anno 2024 ad oggi non è stato ancora prodotto)
- **Indicatore:** report annuali di monitoraggio.

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

F) AREA DI RISCHIO: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio:

La mappatura dei processi è stata effettuata sulla base della proposta effettuata dal RPCT e alcune misure sono in corso di definizione. La situazione dell'area di rischio appare oggi particolarmente delicata, a seguito dell'inchiesta della Procura della Repubblica di Cosenza denominata “*Sistema Cosenza*” che ha coinvolto il management della UOC Gestione delle risorse economiche e finanziarie. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ha approvato il **Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC** aziendale con Deliberazione n. 160 del 15 febbraio 2017, integrato e rimodulato con Delibera 1234 del 10 luglio 2018. Con Deliberazione n. 547 del 3 aprile 2017 sono stati poi nominati i Responsabili delle attività di implementazione delle procedure amministrativo – contabili definite dalla Regione Calabria con DCA 33/2016: Gestione del Ciclo Attivo; Gestione del Personale; Gestione Magazzino; Gestione del Patrimonio; Gestione Inventari; Gestione della Mobilità Sanitaria e delle Partite infragruppo; Gestione del Contenzioso; Gestione delle Rilevazione Numerarie; Gestione Chiusure Contabili.

Con delibera ASP n° 2751/2023 è stata approvata la nuova procedura Ciclo passivo, di presa d'atto di linee guida regionali, e relativa alla definizione del fabbisogno.

L'ASP ha soddisfatto la misura prevista nel PIAO 2023-2025 di “adozione di sistemi digitali di pagamento e **implementazione a regime del progetto di Piattaforma MyPay messa a disposizione dall'Agid**, attraverso la quale far transitare, in via esclusiva, ogni esigenza di pagamento all'Asp, con la **contestuale cessazione di modalità alternative di riscossione**” con l'adozione di PAGOPA in via esclusiva (nota prot. n°154752 del 12/12/2024) che pertanto non viene più riportata.

Misura

1. Il percorso attuativo della certificabilità – PAC nei suoi aspetti generali e l'implementazione delle procedure contabili nei termini stabiliti dal DCA 33/2016 da parte dei Responsabili nominati con Delibera 1234 del 10 luglio 2018, nei suoi elementi di analisi, descrizione dei processi e successiva regolamentazione finalizzata alla certificabilità è stato recepito come misura di prevenzione della corruzione. Con delibera ASP n° 2751/2023, l'adozione delle

linee guida su ciclo passivo, non è ancora realizzato pienamente e pertanto si aggiorna al termine ulteriore del 31 dicembre 2025. E' quindi necessario concludere le attività ed integrare le procedure del Ciclo passivo, compreso quella di determinazione fabbisogno, secondo la normativa vigente.

Soggetto responsabile della misura:

1) Responsabile transizione digitale (RTD), SIA, UOC Gestione Tecnico-patrimoniale, UOC Acquisizione beni e servizi, UOC Affari legali e contenzioso; UOC Valorizzazione. Gestione, Formazione Risorse Umane, U.O.C. Gestione Risorse Economiche; Strutture aziendali, Farmacia Ospedaliera e Territoriale;

Tempi di realizzazione: entro il mese di dicembre 2025;

- Indicatore:

1. Report annuale (novembre 2025-2026-2027) monitoraggio implementazione del sistema di pagamento digitale in via esclusiva, di ogni esigenza di pagamento all'Asp, con la contestuale cessazione di modalità alternative di riscossione.
2. Report annuale (novembre 2025-2026-2027) su monitoraggio delle attività di competenza svolte in conformità alle procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n° 33/2016 e s.m.i. da parte dei responsabili individuati con delibera n° 1234/2018 e definizione procedure amministrative su criticità delibera PAC e su procedura ciclo passivo di cui del. 2751/2023.

G) AREA DI RISCHIO: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni:

Nell'ambito dell'area di rischio si è proceduto alla mappatura dei maggiori processi ed alla individuazione dei rischi di corruzione e delle misure di contrasto. Le misure di prevenzione definite sono state di tipo prevalentemente regolamentare, con la individuazione della necessità di elaborare o migliorare le procedure e di condividerle fra servizi/strutture omogenee, di rotazione e di gestione dei conflitti d'interesse. L'elaborazione delle procedure ha particolarmente impegnato le strutture, maggiormente interessato all'area di rischio alto e medio. Per quanto riguarda l'area farmaceutica, con deliberazione n° 106/2023 è stato individuato il coordinamento delle CAPD con il compito di coordinare le attività delle sei Commissioni Appropriata Prescrittiva dei Distretti.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
1) Vigilanza sulle farmacie effettuata dalla Commissione Farmaceutica (art. 14 L.R. 18)	Favorire/ penalizzare una Farmacia predeterminata	ALTO
2) Farmaco vigilanza e dispositivo vigilanza	Favoritismi e scambi di favore verso colleghi e personale della struttura	ALTO
3) Esecuzione dei controlli ufficiali in esecuzione delle profilassi di Stato presso aziende OSA e non	Favorire azienda sottoposta a controllo	MEDIO
4) N.O.C.I. Nucleo operativo controllo interno	Controllo non conforme o non veritiero	MEDIO

I responsabili delle UOC Farmacia hanno elaborato le procedure per la regolamentazione delle attività di vigilanza e controllo, che rappresentava la misura prevista nel PTPCT anno 2023-2025; per tale

motivo, per l'anno 2024-2026 è stata prevista quale misura la corretta applicazione delle procedure individuate.

A tal proposito la UOC Farmaceutica territoriale ASP di Cosenza, ha riscontrato in parte con predisposizione di modello di report annuale di monitoraggio anno 2024 trasmesso con nota prot. n° 154450 del 11/12/2024, pertanto si continua nell'applicazione della misura prevista, restando in attesa del report.

Per quanto riguarda l'esecuzione dei controlli ufficiali in esecuzione delle profilassi di Stato presso aziende OSA e non, è pervenuto report del servizio veterinario area A, prot. N° 153972 del 10/12/2024, di valutazione dell'efficacia, appropriatezza ed uniformità delle attività di controllo.

Per quanto riguarda il NOCI, le strutture interessate sono in fase di organizzazione per l'avvio dei controlli; tuttavia hanno evidenziato la necessità di poter disporre di un SW per simulazione DRG, strumento indispensabile per poter effettuare i controlli in modo oggettivo e completo, con simulazioni, per come previsto dalla norma.

Misura 1:

1. Monitoraggio sulla Corretta applicazione della procedura di attività di vigilanza e controllo;

Soggetto responsabile della misura: CAPD; U.O.C. Farmacia territoriale e Ospedaliera;

Tempi di realizzazione: contestuale con report annuale (entro novembre di ogni anno);

Indicatore: Report annuale di monitoraggio procedura.

Misura 2:

1. Controllo interno di 2° livello; Verifica campionaria sulla correttezza dei controlli e dissuasione da comportamento non corretti in fase ispettiva;

Soggetto responsabile della misura: Coordinamento CAPD (delibera 106/2023); U.O.C. Farmacia territoriale e Ospedaliera;

Tempi di realizzazione: entro il mese di novembre 2024-2025-2026;

Indicatore: Report annuale su controlli interni 2° livello.

Misura 3:

1. Verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo; realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica.

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Sanita Animale (Vet. Area A)

Tempi di realizzazione: entro il mese di novembre 2025;

Indicatore: Report di monitoraggio delle procedure e di integrazione del sistema di verifiche e controlli.

Misura 4:

1. Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale. Costituzione NOCI e NOCE secondo norma regionale.
2. Applicazione direttive Direzione aziendale su effettuazione controlli.
3. Acquisizione sw per simulazione DRG per controlli formali.

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Gestione Rete Erogatori, Direzione Sanitaria aziendale, Coordinamento ospedale, U.O.C. Direzioni mediche di Presidio. Area Tecnico-Patrimoniale;

Tempi di realizzazione: aprile 2025;

Indicatore:

1. Atto formale di riorganizzazione, programmazione attività, formazione e reportistica periodica, secondo DCA n° 53/2012.
2. Evidenza Acquisizione SW per simulazione DRG su controlli formali;
3. Report controlli e verifica appropriatezza ricoveri su modulistica regionale.

H) AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici diretti ed immediati per il destinatario.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei seguenti processi per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). Quale misura trasversale prevale la previsione di controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, ovvero adozione di strumenti di condivisione informatica con informatizzazione/digitalizzazione dei processi. L'applicazione del DCA n° 89/2019, che individua un percorso chiaro e ben definito, di fatti ha ridotto il rischio a valori minimi, pertanto anche per il PTPCT anno 2025-2027 si prevede quale misura residua il monitoraggio delle attività previste nel suddetto regolamento.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Gestione Piano di Assistenza individualizzato ossigenoterapia (PAI)	Favorire determinate aziende nel riconoscimento delle prestazioni	MEDIO
Distribuzione ausili di protesica respiratoria (ventilatori, aspiratori...)	Favorire determinate aziende nell'assegnazione dell'ausilio	MEDIO/BASSO

- **Misura:** controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, magari accompagnata da una informatizzazione/digitalizzazione dei processi; monitoraggio misura.
- **Soggetto responsabile:** U.O.C. Farmacia territoriale tramite l'ufficio DPC;
- **Tempi di realizzazione:** annuale entro novembre anno 2024-2025-2026.
- **Indicatore:** relazione di verifica anno 2024-2025-2026.

I) AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici diretti ed immediati per il destinatario.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei seguenti processi per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). Quale misura trasversale prevale la previsione di controlli di 2^a livello effettuati da soggetti/organismi terzi, magari accompagnata da una informatizzazione/digitalizzazione dei processi.

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Presa in carico utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale su segnalazione Autorità	Favorire/penalizzare soggetti interessati per l'ottenimento di eventuali benefici giuridici richiesti (affido, adozioni)	MEDIO

- **Misura:** informatizzazione/digitalizzazione dei processi;
- **Soggetto responsabile:** U.O.C. Servizi Sociali;
- **Tempi di realizzazione:** proroga nel corso dell'anno 2025, primo semestre;
- **Indicatore:** evidenza documentale di attivazione dei sistemi informatici di gestione delle procedure.

J) AREA DI RISCHIO: Rapporti con i soggetti erogatori.

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura dei processi sottoindicati per i quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2). La gestione dei rischi dovrà essere completata con le misure trasversali indicate nella Determinazione Anac n. 12 del 28.10.2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione) e della Delibera Anac n. 831 del 3.08.2016 (Piano Nazionale Anticorruzione 2016) per come raccomandato dalla nota ANAC – UVMAC prot. n. 95596 del 16.12.2020, in particolare in relazione alla corretta determinazione del fabbisogno, al rafforzamento della trasparenza e al rafforzamento dei controlli. Tali misure dovevano essere recepite all'interno di un *Manuale operativo di accreditamento per strutture sanitarie e socio sanitarie che erogano prestazioni assistenziali in regime residenziale – residenziale – domiciliare e ambulatoriale (o territoriale)*, comprensivo delle misure di prevenzione proposte ed armonizzato con la normativa nazionale e regionale di riferimento, da elaborare sulla base del documento proposto dall'Anac, quale buona prassi da seguire, con la Raccomandazione sopra citata, da recepire quale regolamentazione aziendale.

Accordi / Contratti con le Strutture Private accreditate (Case di Cura Private – Strutture Specialistiche)	Favorire/penalizzare strutture accreditate (da accreditare)	CRITICO
Accordi/Contratti con le strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie (RSA – CP e Riabilitazione Estensiva)	Favorire/penalizzare strutture accreditate (da accreditare)	CRITICO

A seguito della misura anno 2023, il presidente della Commissione aziendale, nonché i direttori/Responsabili delle strutture coinvolte (GRE, TAD, DSM, DSVC) hanno elaborato un regolamento secondo le indicazioni ANAC, ma limitatamente alle procedure riferite all'autorizzazione. Il RPCT ha richiesto al nuovo Presidente della Commissione ed alle strutture interessate di integrare la procedura con la parte relativa all'accREDITAMENTO, procedura che non può essere integrata in quanto le attività finalizzate all'accREDITAMENTO e al mantenimento dei requisiti, secondo le affermazioni della Commissione, vengono svolte dalla commissione regionale con applicazione di apposito regolamento regionale.

Misura: Manuale operativo di autorizzazione per strutture sanitarie e socio sanitarie che erogano prestazioni assistenziali in regime residenziale – residenziale – domiciliare e ambulatoriale (o territoriale), comprensivo delle misure di prevenzione proposte ed armonizzato con la normativa nazionale e regionale di riferimento, da elaborare sulla base del documento proposto dall'ANAC, quale buona prassi da seguire, con la Raccomandazione sopra citata, da recepire quale regolamentazione aziendale.

Tempi di realizzazione: entro il mese di giugno 2025;

Soggetto responsabile della misura: Gruppo di lavoro coordinato dal Presidente della Commissione Aziendale per l'autorizzazione sanitaria L.R. 24/2008 e costituito dalla stessa Commissione e dai Direttori (o loro delegati) delle Unità Operative: Governo della rete e degli erogatori, Tutela Anziani e Disabili, Dipartimento di Salute Mentale, Distretto Sanitario Vallecraati (per Hospice).

Indicatore: Pubblicazione Delibera/Determina di adozione del Manuale/regolamento aziendale per l'autorizzazione adeguato alle linee ANAC.

K) AREA DI RISCHIO: Liste di attesa.

L'area di rischio, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa regionali e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. La mappatura dei processi in questa area di rischio ha rilevato, in modo uniforme fra tutte le attività prese in considerazione, la criticità relativa al mancato rispetto delle liste di attesa, direttamente collegata ai margini di discrezionalità che hanno le strutture nella gestione delle Agende di prenotazione. Maggiore è la discrezionalità, in particolare nelle attività in cui la prenotazione è effettuata direttamente presso le strutture e non attraverso il CUP, maggiore risulta la probabilità di mancato rispetto delle liste di attesa. A tal proposito si richiama l'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari. Oltre alle misure specifiche assunte nell'ambito di ogni processo, che si propongono di fronteggiare il rischio in via transitoria, occorre fare un grande sforzo di coordinamento programmatico ed eventualmente di investimento nell'ambito del *Piano per la transizione digitale*.

La misura seguente, già prevista nel precedente PTPCT, per come attestato dal responsabile CUP aziendale, è stata attuata con il trasferimento di circa il 95% delle prenotazioni, e rimanendo ancora fuori gestione nel 2024 circa 90 agende su 1560 (in parte i CSM, alcune Radiologie –agende TAC e RMN);

Nel corso del 2024 la situazione quindi è ulteriormente migliorata in quanto la gestione tramite CUP riguarda la quasi totalità delle Agende delle strutture pubbliche e le prestazioni erogate tramite l'Alpi, e sono stati inseriti nella gestione CUP tutte le strutture private accreditate; pertanto si conferma la misura solo per ottimizzazione lista eccezioni;

Misura:

1. **Assicurare che tutte le Agende di prenotazione/accesso** ad ogni tipologia di servizi/prestazioni erogate, sia di natura socio sanitaria che amministrativa, in ogni contesto (territoriale, ospedaliero, di prevenzione) per il quale si rileva una lista di attesa o un servizio a sportello, vengano gestite dal CUP o da altro sistema di prenotazione centralizzata, anche da remoto, con l'utilizzo di sistemi informatici di prenotazione online.
2. **Stabilire e regolamentare con precisione una lista molto contenuta di eccezioni** alla prenotazione dell'ordine cronologico delle Agende, da gestire comunque all'interno di un sistema informatico, con la **previsione di un flusso informativo di controllo** che consenta di poter ripercorrere e verificare la gestione delle eccezioni oltre che i tempi di attesa per servizio e prestazione, anche ai fini gestionali e per il monitoraggio dei tempi procedurali amministrativi.

Tempi di realizzazione: entro luglio 2025;

Soggetto responsabile della misura: Direzione strategica, UOC Sistemi informativi aziendali, Responsabile CUP, Responsabile Transizione al Digitale, le strutture con le agende fuori gestione, UOC Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione delle Risorse Umane – Responsabile Alpi.

Indicatore:

1. Report monitoraggio su inserimento nel sistema delle agende attualmente non gestite (100%) al netto eccezioni;
2. Report **liste gestite** e predisposizione da parte del CUP della **lista delle eccezioni**;

M) AREA DI RISCHIO: Attività libero professionale

Nell'area di rischio erano emerse diverse criticità derivanti dal mancato adempimento alle direttive che regolamentano le prestazioni in intramoenia, quali la Legge 189/2012, il DPGR Regione Calabria n° 150/2013, la delibera ASP Cosenza n° 2026 del 07/10/2014;

Al fine di separare in maniera chiara l'attività istituzionale da quella intramuraria è stato ribadito, anche per i dirigenti in regime allargata, così come per quelli che svolgono l'ALPI nelle strutture aziendali, l'obbligo di registrare lo svolgimento dell'attività intramoenia attraverso l'utilizzo di un codice dedicato di rilevazione orario (codice 51) (vedi note prot. 1255 del 4.1.2023 e prot. n. 80190 del 17.07.2023). Tutti i pagamenti delle prestazioni intramoenia avvengono, senza eccezione alcuna, attraverso strumenti tracciabili (il CUP o POS in dotazione ai dirigenti). La commissione di vigilanza e verifica ALPI, di concerto con i Direttori di Macro struttura, effettuano la verifica annuale sul rapporto dei volumi prestazioni ALPI/ prestazioni istituzionali. Sono state attivate definitivamente tutte le agende CUP di prenotazione per le prestazioni intramoenia, come da disposizione prot. 49765 del 4.5.2023 (trasmessa anche al Responsabile RPCT). Inoltre, di concerto con il Responsabile del CUP, tutte le agende ALPI sono state rimodulate per far sì che tutte le prestazioni erogate da ogni dirigente in ALPI siano erogate dallo stesso anche in regime istituzionale. Anche per l'anno 2024 sono state regolarmente stipulate le convenzioni di cui all'art 2 del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella legge n. 189 del 8 novembre 2012 con i dirigenti autorizzati allo svolgimento dell'attività intramoenia in regime allargata (vedi nota prot. n. 4548 del 12.01.2024 e successiva stipula di n. 42 convenzioni). Il Responsabile dell'Ufficio ALPI ha più volte evidenziato la necessità che l'Azienda si doti di un efficiente sistema di contabilità analitica e gestionale per la individuazione puntuale dei costi delle prestazioni e, conseguentemente, anche di un apposito software per la gestione separata della contabilità ALPI (nota n° 153159 del 09/12/2024).

E' necessaria quindi effettuare attività di monitoraggio relativamente a:

- ✓ Obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- ✓ Obbligo per il personale sanitario di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento;
- ✓ Divieto di condizionare il paziente orientandolo verso la visita in regime di libera professione;
- ✓ Obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- ✓ Obbligo di attivare l'agenda CUP per le prestazioni erogate in Libera professione Intramoenia dai Dirigenti autorizzati e stipula convenzione nel rispetto della legge n° 189/2012, DPGR R.C. n° 150/2013, delibera ASP CS n° 2062/2014;
- ✓ Verifica periodica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda.

Nel corso del 2023 è stato attivato il CUP Regionale, ed è stata attivata anche la commissione paritetica di vigilanza delle attività ALPI, che di fatto, unitamente alla informatizzazione della maggior parte del processo, garantisce un buon grado di controllo e monitoraggio sulle attività.

Infine con DCA 3 dell'11/01/2024 è stato adottato il regolamento regionale per la gestione CUP.

Misura:

1. Ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'ASP;
2. Riduzione del 100% utilizzo studi professionali privati per ALPI in tre anni;
3. Monitoraggio implementazione agende CUP Alpi;
4. Monitoraggio stipula convenzioni annuale con i Dirigenti;
5. Acquisizione apposito software per gestione separata contabilità ALPI;

Tempi di realizzazione: entro aprile 2025 (M1); entro novembre 2025 (M2-3-4-5);

Soggetto responsabile della misura: U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione delle Risorse Umane; Responsabile ALPI; Responsabile CUP aziendale; U.O.C. PDTA; U.O.C. Area Tecnico-Partrimoniale (x sw).

Indicatore:

1. Documento di ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'ASP (entro marzo 2025).
2. Relazione su riduzione % utilizzo studi professionali privati per ALPI;
3. Report monitoraggio grado implementazione agende CUP;
4. Report monitoraggio stipula convenzioni con i Dirigenti;
5. Acquisizione SW e Report valorizzazione costi ALPI con dati estratti da SW.

N) AREA DI RISCHIO: Attività conseguenti al decesso intraospedaliero

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o, per la maggior parte dei casi, esternalizzata. Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Nell'ambito dell'area di rischio è stata effettuata la mappatura del processo Decesso intraospedaliero per il quali sono state individuate le misure di presentazione specifiche indicate nell'allegato 2) del PTPCT 2018-2020.

Fra le misure prese in considerazione era stato previsto il censimento e mappatura delle associazioni di volontariato che accedono alle strutture, del relativo personale e regolamentazione degli accessi e delle modalità di assistenza anche con questa finalità. Tale misura risulta oggi aggiornata con l'Approvazione del *Regolamento disciplinante i rapporti di collaborazione dell'ASP di Cosenza con le Associazioni di volontariato*, con Deliberazione n. 209 del 27 febbraio 2020 che ha sostanzialmente previsto il rinnovo di tutte le convenzioni/accordi con le modalità previste dallo stesso Regolamento, considerato che “ *a seguito di una prima informale mappatura dei rapporti in essere con gli organismi di volontariato è emersa una realtà estremamente variegata, all'interno della quale, parallelamente ai rapporti formalizzati a livello centrale, si sono sviluppati nel tempo, a livello periferico o di singola Unità Operativa, numerosi rapporti di collaborazione che vedono impegnati i volontari in attività di supporto ai servizi*”. In questo contesto si ritiene di dover rafforzare la misura, così per come realizzata, prevedendo la pubblicazione delle Convenzioni stipulate con le Associazioni di Volontariato in apposita sezione del sito aziendale Amministrazione Trasparente/Dati

PROCESSO	EVENTO	RISCHIO
Decesso intraospedaliero	Favorire particolari imprese nel servizio di pompe funebri	ALTO

Nel PTPCT anno 2023 era stata prevista la misura relative all'istituzione del registro segnalazioni anonime, e tale misura è stata applicata da tutti i Responsabili delle strutture Ospedaliere nel 2024.

Misura:

1. Pubblicazione Convenzioni sottoscritte con Associazioni di volontariato (con accesso alle morgue) ai sensi del Regolamento disciplinante i rapporti di collaborazione dell'ASP di Cosenza con le Associazioni di volontariato, approvato con Deliberazione n. 209 del 27 febbraio 2020, sul sito aziendale Amministrazione Trasparente/Dati ulteriori analogamente a quanto stabilito dall'art. 56 c. 3bis del D.L. 117 del 3 luglio 2017 (Codice del terzo settore);
2. Monitoraggio segnalazioni anonima su registro eventi da parte di utenti.

Tempi di realizzazione: pubblicazione contestuale; monitoraggio registro annuale;

Soggetto responsabile della misura 1: UOC Affari Generali ed Assicurativi.

Soggetto responsabile della misura 2: Direzioni PP.OO. Aziendali, Coordinamento Presidi.

Indicatore:

1. Report annuale del N° Convenzioni sottoscritte/n. Convenzioni pubblicate.
2. Monitoraggio annuale segnalazioni anonime in ambito ospedaliero su registro.

O) AREA DI RISCHIO: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio. Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di evento rischioso, alcune misure possono individuarsi nella standardizzazione delle procedure di controllo e verifica e nell'affinamento delle modalità di elaborazione e valutazione dei dati, a partire dall'utilizzo del "Sistema tessera sanitaria"

In coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al d.P.R. 62/2013, si rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei Soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell'Agenas

una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Si prevede la compilazione con cadenza annuale, salvo eventuali sopravvenute esigenze di aggiornamento. Al fine di renderne agevole la compilazione, l'Agenas mette a disposizione, su richiesta, un apposito supporto informatico.

Misura: dichiarazioni di relazioni e/o interessi su apposite medello Agenas;

Tempi di realizzazione: dichiarazione annuale entro novembre 2025;

Indicatore: compilazione dichiarazione ai sensi del DPR 62/2013 assenza relazioni/interesse su modello Agenas;

P) Trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Il "Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)", usa i presidi di prevenzione della corruzione, con riguardo alle indicazioni fornite dall'ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato il 16 novembre 2022.

Al fine di evitare il rischio di duplicazione degli adempimenti, in una logica di riduzione degli oneri, e per ottimizzare lo svolgimento delle attività interne si raccomanda di assicurare sinergia tra i RPCT e le Strutture/Unità di missione, in linea con la ratio del PNRR e dell'attuale quadro normativo volto alla semplificazione e all'integrazione è necessario favorire rapporti di collaborazione fra RPCT e Strutture/Unità di missione. In generale, il coinvolgimento del RPCT può riguardare:

- la mappatura dei processi;
- il monitoraggio degli interventi del PNRR;
- l'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- la gestione dei flussi informativi;

L'Autorità ritiene altamente auspicabile che i rapporti fra RPCT e Strutture/Unità di missione si sviluppino su di un piano di confronto reciproco e maggiore sinergia.

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione.

La stessa RGS, nel citato allegato, specifica che le Amministrazioni centrali titolari degli interventi¹²² e i soggetti attuatori¹²³ sono tenuti, in quanto pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, al rispetto della disciplina nazionale in materia di trasparenza. Restano fermi gli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato previsti dal d.lgs. n. 33/2013, anche alla luce delle indicazioni generali dettate da ANAC, cui si rinvia.

Anche i Soggetti attuatori, in un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013¹²⁶, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

2.3.7. *Misure trasversali di trattamento del rischio.*

Il processo di gestione del rischio ha visto la definizione delle misure generali e trasversali indicate nella vigente normativa e riportate, con ulteriori approfondimenti e raccomandazioni nei diversi Piani nazionali anticorruzione e la individuazione delle misure specifiche, di prevenzione e contrasto agli eventi rischiosi emersi nel corso della mappatura dei processi.

In questo contesto, le misure di carattere generale e trasversale, indicate nella normativa vigente e non ancora completamente definite a livello aziendale, per le quali si rende indispensabile, nel corso dell'anno 2024, perseguire la definitiva adozione sono le seguenti:

a) Rotazione ordinaria del personale

La rotazione c.d. "ordinaria" del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. Essa è stata introdotta nel nostro ordinamento, quale misura di prevenzione della corruzione, dalla legge 190/2012 - art. 1, co. 4, lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b).

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater²⁸, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». In proposito si rinvia alla Parte III, § 1.2. "La rotazione straordinaria". Tale ultima misura solo nominalmente può associarsi alla rotazione ordinaria.

La rotazione "ordinaria" è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione.

Il ricorso a tale rotazione deve, infatti, 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.

In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

La problematica relativa alla rotazione del personale costituisce uno dei maggiori elementi di discussione e confronto fra punti di vista spesso non coincidenti se non in conflitto. Anche all'interno dell'ASP, la discussione su questo punto ha fatto emergere punti di vista diversi e rigidità legate sia alla rappresentazione di difficoltà oggettive nell'adozione della misura (carenza di personale) sia a resistenze culturali nell'assunzione di ruoli flessibili ed innovativi. Questa situazione non ha consentito finora di poter regolamentare la possibilità di adottare la misura, a nessun livello organizzativo, in quanto le proposte avanzate non hanno soddisfatto l'esigenza di conciliare le diverse posizioni e superato perplessità e resistenze presenti. Sulla problematica è intervenuta anche l'ANAC con la Raccomandazione nota prot. 8477 del 01.02.2019 inviata all'Asp in seguito a segnalazioni sulla irregolare gestione di alcune procedure di conferimento incarichi (vedi Area di rischio incarichi).

L'ASP si è impegnata ad approvare un Piano di Rotazione del personale, contestualmente all'approvazione del nuovo Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali, entro 90 giorni dal 18 marzo 2020, termine ridefinito al **15 febbraio 2021** con la nota prot. n. 128367 del 24.12.2020 con la quale l'Asp riscontrava la richiesta di informazioni e chiarimenti in sede di monitoraggio sul recepimento delle Raccomandazioni di cui alla nota prot. 8477 del 01.02.2019.

Il Piano doveva essere approvato sulla base di Linee Guida concordate con il RPCT (Delibera 338 del 18 marzo 2020 – art. 8 dell'Allegato), pertanto il RPCT ha trasmesso con nota 22036 dell'11.02.2020, la proposta dei criteri di rotazione, recepito integralmente nell'ambito del PTPCT 2021-2023 all'**allegato a) ovvero allegato 2 al PNA 2019**. Ad oggi la misura non è stata applicata anche per difficoltà inerenti l'organizzazione aziendale e l'attesa del riordino derivante dal nuovo atto aziendale finalmente adottato dall'ASP con delibera n° 50 del 09/01/2025 in corso di approvazione da parte del Commissario ad Acta della Regione Calabria.

Misura: Sulla base delle suddette Linee Guida, pertanto, la Direzione Strategica dovrà adottare, in quanto non ancora adottato, il Piano di rotazione ordinaria del personale, che dovrà interessare tutti gli Uffici, individuando anche gli uffici e/o le figure professionali dove la rotazione sia possibile; dove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative ed adottate altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori ovvero l'articolazione delle competenze, c.d. *segregazione delle funzioni*: estensione dei meccanismi di doppia firma, individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, lavoro in team, condivisione delle fasi procedurali.

Tempi di realizzazione: entro 90 giorni dall'approvazione regionale dell'atto aziendale;

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Adozione/Delibera/determina di recepimento del regolamento per la disciplina della rotazione ordinaria e straordinaria;

b) Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, da adottare successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione *«del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva»* misura che, nel caso dell'inchiesta "sistema Cosenza", è stata solo in parte adottata. La misura è in parte disciplinata nell'ambito dei Criteri di rotazione del personale dei cui all'allegato a), oltre che dalla Delibera Anac 215/19 *«Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001»* **che qui si recepisce integralmente**. In questa direzione va ricordata la legge n. 97 del 2001, *«Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni»*. In particolare, l'art. 3, co. 1, della richiamata legge stabilisce che *«quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza»*.

Tale norma ha introdotto per tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato (non solo i dirigenti) l'istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per i delitti richiamati. Si tratta di una serie di reati molto più ristretta rispetto all'intera gamma di reati previsti dal Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice Penale. Il trasferimento è obbligatorio, salva la scelta lasciata all'amministrazione.

Il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, ancorché non definitiva, "e in ogni caso, decorsi cinque anni" dalla sua adozione (art. 3, co. 3).

La misura resta di natura preventiva e non sanzionatoria (diversamente dalla sanzione disciplinare in sé). E' necessario che la rotazione straordinaria sia disciplinata e regolamentata, nel rispetto della normativa vigente.

Misura: regolamento per la disciplina della rotazione straordinaria;

Tempi di realizzazione: entro 90 giorni da approvazione atto aziendale adottato;

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Adozione Delibera/determina di recepimento del regolamento per la disciplina della rotazione straordinaria;

c) Inconferibilità/incompatibilità degli incarichi:

La disciplina è dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 ivi comprese le autorità amministrative indipendenti, negli enti pubblici economici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, regolati e finanziati dalle pubbliche amministrazioni. La misura attuata, per come previsto dalla norma, è l'acquisizione delle *Dichiarazione di delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità* da parte dei soggetti incaricati. L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

Secondo quanto suggerito nel PNA, la regolamentazione interna della materia deve prevedere la definizione di adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica di tali dichiarazioni e di effettuare il monitoraggio delle singole posizioni soggettive, rivolgendo particolare attenzione alle situazioni di inconferibilità legate alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione. Nell'esperienza maturata dall'Autorità, tra l'altro, in passato si è spesso riscontrato che la dichiarazione risulta acquisita in un momento successivo alla data di conferimento dell'incarico. Nel corso del 2023 e 2024, si è riscontrato una acquisizione spesso contestuale, per cui la regolamentazione da adottare anche nel corso dell'anno 2025, dovrà ancora prevedere che:

- ✓ La dichiarazione sia acquisita tempestivamente, in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico;
- ✓ Una successiva verifica entro un congruo arco temporale;
- ✓ Il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- ✓ La pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Misura:

1. L'U.O.C. Gestione Risorse Umane è tenuta, al momento di conferimento e/o rinnovo di nuovi incarichi, a richiedere le dichiarazioni di esclusione dei motivi di inconferibilità e incompatibilità.
2. Annualmente dovrà richiedere la dichiarazione sull'incompatibilità.

La stessa struttura è altresì tenuta ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. Di tale attività riferirà annualmente al Responsabile Anticorruzione.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rese disponibili sul sito aziendale. Detta misura di trasparenza garantisce la possibilità del controllo sociale diffuso.

Tempi di realizzazione: tempestivo

Soggetto responsabile: Direttore U.O.C. Gestione, Valorizzazione, Sviluppo e Formazione Risorse Umane;

Indicatore: Relazione annuale al RPCT con indicazione del numero dichiarazioni acquisite/ numero incarichi conferiti e/o rinnovati nell'anno e numero verifiche effettuate a campione.

Verifiche da aprte dell'RPCT in autonoma determinazione.

d) Disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione. (Misure sull'accesso/permanenza nell'incarico/carica pubblica)

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del d.lgs. 165/2001 "*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*", introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del d.lgs. 39/2013, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

1) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

2) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

3) non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Infatti la legge 190/2012 ha introdotto una nuova disposizione all'interno del d.lgs. 165/2001, rubricata «*Prevenzione della corruzione nella formazione di commissioni e delle assegnazioni agli uffici*». In applicazione di questa norma, la condanna, anche non definitiva, per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale comporta una **serie di inconferibilità di incarichi** (partecipazione a commissioni di reclutamento del personale, incarichi di carattere operativo con gestione di risorse finanziarie, commissioni di gara nei contratti pubblici). La durata illimitata di tale inconferibilità ha dato luogo a perplessità già evidenziate dall'Autorità nella delibera n. 1292 del 23 novembre 2016, rispetto alle quali l'Autorità si è riservata di inoltrare una segnalazione al Governo e al Parlamento. La conseguenza dell'inconferibilità ha natura di misura preventiva, a tutela dell'immagine dell'amministrazione, e non sanzionatoria.

Ciò che rileva per l'applicazione della norma è la condanna non definitiva per i reati previsti nel Titolo II Capo I del Libro secondo del Codice penale.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari e si raccorda con la disciplina di cui all'art. 3 del D.lgs 39/13. Come precisato nel Piano Nazionale Anticorruzione, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, per tale dovendosi intendere, ai fini della disciplina in esame, anche la sentenza di patteggiamento per delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile, vale a dire non è ancora passata in giudicato. Rilevano, pertanto, anche le sentenze pronunciate in primo grado e in appello per le quali non siano ancora decorsi i termini per proporre l'impugnativa. La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del d.lgs 165/2001

riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

Misura: Le Unità Operative Complesse Gestione V.S.F. Risorse Umane, Gestione Attività Tecniche e Patrimoniali, Provveditorato Economato e gestione logistica, Affari Generali, devono verificare la sussistenza di precedenti penali al momento della costituzione delle commissioni di concorso e per l'affidamento di commesse, in maniera tempestiva, mentre l'UOC Gestione V.S.F. Risorse Umane deve verificare la sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e sim.

Tempi di realizzazione: tempestivo

Soggetto responsabile: Le Unità Operative Complesse Gestione V.S.F. Risorse Umane, Gestione Attività Tecniche e Patrimoniali, Provveditorato Economato e gestione logistica, Affari Generali,

Indicatore: Relazione annuale al RPCT con indicazione del numero di verifiche effettuate/numero componenti, al momento della costituzione delle commissioni, e numero di verifiche effettuate su sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e sim.

e) Disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

L'art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

L'art. 53 c. 16 ter del D.Lgs 165/01, per come modificato ed integrato dalla Legge 190/12, prevede che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica innanzitutto ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, individuate all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. Si osserva che una limitazione ai soli dipendenti con contratto a tempo indeterminato sarebbe in contrasto con la ratio della norma,

volta a evitare condizionamenti nell'esercizio di funzioni pubbliche e sono pertanto da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015).

Misura:

Le misure volte a prevenire tale fenomeno sono:

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- La previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

in relazione a quanto previsto anche nel nuovo Codice di comportamento aziendale, art. 24, comma 10, anche nel PTPCT 2025-2027 si stabilisce, quale misura di prevenzione, che l'ufficio risorse umane acquisisca apposita dichiarazione, ovvero clausola contrattuale, da parte del personale che negli ultimi tre anni di servizio ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per l'ASP, *“ di non svolgere, nei tre anni successivi, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'ASP svolta attraverso i medesimi poteri ”*.

Soggetto responsabile: U.O.C. Gestione V.S.F. Risorse Umane; U.O.C. che gestiscono contratti con privati suscettibili;

Obiettivi: a) acquisire un campione (il 40%) delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage con riguardo all'anno 2025; b) verifiche sul campione 50% stabilito rispetto alle dichiarazioni acquisite; c) acquisire dichiarazioni da soggetti privati contrattualizzati con ASP;

Indicatori:

- a) numero delle dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite sul totale dei dipendenti cessati cui potenzialmente si applica il divieto di pantouflage;
- b) numero di verifiche effettuate rispetto al campione stabilito;
- c) n° dichiarazioni soggetti privati;

Domande di verifica: a) sono state acquisite le dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage? quante dichiarazioni di impegno sono state acquisite sul totale dei dipendenti cessati? b) quante verifiche sono state effettuate rispetto al campione X stabilito?

f) Codice di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i **codici di comportamento** rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con i PTPCT.

Tale codice rappresenta la base giuridica di riferimento per i codici che devono essere adottati dalle singole amministrazioni. Esso si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui

all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n 165/2001, il cui rapporto è disciplinato contrattualmente, ai sensi dell'art. 2, co. 2 e 3, del medesimo decreto.

Gli obblighi di condotta sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Il nuovo Codice di comportamento aziendale è stato approvato con Deliberazione 34 del 21 gennaio 2021, **che si recepisce integralmente nell'ambito del presente Piano, quale misura di prevenzione della corruzione**, aggiornato a seguito della emanazione, da parte dell'ANAC, di nuove Linee Guida, elaborate sulla base dell'esperienza realizzata a partire dall'approvazione del DPR 62/2013, con le deliberazioni n° 358 del 29/03/2017 e successivo aggiornamento con deliberazione n° 177 del 19/02/2020.

Con deliberazione successiva n° 520 del 5/05/2021 è stato adottato il regolamento disciplinare.

Nel corso dell'anno 2021 e inizio 2022, per diffondere la cultura e la conoscenza del Codice di comportamento, sono stati effettuate giornate di formazione per tutti i dipendenti dell'ASP di Cosenza con la realizzazione del corso *"Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza"*.

In effetti la procedura di notifica del Codice di Comportamento ed acquisizione delle presa d'atto, ha interessato e coinvolto la maggior parte del personale dipendente a cui viene sottoposta la presa d'atto al momento della sottoscrizione del contratto.

Nell'elaborazione del Codice di Amministrazione, l'ASP ha tenuto conto delle esigenze locali e aziendali, così per come rilevate durante il lungo percorso di consultazione che ha visto la partecipazione diretta dei dipendenti, in particolare nell'ambito di iniziative di formazione, degli Organi di amministrazione e infine degli stakeholder interni ed esterni, ai quali è stata sottoposta una bozza del Codice, formalmente adottata e pubblicata sul sito aziendale (Delibera n. 951 del 14 ottobre 2020).

Lo sforzo che ha inteso fare l'ASP nell'elaborazione del Codice è stato quello di superare la visione che vede il dipendente pubblico assumere comportamenti standardizzati, di estrema correttezza formale ma slegati dagli obiettivi e dal contesto operativo della propria azienda ed area operativa e far emergere un profilo di dipendente che corrisponda a quello di un soggetto che vuole essere protagonista di una nuova tensione propulsiva che accompagni il cambiamento di prospettiva gestionale del sistema sanitario locale.

Pertanto, il primo obiettivo è stato quello di adottare e promuovere un modello etico – comportamentale per i dipendenti dell'Azienda.

Il secondo obiettivo è stato quindi quello di comunicare e condividere con il pubblico il modello etico – comportamentale definito, anche al fine di migliorare l'immagine dell'ASP all'esterno, attivando un circolo virtuoso di scambio con l'opinione pubblica.

Infine il Codice è stato elaborato in modo tale da rendere efficaci e sostenibili le previsioni regolamentari, identificando chiaramente le fattispecie comportamentali ed identificando, quando possibile, il percorso di accertamento delle responsabilità.

Il Codice dovrà essere revisionato periodicamente in relazione alle indicazioni, esigenze e normative sorgenti e implementato da misure attuative e attività complementari di formazione sensibilizzazione e monitoraggio sull'efficacia delle norme inserite. Infatti, al fine di adeguare ed aggiornare il Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, al DPR n. 81 del 13 giugno 2023 che ha modificato il DPR 62/2013, è stata predisposta apposita Appendice al Codice di comportamento di cui alla Delibera n. 34 del 21.01.2021 nella

quale sono stati maggiormente specificati alcuni aspetti riguardanti l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione. L'Appendice è in corso di approvazione.

Tali misure, inserite nei PTPCT precedenti, e qui riconfermate, consistono in particolare:

- 1) Completamento e verifica della procedura di notifica del Codice ed acquisizione delle presa d'atto, in particolare per i soggetti non dipendenti ai quali le previsioni sono estese, *per quanto compatibili*, ai sensi dell'art. 2 c. 3 del DPR 62/13.

Nel complesso, per tali tipologie si registra negli adempimenti un miglioramento progressivo negli anni, nel rispetto delle previsioni del Codice e della loro efficacia, per cui:

- ✓ Le notifiche del nuovo Codice di comportamento ai soggetti che svolgono attività relative ad affidamento di lavori, servizi e forniture risultano devono essere implementate, con acquisizione della prevista presa d'atto.
- ✓ Nel corso degli anni 2022, 2023 e 2024 risultano effettuate notifiche ed acquisite prese d'atto da parte dei soggetti che svolgono attività di consulenza, collaborazione o intrattengono comunque rapporti con l'Asp;
- ✓ Risultano ancora poche le notifiche ed acquisizione di prese d'atto da parte di Associazioni non profit che intrattengono rapporti con l'ASP;

Si dovrà quindi porre particolare attenzione **alla notifica ed acquisizione delle prese d'atto a tutti i soggetti esterni, da parte di tutte le Unità Operative interessate**, segnalando eventuali difficoltà oggettive relative all'acquisizione della presa d'atto o eventuale rifiuto.

Nei confronti di questi soggetti, il Codice prevede altresì l'obbligo di **inserimento**, con specifica responsabilità disciplinare del dirigente inadempiente, nei provvedimenti di incarico e nei contratti di collaborazione, consulenza e servizi **di apposite clausole di risoluzione o decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice**. Tali obblighi dovranno essere specificatamente indicati nei provvedimenti, in quanto giudicati compatibili, ad esempio attraverso il richiamo esplicito degli artt. rivolti ai destinatari del Codice, oppure attraverso una ulteriore e più precisa declinazione degli obblighi del Codice, coerenti con la tipologia di prestazione che il soggetto esterno si impegna ad assicurare. L'approfondimento di tale ulteriore specifica costituisce una misura anche del PTPCT 2025 – 2027, con la **definizione, in collaborazione con le competenti Unità Operative, di Schemi – tipo di formule/obblighi da inserire nelle diverse tipologie di contratto**. Il Codice prevede altresì che si possano stabilire, in sede contrattuale, ulteriori obblighi, individuati sulla base del tipo di collaborazione prestata.

Per quanto riguarda i Contratti di lavori e forniture di beni e servizi, l'impegno all'osservanza del Codice risulta strettamente connesso al rispetto del **Patto d'integrità**, approvato dall'ASP nell'ambito del PTPCT 2018 – 2020 (Delibera n. 161 del 31.01.2018) che costituisce parte integrante e sostanziale dei Documenti di gara da sottoporre al fornitore.

In relazione al rispetto delle previsioni del Codice di Comportamento da parte di soggetti esterni, l'art. 2 del Codice di Amministrazione inserisce anche “i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale, per quanto compatibile con le convenzioni vigenti” e gli “specialisti ambulatoriali interni (medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi) per quanto compatibile con le convenzioni vigenti”.

Al fine di assicurare la massima efficacia delle previsioni del Codice si vuole promuovere nell'ambito del PTPCT una misura di monitoraggio a campione nei confronti del personale convenzionato, personale esterno, con verifica anche delle previsioni contrattuali.

- 2) Attività di informazione, sensibilizzazione, formazione.

1. Livello informativo: pubblicazione in apposito spazio sul sito aziendale, con link sulla Home page, di schede informative sugli articoli del Codice anche in relazione ad eventuali violazioni registrate nell'ASP – a cura dell'Ufficio RPCT;
2. Livello di sensibilizzazione: con l'organizzazione webinar/incontri online su temi/aree specifiche del Codice ed incontri tematici ed altre forme interattive, di gruppo o di consulenza individuale, ad organizzazione diretta da parte dei Responsabili delle strutture, in collaborazione con gli Animatori dell'integrità; l'attività è stata già svolta con successo nel corso del 2024 e si ripropone come azione di potenziamento nel corso del 2025.

g) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Le disposizioni sul conflitto di interessi, nel prosieguo specificate, fanno riferimento a un'accezione ampia attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale. Pertanto alle situazioni palesi di conflitto di interessi reale e concreto, che sono quelle esplicitate all'art. 7 e all'art. 14 del d.P.R. n. 62 del 2013, si aggiungono quelle di potenziale conflitto che, seppure non tipizzate, potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

Il PTPCT 2021 – 2023, approvato con Deliberazione n. 553 del 12 maggio 2021 ha pertanto previsto di procedere alla revisione/aggiornamento della Procedura di regolamentazione conflitto d'interessi del personale dipendente, *“inserendo ulteriori elementi che possano determinare un incremento dell'efficacia, responsabilizzando i Direttori delle macrostrutture e prevedendo azioni di responsabilità per i soggetti inadempienti negli obblighi di comunicazione e di controllo/vigilanza”*.

Con atto deliberativo n° 1452 del 14/10/2021 è stato approvato l'aggiornamento e la revisione della procedura di regolamentazione del conflitto di interesse che, acquisita come misura di prevenzione, deve essere applicata in modo puntuale da tutto il personale interessato. I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale. Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile utilizzando l'apposita modulistica predisposta dal RPCT ed allegata alla deliberazione n° 1452/2021 di approvazione del regolamento.

h) Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale **le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti**, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

L'ASP, con Delibera n. 3201 del 05.12.2013 ha adottato specifico Regolamento che stabilisce una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. E' prevista una attività di monitoraggio annuale sulle autorizzazioni rilasciate relativamente a:

- Incarichi gratuiti che non necessitano di autorizzazione per partecipazione a convegni e seminari in qualità di docenti;
- Incarichi retribuiti che non necessitano di autorizzazione per partecipazione a convegni e seminari;
- Perizie e consulenze tecniche d'ufficio (CTU) conferite dall'autorità giudiziaria che non necessitano di autorizzazione;
- Richieste autorizzazioni per lo svolgimento di prestazioni retribuite, a favore di soggetti sia pubblici che privati, svolte saltuariamente ed occasionalmente dal personale di ogni qualifica e profilo;
- Richieste autorizzazioni pervenute relativamente alle perizie e consulenze tecniche di parte (CTP) rese davanti autorità giudiziaria che necessitano di autorizzazione;

L'attività di monitoraggio costituisce Misura fondamentale anche per l'anno 2025.

i) Patti di integrità negli affidamenti.

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Il Patto di Integrità è stato sviluppato da Transparency International negli anni '90 con l'obiettivo di aiutare governi, economia e società civile nella lotta alla corruzione nel settore degli approvvigionamenti pubblici, dotando le amministrazioni di uno strumento aggiuntivo deterrente contro la corruzione, che compensi meccanismi legislativi a volte incompleti o funzioni di controllo e/o repressione spesso lente ed inefficaci.

Il Patto d'integrità è stato formalmente recepito dalla Legge 190/12 e dettagliato nel P. N.A, come misura obbligatoria efficace da utilizzare nell'azione di contrasto alla corruzione. Nell'ambito del PTPCT 2018 – 2021 è stato adottato il Patto d'integrità dell'ASP di Cosenza, recependo il documento elaborato da un gruppo di lavoro appositamente costituito, secondo le previsioni del PTPCT 2017 – 2019. Si ritiene necessario procedere anche nel 2025 al monitoraggio a campione relativo all'inserimento del Patto di integrità recepito nel PTPCT anno 2018-2020, aggiornato con riferimenti alla normativa vigente, nei documenti di gara da sottoscrivere ed alla verifica di eventuali violazioni, ai fini della conferma di efficacia.

j) Disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante “la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”. Il decreto si applica ai soggetti del settore pubblico e del settore privato, garantisce la protezione – sia in termini di tutela della riservatezza che di tutela da ritorsioni - dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce o, con il nuovo istituto della divulgazione pubblica (tramite la stampa o mezzi elettronici o comunque attraverso mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone), contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per la stessa amministrazione o ente di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Il d.lgs. n. 24/2023 stabilisce che sono oggetto di segnalazione, divulgazione pubblica o denuncia le informazioni sulle violazioni, compresi i fondati sospetti, di normative nazionali e dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato commesse nell'ambito dell'organizzazione dell'ente con cui il segnalante o denunciante intrattiene uno di rapporti giuridici qualificati considerati dal legislatore.

Non sono ricomprese tra le informazioni sulle violazioni segnalabili o denunciabili le notizie palesemente prive di fondamento, le informazioni che sono già totalmente di dominio pubblico, nonché le informazioni acquisite solo sulla base di indiscrezioni o vociferazioni scarsamente attendibili (cd. Voci di corridoio).

Le segnalazioni dalle quali non è possibile ricavare l'identità del segnalante sono considerate anonime. Le segnalazioni anonime, ove circostanziate, sono equiparate da ANAC a segnalazioni ordinarie e trattate consequenzialmente in conformità a quanto previsto nei Regolamenti di vigilanza.

Il decreto, nel recepire le indicazioni della Direttiva europea, ha previsto un sistema diversificato di presentazione delle segnalazioni.

Canali di segnalazione:

- 1) Canale interni negli enti pubblici e privati – incoraggiati (forma scritta o piattaforma on line, forma orale – linee telefoniche, con sistema di messaggistica vocale o incontro diretto s.r.);
- 2) Canale esterno presso ANAC;
- 3) Divulgazione pubblica;
- 4) Denuncia all'Autorità giudiziaria;

L'ASP ha nel corso del 2022 adottato un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi *device*, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alla Legge 179/2017 ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con delibera 469/2021.

La soluzione, attivata ad inizio 2023, consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc. Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi.

Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di “dialogare” con il segnalante “mediante la soluzione”, quindi senza conoscerne l'identità.

Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento.

Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione, attraverso il link pubblicato sul sito dell'ASP e opportunamente comunicato a tutti i dipendenti, unitamente al manuale di utilizzo.

Il sistema implementato, nella fase di avvio prevede la 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; prevede inoltre la dichiarazione al sistema dei soggetti che potenzialmente potrebbero procedere alla presentazione delle segnalazioni:

L'invio ai **soggetti interni**, pre-dichiarati al sistema, è prevista con notifica via sms/email e sono 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 avviene con le modalità e le cautele previsti dalla norma.

Probabilmente le modalità di registrazione al sistema, non ha garantito una massiva adesione al sistema di denuncia sulla piattaforma e da alcuni mesi è stata sospesa l'assistenza informatica specializzata per cui il RPCT, verbalmente e con nota 137048/2024, ha richiesto chiarimenti ancora in attesa di riscontro;

Per tale ragione si decide di riattivare anche una indirizzo di posta elettronica per la segnalazione anonima/riservata di illeciti nell'ASP di Cosenza.

k) Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

L'importanza e obbligatorietà di tale misura di supporto alla realizzazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza è stata più volte sottolineata e ribadita nei diversi Piani Nazionali Anticorruzione pubblicati (PNA).

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare nell'ambito del PTPCT, infatti, rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

La l. 190/2012 stabilisce, infatti, che il Piano debba prevedere, per le attività a più elevato rischio di corruzione, percorsi e programmi di formazione, anche specifici e settoriali, dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, co. 9, lett. b) e c)). La stessa legge dispone che per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni statali i percorsi formativi siano predisposti dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione con cadenza periodica e d'intesa con le amministrazioni (art. 1, co. 11).

Tutti i dipendenti pubblici, a prescindere dalle tipologie contrattuali (ad esempio, a tempo determinato o indeterminato) dovrebbero ricevere una formazione iniziale sulle regole di condotta definite nel Codice di comportamento nazionale (d.P.R. 62/2013) e nei codici di amministrazione. La formazione

iniziale consente di approfondire, sin dall'istaurarsi del rapporto lavoro, i temi dell'integrità e di aumentare la consapevolezza circa il contenuto e la portata di principi, valori e regole che devono guidare il comportamento secondo quanto previsto all'art. 54 della Costituzione ai sensi del quale "I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore". Tale misura è stata ampiamente utilizzata negli anni scorsi ed ha sicuramente raggiunto l'obiettivo di far conoscere il sistema di prevenzione della corruzione e sensibilizzare i dipendenti sulle tematiche relative all'etica ed all'integrità.

Anche nel corso del 2024 è stato svolto un corso in presenza a direttori di struttura, sul Codice di comportamento aziendale, che successivamente hanno replicato i contenuti ai loro rispettivi dipendenti/collaboratori; anche per il 2025, le attività formative saranno svolte in modalità a distanza/elearning, ovvero in presenza, attraverso l'adesione ai Corsi in materia di trasparenza/anticorruzione/formazione specifica nelle aree di rischio da parte della SNA e altre istituzioni pubbliche o autorganizzati, accedendo a piattaforme messe a disposizione dell'ASP o noleggiare all'occorrenza, anche con modalità semplificate e flessibili, comunque senza accreditamento in ECM, ovvero, nel caso di tematiche specifiche da approfondire che interessano settori e casi specifici, anche in formazione residenziale all'interno dell'Azienda o all'esterno.

FORMAZIONE GENERALE

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Partecipazione ad attività di formazione organizzata dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche. Incontri di formazione organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della prevenzione delle corruzione e della trasparenza. Redazione PIAO.	Responsabile Trasparenza e prevenzione della corruzione, Ufficio e collaboratori RPCT. Dirigenti/ funzionari operanti nelle aree a rischio.	€ 6.000,00
Attività di formazione specifica sul "Processo di identificazione, analisi, valutazione del rischio corruzione-trattamento".	Strutture amministrative ASP, in particolare area Legale, G.R.E.F, Gestione personale, area Tecnico-patrimoniale, acquisizione beni e servizi.	1.000,00
Percorso formativo su: Trasparenza: pubblicazioni obbligatorie; pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i."	Responsabili della pubblicazione dei dati di cui all'allegato 3	1.000,00

Il Corso di formazione sul "processo di identificazione, analisi, valutazione e trattamento del rischio corruzione" si ritengono necessari ed indispensabili per approfondire le conoscenze di base ed affrontare alcune tematiche relative a casi aziendali, con coinvolgimento del personale dell'area amministrativa a maggior rischio, al fine di chiarire l'importanza di una corretta e completa mappatura ed analisi del rischio corruttivo a quelle strutture ancora poco rispondenti e collaboranti alle sollecitazioni da parte del RPCT.

I beneficiari del Corso saranno i dipendenti afferenti alle strutture che, nell'ambito della mappatura dei processi, hanno rilevato scarsa disponibilità e capacità di incidere sulle attività oggetto dell'aggiornamento.

Il "Percorso formativo sulla Trasparenza ai responsabili della pubblicazione dei dati si rende necessario in risposta ad oggettive difficoltà ed anche alla segnalazione ANAC su pubblicazioni dei dati di consulenti e collaboratori nel corso del 2021, per cui l'RPCT ha proposto una rimodulazione della gestione di tali pubblicazioni, approvata dall'ASP con deliberazione n°510 del 21/03/2022.

FORMAZIONE SPECIFICA E LEARNING

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Partecipazione ad attività di formazione sulla segnalazione di illecito da parte del Dipendente (Wistleblowing). Digitalizzazione del processo. Attività formativa autorganizzata in modalità a distanza/learning. Conflitto di ineteresse, inconferibilità, incompatibilità	Dirigenti e dipendenti dell'ASP di Cosenza a maggior rischio	1.000,00

L'attività formativa si rende necessaria alla luce della nuova organizzazione della gestione delle segnalazioni di illecito che l'RPCT, con il supporto di personale qualificato esterno per la gestione informatica, ha avviato già all'inizio dell'anno 2022, e che è stato attivato attraverso il sito wb33 a disposizione dei dipendenti.

Fra le misure **generali e trasversali** che si intende implementare, cogliendo tutte le occasioni offerte dalla normativa e dal processo di riorganizzazione aziendale, promuovendo anche una integrazione della programmazione, sono quelle di **semplificazione dell'attività amministrativa, di digitalizzazione dei processi, di regolamentazione, di controllo, di definizione PDTA, tutte capaci di assumere un ruolo fondamentale e propulsivo delle attività di trasparenza e prevenzione della corruzione.**

Infine, le misure specifiche sono state individuate e progettate nell'ambito di ogni area di rischio ed in corrispondenza al processo operativo preso in considerazione. Le misure sono dettagliatamente illustrate nell'allegato 2).

2.3.8. Trasparenza.

E' la sezione del PIAO che riguarda la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza amministrativa. Essa costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n° 20/2019, laddove considera la legge 190/2012 "*principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione*".

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli *stakeholder*, sia esterni che interni.

Le amministrazioni che sono tenute ad adottare il PIAO osservano gli obblighi di pubblicazione disciplinati dal d.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente, da attuare secondo le modalità indicate dall'Autorità nella delibera n. 1310/2016 e nell'Allegato 1) alla stessa.

Il legislatore, sin dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 33/2013, ha previsto che nei PTPCT sia predisposta una specifica programmazione, da aggiornare annualmente, in cui definire i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

In tale programmazione rientra anche la definizione degli obiettivi strategici, compito, affidato all'organo di indirizzo dell'amministrazione. La promozione di maggiori livelli di trasparenza, infatti, costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, **caratteristica essenziale** della sottosezione PIAO "Trasparenza" i **soggetti responsabili** di ognuna delle citate attività (elaborazione, pubblicazione, aggiornamento, depubblicazione dei dati e monitoraggio

sull'attuazione degli obblighi) sono specificati **nell'allegato 3 del presente PTPCT 2023-2025 e coincidono con i Direttori/Responsabili** delle **Strutture Responsabili** individuate nello stesso allegato 3. Nel corso dell'anno 2024 sono ulteriormente migliorati i livelli di trasparenza dati dal maggiore assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale e si sono create le condizioni per assicurare un flusso continuo e regolare di informazioni da pubblicare. Questo anche in virtù della individuazione dei Responsabili della pubblicazione dei dati, elencati nell'allegato 3) del PTPCT 2021 e della costante attività di monitoraggio e segnalazione delle inadempienze. Nel corso dell'anno 2024 sono stati apportati miglioramenti alla sezione del sito aziendale Amministrazione Trasparente, ed attivata la Casa di Vetro, al fine di rendere più accessibili le informazione. La stabilizzazione del flusso consentirà inoltre la definitiva regolamentazione dell'attività.

L'obiettivo strategico che si intende perseguire anche nell'anno 2025 rimane comunque quello di rendere definitivi certi e stabili i flussi di trasmissione e pubblicazione obbligatoria, individuando responsabilità specifiche per ogni struttura con obbligo di pubblicazione ed assicurando i necessari supporti tecnologici.

Pertanto per l'anno 2025, ci si propone di

- ✓ Implementare il sistema informatico intuitivo, (casa di Vetro) che permette l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione direttamente da parte dei responsabili della pubblicazione individuati nelle strutture interessate sulla sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ Completare l'attività di rilevazione, schedatura e pubblicazione dei procedimenti amministrativi, implementando il Catalogo di cui all'allegato 1);
- ✓ Adempiere agli obblighi di pubblicazione attraverso la trasmissione dei dati sulle Banche dati nazionali oltre che sul sito aziendale;
- ✓ Implementare gli adempimenti relativi all'inserimento degli **incarichi di consulenza e collaborazione**, di cui all'art. 15 D.Lgs 33/13, all'Anagrafe delle Prestazioni, al fine di superare le precedenti criticità.

In merito al primo punto è stata attivata la sezione **"Casa di vetro"**, da parte del SIA, con il supporto tecnico dell'operatore dell'ufficio RPCT per la messa a regime del sistema; tale sistema permette a ciascun operatore, eventualmente individuato dal Responsabile della struttura tenuta all'obbligo e che produce il dato da pubblicare, di renderlo direttamente disponibile ai sensi del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" tramite accesso diretto con credenziali personalizzate. Il sistema è operativo dai primi mesi del 2023. Il Direttore/Responsabile della struttura tenuta all'obbligo potrà comunicare all'RPCT periodicamente **l'elenco aggiornato** dei nominativi dei **personale individuato all'interno** della struttura per le attività previste (produzione, elaborazione, aggiornamento, pubblicazione/depubblicazione dei dati e monitoraggio) per l'attuazione degli obblighi.

A tal proposito **nel presente PIAO si recepisce l'allegato 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023** (Allegato 3/A PIAO), relativo all'elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "Amministrazione Trasparente", **sotto sezione 1° livello – Bandi di gara e contratti** – che è sostitutivo degli obblighi elencati per la stessa sottosezione nell'allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e delibera ANAC n° 1134/2017 nonché l'allegato 3/A del PIAO 2023. I nominativi di cui all'allegato 3 del presente PIAO saranno aggiornati successivamente, fermo restando il rispetto dell'adempimento da parte delle strutture tenute all'obbligo di pubblicazione.

Per ciò che attiene gli adempimenti relativi all'inserimento degli incarichi di consulenza e collaborazione, nel corso del 2022, al fine di ottimizzare il rispetto degli obblighi, è stato necessario ridefinire l'attività dell'Anagrafe delle prestazioni, riportandola nell'ambito, coerente ed appropriato, dell'articolazione organizzativa del Dipartimento Tecnico amministrativo; a tal proposito con

delibera n° 510 del 21 marzo 2022 con all'oggetto: *"Riordino attività anagrafe prestazioni e procedure inserimento dati su Banca dati sistema PerlaPA incarichi a dipendenti e consulenti. Modifica misure deliberazione n° 161/2018, allegato c) punto 5 – Repertorio dei contratti esterni"* è stata approvata dall'ASP di Cosenza la misura organizzativa, proposta dal RPCT, e la stessa, già resa operativa, dovrà essere mantenuta a regime in quanto per l'inserimento di consulenti e collaboratori si registrano ancora incompletezze per l'area di inserimento relativo all'U.O. risorse umane.

Con tale riordino è stato individuato il Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo, o suo delegato, quale Responsabile per gli adempimenti relativi all'Anagrafe della Prestazioni PerlaPA (RPPA), e stabilito che la Struttura che provvede all'affidamento degli incarichi è anche responsabile dell'inserimento dei dati sul sistema Perla PA attraverso l'accesso diretto al sistema, tramite credenziali personali, da parte dell'inseritore dedicato e individuato da ogni struttura con l'obbligo di pubblicazione del dato.

L'adempimento sulle banche dati nazionali, in alcuni casi, come per sistema PerlaPA, consente di soddisfare anche l'obbligo di pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente" dell'ASP di Cosenza tramite collegamento al link.

Per le situazioni diversificate di residuo inadempimento di alcuni importanti obblighi di legge, purtroppo ancora presenti, l'obiettivo sarà quello di tendere alla riduzione del fenomeno, insistendo sulla individuazione e pubblicizzazione delle responsabilità, anche al fine di consentire a chiunque di voler proporre segnalazioni o richieste di **accesso civico**.

In merito a tale strumento, sono state create le condizioni per facilitarne l'utilizzo ed è stato individuato un Referente dell'accesso civico nella persona della **Dott.ssa Carolina Tassone**, ai sensi dell'art. 24 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP.

Inoltre, e questo vale per ogni obbligo di pubblicazione, l'Azienda Sanitaria dovrà continuare ad effettuare un grande sforzo per aumentare la qualità delle informazioni da pubblicare, ai sensi dell'art. 6 del Dlgs 33/13 e soprattutto di pubblicare informazioni, dati e documenti, in termini di adozione di formati aperti e riutilizzabili, ai sensi dell'art. 7 Dlgs 33/13.

Nell'anno 2025 tutti i dati, documenti, informazioni pubblicati sul sito aziendale, non ancora conformi, dovranno essere pubblicati con uno standard di almeno tre stelle (Open Licence, Readable, Open Format) della scala di Tim Berners Lee, per come rivisitata dall'AgID nelle *Linee Guida per la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico – 2016*. Tutti i dati, documenti, informazioni già pubblicati in formati non corrispondenti a tale standard, dovranno, nel corso dell'anno, essere pubblicati anche in tale standard.

Per quanto riguarda l'accesso civico generalizzato è stata completata la realizzazione della **Rete dei referenti per l'Accesso civico generalizzato**, per come previsto dall'art. 28 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP, che costituisce il secondo grande pilastro del sistema della Trasparenza ai fini della programmazione coordinata delle iniziative di accesso, di formazione e autoformazione, di scambio e collaborazione, "centro di competenza" e supporto ai servizi, di analisi congiunta e assistita delle richieste di accesso che perverranno.

Rete dei Referenti per l'accesso civico generalizzato:

STRUTTURA	REFERENTE	QUALIFICA
Dipartimento Amministrativo e di Staff	Dott.ssa Giovanna Borromeo	Dirigente Amministrativo
Distretto Sanitario Vallecrati	Sig.ra Elena Labonia	CPS Tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico
Distretto Sanitario Esaro - Pollino	Dott. Ferdinando De Noia	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Tirreno	Dott.ssa Debora D'Acunzo	Collaboratore Amministrativo Prof.le Esperto
Distretto Sanitario Ionio Nord	Dott.ssa Antonia Bellitti	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Ionio Sud	Dott. Vito Saccone	Collaboratore Prof. le Assistente Sociale
Distretto Sanitario Cosenza – Savuto	Dott.ssa Flora Andreoli	Assistente Sociale Specialista
Dipartimento Salute Mentale	Dott.ssa Rosa Laratta	Collaboratore professionale sanitario Infermiere
Dipartimento di Prevenzione	Dott. ssa Valentina Battendieri	Comparto sanità

Per il riesame delle richieste di accesso civico generalizzato, in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine previsti, per come previsto dall'art. 33 del medesimo Regolamento, il RPCT si avvale del supporto del Referente per l'accesso Civico e del Responsabile della Privacy (DPO) dell'Azienda Sanitaria.

In materia di accesso (documentale, civico, civico generalizzato – FOIA), è stato poi istituito il Registro degli accessi, implementato dalle informazioni provenienti aziendali. I dati di monitoraggio relativi alla implementazione del Registro non sono ancora soddisfacenti in quanto ancora parte delle strutture non trasmette dati e non riscontra negativamente la richiesta. Non si ha pertanto una situazione definitiva delle richieste di accesso pervenute e trattate, anche se si registra un miglioramento costante.

Purtroppo, tale problematica non potrà essere risolta definitivamente fino a quando non si procederà alla elaborazione automatica del Registro degli accessi, attraverso l'implementazione del sistema del Protocollo informatico e dei flussi documentali con i programmi specifici che interessano il sistema degli accessi, per come raccomandato dal Dipartimento per la Funzione Pubblica.

Nel corso dell'anno 2025 ci si propone quindi di:

- ✓ Sostenere l'implementazione del sistema del Protocollo informatico e dei flussi documentali con i programmi specifici che interessano il sistema degli accessi;
- ✓ aggiornare, se necessario, il *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato* di cui alla Delibera 1360 del 10 luglio 2017 al fine di superare alcune criticità di tipo sostanziale ed organizzativo quali: a) ridefinire compiti e responsabilità nel sistema degli accessi; b) definire il ruolo del DPO/Ufficio Privacy nell'ambito del FOIA; c) raccordare le modalità di richiesta di accesso con il nuovo sistema aziendale dei flussi documentali; d) ridefinire il ruolo dei Referenti per l'accesso civico e creare il Centro di competenza Aziendale.

In materia di **Open data**, nei prossimi anni si intende recepire la normativa europea e nazionale sulla valorizzazione del patrimonio informativo pubblico, così per come indicato nelle Linee Guida Nazionali formulate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Agenzia per l'Italia Digitale e seguire gli standard condivisi a livello internazionale.

2.3.9. *Monitoraggio del PTPCT sull'attuazione e sull'idoneità delle misure*

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento dello strumento di programmazione (sia esso sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o PTPCT) è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. L'ASP di Cosenza intende rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato.

Le attività di monitoraggio periodico, riguarderà le seguenti attività:

- a) Crono programma di realizzazione delle azioni previste dal PTPCT e dalle singole misure;
- b) Adempimenti di pubblicazione ai sensi del Dlgs 33/13;
- c) Diffusione ed attuazione Codice di Comportamento.

I dati di monitoraggio sullo stato di attuazione del PTPCT anno 2025 saranno rilevati dai Referenti RPTC sulla base di schede appositamente predisposte dall'Ufficio RPCT. Le attività di monitoraggio avranno quindi come esito la stesura di un Report sullo stato di avanzamento della realizzazione delle misure previste nel PTPCT, elaborato entro il mese di dicembre, ovvero semestrale in relazione alla carenza di personale presso l'ufficio RPCT, che sarà trasmesso al Direttore Generale e alla O.I.V. e pubblicato sul sito www.asp.cosenza.it perché possa essere visionato dall'ANAC, dai servizi coinvolti nella realizzazione del Piano, dagli stakeholder interni ed esterni.

La responsabilità del monitoraggio è prevista su più livelli: nel monitoraggio di primo livello l'attuazione spetta ai referenti del RPCT e/o Direttori/Responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure, in autovalutazione; comunque il RPCT potrà richiedere documenti, informazioni e/o qualsiasi elemento che possa comprovare l'effettiva azione svolta e autovalutata.

Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione è compito del RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno se presenti.

La frequenza del monitoraggio, è prevista almeno annuale, e qualora possibile, secondo disponibilità di risorse umane, anche semestrale.

Per effettuare il monitoraggio saranno predisposte delle schede di monitoraggio in cui indicare, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, le cause (ove conosciute) che li abbiano determinati e le iniziative che si intendono intraprendere per correggerli;

L'obiettivo del RPCT dell'ASP di Cosenza nel triennio sarà comunque quello di realizzare un monitoraggio costante, attraverso l'adozione di un sistema di controllo di gestione informatizzato e integrato, delle misure.

a) Metodologia di elaborazione del PTPCT, coordinamento ed integrazione con la programmazione aziendale.

Il PTPCT è un documento di natura programmatica complessa e articolata per il quale risulta necessario **stabilire reali collegamenti con gli altri livelli di programmazione presenti nell'ASP e coinvolgere gli Stakeholder interni ed esterni.**

Per quanto riguarda la programmazione interna, il PTPCT si integra, per come previsto dalla vigente normativa, nel PIAO, che assorbe il **PTPCT ed il Piano della Performance.**

In seguito all'approvazione degli atti di programmazione si provvederà quindi ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, le misure individuate e progettate per l'attuazione del PTPCT nel duplice versante della:

- Performance organizzativa (art. 8 d.lgs. n. 150/2009)
- Performance individuale (art. 9 d.lgs. 150/2009).

Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione, individuati nella sezione PCT e negli atti programmatici relativi alla sezione della Performance organizzativa, si darà conto nell'ambito della Relazione della performance (art. 10 d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, si verificheranno i risultati raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Relativamente alla performance individuale, gli obiettivi e le relative attività da perseguire per la prevenzione dei fenomeni corruttivi saranno oggetto di valutazione da parte del dirigente responsabile della struttura competente.

A seguito della Nomina del Responsabile della transizione digitale e di costituzione del relativo Ufficio (Determina del Commissario Straordinario n. 181 del 12 marzo 2020) si è resa utile e opportuna anche una integrazione con le misure del **Piano per la transizione al digitale** in considerazione della grande valenza che riveste l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione dei processi/procedimenti nella prevenzione della corruzione.

b) Comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Tutte le comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed ogni altra informazione relativa alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione, rivolte ai servizi interni, avverranno esclusivamente con la pubblicazione sul sito aziendale, che tutti i dipendenti, ognuno nel suo ruolo, hanno l'obbligo di consultare periodicamente quale adempimento attuativo dell'art. 17 c. 13 del Codice di Comportamento aziendale, sulla home e nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Piano Triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza", accessibile attraverso il collegamento

- http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=programma_trasparenza_integrita

2.3.10. *Monitoraggio sulla trasparenza*

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione/ente ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"; se siano stati individuati i responsabili della elaborazione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati; se non siano stati disposti filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca *web* di indicizzare ed effettuare ricerche, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente; se i dati e le informazioni siano stati pubblicati in formato di tipo aperto e riutilizzabili.

Gli esiti sui monitoraggi svolti sia sulle misure di trasparenza adottate che sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non è direttamente responsabile di tutto il monitoraggio in quanto nella programmazione delle attività per assicurare la trasparenza, sono individuate le strutture responsabili della pubblicazione cui è attribuito il monitoraggio di primo livello (Allegato 3 del PIAO). Questo aspetto organizzativo è definito tenendo conto della tipologia di informazioni, delle dimensioni della struttura e del numero di uffici coinvolti. In altre parole, il sistema organizzativo, per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013, si fonda sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti.

Il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC va inquadrato nell'ottica di partecipare alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione/ente. L'organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

La frequenza del monitoraggio, è prevista almeno annuale, e qualora possibile, secondo disponibilità di risorse umane, anche semestrale.

Una possibile modalità operativa per lo svolgimento dell'attività di monitoraggio è quella di predisporre report specifici da parte dei soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati secondo le indicazioni del RPCT e indirizzati a quest'ultimo.

In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione all'ufficio di disciplina, cui trasmette anche i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di trasparenza, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Di ciò informa anche il vertice politico dell'amministrazione, o l'OIV o la struttura con funzioni analoghe ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43, co. 5, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1. Co. 7, l. n. 190/2012).

Da ultimo, si aggiunge che gli esiti di tutte le verifiche svolte dal RPCT, in coordinamento con l'OIV, rappresentano uno strumento importante di supporto per la valutazione da parte degli stessi organi di indirizzo politico dell'efficacia delle strategie di prevenzione perseguite in vista della elaborazione, da parte di questi, degli obiettivi strategici alla base della pianificazione.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ha redatto il "Disciplinare sulla protezione delle persone fisiche riguardo al trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi diffusi per finalità di pubblicità e trasparenza" ai sensi del D.Lgs. N° 196/2003 e del Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento (UE) 2016/679 (RPD o GDPR) del Parlamento

europeo e del Consiglio, del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Il documento riporta le cautele che i soggetti pubblici sono tenuti ad applicare nei casi in cui effettuano la diffusione di dati personali sui propri siti web istituzionali, ed è stato prodotto in una forma sintetica ma dettagliata con esemplificazioni sul tema e chiarimenti pratici in modo da rispondere alle necessità dei dipendenti addetti alla pubblicazione sul sito istituzionale.

In riferimento a casi esaminati unitamente dall'ufficio del RPCT e dall'ufficio privacy dell'ASP CS (pubblicazione dei curricula) si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, lo stralcio delle indicazioni contenute nel disciplinare:

“L'obbligo di pubblicazione del curriculum non giustifica la diffusione di tutti i contenuti astrattamente previsti nel modello europeo, ma solo quelli pertinenti rispetto alle finalità di trasparenza perseguite. In tale prospettiva, si considerano pertinenti le informazioni riguardanti i titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative (es. gli incarichi ricoperti), nonché le ulteriori informazioni di carattere professionale (es. Conoscenze linguistiche, competenze nell'uso delle tecnologie, partecipazione a convegni e seminari, redazione di pubblicazioni da parte dell'interessato)”.

Anche al fine di ridurre il rischio di c.d. furti di identità, non devono formare oggetto di pubblicazione dati eccedenti, quali ad esempio la foto, i recapiti personali o il codice fiscale dell'interessato (...).

Il documento sarà comunque sottoposto all'attenzione sia del personale ASP che si occupa della redazione dei documenti oggetto di pubblicazione che dei dipendenti addetti alla pubblicazione sul sito istituzionale (Allegato 3 e 3/B), che anche nel corso del 2025 sarà coinvolto ufficialmente nei processi di pubblicazione in Amministrazione trasparente, attraverso le attività formative per l'implementazione della “Casa di vetro”.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Dal punto di vista organizzativo l'azienda presenta il seguente organigramma:



La struttura organizzativa aziendale rappresentata è attualmente in corso di rimodulazione per la riorganizzazione necessaria in applicazione dell'atto aziendale che è rimasta incompiuta, ed anche perché è attualmente in corso la revisione dello stesso.

La sfida che si intende affrontare, è quella di potenziare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo "virtuoso" di arricchimento in *progress* del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente.

Per quanto riguarda il personale oltre il 70% di quello dipendente ha un'età uguale o superiore a 50 anni, per il resto la carenza di personale medico e del comparto, nonché di personale amministrativo adeguato, condizionano fortemente il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi sia in campo sanitario (ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche, prestazioni di laboratorio e di radio-diagnostica, nonché prestazioni di assistenza domiciliare) che in campo amministrativo (sviluppo di procedure di gara, svolgimento concorsi per assunzione di personale, definizione del contenzioso, gestione dei flussi informativi, sviluppo di procedure amministrativo-contabili).

3.1.1. *La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.*

L'ASP di Cosenza è articolata in:

- Distretti Sanitari;
- Presidi Ospedalieri;
- Dipartimenti;
- Strutture operative complesse;
- Strutture operative semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture operative semplici nell'ambito di struttura operativa complessa.

Macro articolazione organizzativa.

L'A.S.P di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa:

a) Distretti Sanitari:

I Distretti Sanitari dell'ASP di Cosenza sono attualmente sei e derivano dall'accorpamento di tredici Distretti esistenti nelle vecchie Asl, avvenuto nel rispetto delle linee guida regionali e per come di seguito specificato:

- Distretto 1 "Tirreno";
- Distretto 2 "Pollino-Esaro "con il CAPT/CdS di Lungro, Mormanno e S. Marco A.;
- Distretto 3 "Ionio Nord "con l'Hospice di Cassano;
- Distretto 4 "Ionio Sud "con il CAPT/Casa della salute di Cariati;
- Distretto 5 "Valle Crati ";
- Distretto 6 "Cosenza –Savuto "con S.G.F.

b) Presidi Ospedalieri:

I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011, 106/2012, DCA n° 9/2015 e DCA n°64/2016 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nell' ASP di Cosenza sono:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di Acri;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore;
- Ospedale di Trebisacce secondo il DCA n° 64/2016, e successiva delibera n° 2 e 3/2021 del Commissario ad Acta;
- Ospedale di Praia a mare come da sentenza n° 1153 del 2017 - III sez. Cons. di Stato e da decreto Ministero e Configurazione Commissario ad ACTA e successiva proposta di riconfigurazione di cui alla delibera ASP 1030/21;

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere è stata rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e dell'atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017 e DCA 91/2020.

c) Dipartimenti (Macro Strutture Operative):

c.1) Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Amministrativo/Tecnico-Logistico;

c.2) Dipartimenti/Aree Funzionali

- Dipartimento Area Medica;
- Dipartimento Area Chirurgica;
- Dipartimento Area Servizi e di Diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Dipartimento Area Emergenza/Urgenza;
- Dipartimento di Staff;
- Dipartimento Area Materno-Infantile (Interaziendale con l'A.O.).

d) Strutture Ospedaliere e Territoriali Accreditate:

- **Strutture di ricovero per acuti e post acuti:**
 - Case di Cura private accreditate;
- **Strutture di ricovero extraospedaliere:**
 - Residenzialità e semiresidenzialità Anziani;
 - Residenzialità Disabili;
 - Riabilitazione estensiva extraospedaliere;
 - Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche;
 - Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS;
 - Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale;
 - Residenzialità e semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
 - Strutture Assistenza Domiciliare;
 - Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera**, l'Azienda opera mediante tre Ospedali Spoke, due Ospedali di Zona disagiata, due presidi in corso di attivazione, per come di seguito elencati:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore ed Acri;
- Ospedali in corso di attivazione di Trebisacce e Praia a Mare dove attualmente sono in funzione solo alcuni servizi (Pronto soccorso e Lungodegenza a Trebisacce; Pronto soccorso e Medicina a Praia a mare).

La continuità dei percorsi assistenziali di cura e riabilitazione è assicurata dalla rete integrata dei servizi dei sei Distretti Sanitari aziendali integrati alla rete ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata.

Nel processo di riordino dell'assistenza ospedaliera, un ruolo importante riveste la riorganizzazione anche della rete territoriale dove è in fase di sviluppo la rete delle Cure Primarie che rappresentano un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'**Assistenza Primaria**, con l'obiettivo di una presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine di diminuire progressivamente il loro spostamento fra le strutture e favorire la possibilità del loro mantenimento al domicilio attraverso le dimissioni protette.

A tal fine è in programma lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT) che rappresentano una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali a bassa densità abitativa. Lo scopo è quello di costruire una piattaforma sperimentale, assistenziale sul modello UCCP (Unità Complessa Cure Primarie) da allocare nelle Case della Comunità/Ospedali di Comunità. L'Azienda tende a sviluppare, in modo uniforme e omogeneo, l'Assistenza Domiciliare Integrata con l'Assistenza Sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina Generale ed il PLS dovrà ricoprire un ruolo centrale. In quest'ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 (con una soglia minima LEA $\geq$ al 1.8 %) di pazienti over 65 in ADI, nonché standard regionali. Al fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità (DPGR n° 12/2011 "Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali") è impegno dell'ASP garantire l'Assistenza residenziale e semiresidenziale il cui accesso è riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci previa valutazione multidisciplinare (UVM). A detto organismo è conferito il compito di predisporre i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, deve dunque garantire la necessaria multi-professionalità e l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale). Le diverse attività non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi "protetti", si collocano nella Specialistica di II° livello da eseguirsi in ambito ospedaliero. I distretti dovranno, dunque, condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le altre strutture accreditate per il livello ospedaliero, adeguate e condivise procedure di tutte le fasi assistenziali e di integrazione tra le risorse professionali per un percorso organizzativo comune (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA).

Centrale è il ruolo delle Cure Primarie che, riorganizzate per Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come previsto dalla L. 189/2012, DCA 65/2018 e dal DCA 161/2018, assicurano, nelle 24 ore, la piena presa in carico del paziente, in collaborazione con gli specialisti (ospedalieri e territoriali).

La definizione e la contestualizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono state formalizzate con appositi DCA rivolti alle cronicità e/o ai percorsi riabilitativi, o profili integrati di cura; ciò deve indurre le varie componenti professionali, che operano nei percorsi assistenziali dell'ospedale e del territorio, ad assicurare concretamente un'efficace collaborazione interprofessionale, con un maggiore apporto di competenze a favore dell'assistito, collaborando nella contestualizzazione dei PDTA che coinvolgono ospedale e territorio.

La costruzione di specifici profili di cura per i soggetti con multicronicità deve essere effettuata attraverso lo strumento degli obiettivi di Piano con un'approccio d'iniziativa tendente a ridurre in modo significativo l'accesso al Pronto soccorso ed il ricorso inappropriato all'ospedale, ma soprattutto deve consentire lo sviluppo delle attività di prevenzione e diagnosi precoce delle patologie cronico-degenerative, con conseguente riduzione dell'incidenza delle stesse e/o ritardata insorgenza delle complicanze.

La realizzazione dei nuovi modelli assistenziali territoriali ed ospedalieri “di cui al DM 71/2022” non può prescindere dalla definizione di un piano operativo regionale e da un successivo riordino dell’organizzazione delle strutture sanitarie all’interno della Regione Calabria e quindi delle singole AA.SS.PP. attività tutt’ora in itinere al livello nazionale e regionale.

3.2. Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

PREMESSA

La gestione dell’emergenza sanitaria ha comportato nel lavoro pubblico un massiccio ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile, finora oggetto di limitate sperimentazioni.

Le Aziende si sono viste costrette a confrontarsi concretamente con una modalità organizzativa di lavoro disciplinata già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza che sono stati messi al centro di un ampio e diffuso dibattito tuttora in corso.

Con l’emergenza sanitaria, infatti, le Aziende sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es.: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.) prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

Occorre ora passare dalla modalità di lavoro agile della fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un’adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile.

L’approccio proposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica nelle sue “Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance” della fine del 2020 è quello di un’applicazione progressiva e graduale, in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all’Azienda, che deve elaborare un programma di sviluppo nell’arco temporale di un triennio.

Va sottolineato preliminarmente come il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile debba tuttavia tener conto dell’attuale disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa.

I tradizionali modelli del lavoro pubblico, inoltre, mal si adattano con un’organizzazione che deve essere in grado di adattarsi velocemente ai cambiamenti, di lavorare in una logica incrementale, rispondendo alle esigenze dell’utenza e valorizzando il lavoro di squadra, secondo criteri di intercambiabilità e flessibilità operativa dei componenti.

Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

In quest’ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorrerà ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

La più recente normativa in materia di lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l’Azienda e il lavoratore, basato sul principio guida “FAR BUT CLOSE”, ossia “lontano ma vicino”.

Si tratta di favorire forme di collaborazione tra Azienda e lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Azienda.

Il principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'Azienda;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio: l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio equilibrio ideale tra vita lavorativa e vita privata.

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare: sono da considerarsi, infatti, un fattore indispensabile del lavoro agile. Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

Ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento.

Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti tenuti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative, per i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Sulla base del vigente quadro normativo (legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1), le Aziende sanitarie sono tenute a redigere il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano della performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Si può pertanto dire che il POLA *“è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile, i quali andranno inseriti nelle ordinarie sezioni del Piano della performance o nelle schede individuali”* (Linee guida sul POLA e indicatori di performance, Presidenza del Consiglio dei Ministri, DFP).

La programmazione del lavoro agile si inserisce in un processo unitario all'interno delle organizzazioni nel quale convergono i diversi strumenti di programmazione aziendale previsti dal legislatore.

A regime, il POLA costituirà una sezione del Piano della performance, da aggiornare secondo una logica di scorrimento programmatico.

Si tratta, quindi, di un documento di programmazione organizzativa dinamico adottato dall'Azienda - sentite le organizzazioni sindacali e nelle more della regolamentazione da parte della Contrattazione Collettiva Nazionale dell'istituto del lavoro agile - contenente il livello di attuazione raggiunto dal lavoro agile, le relative modalità organizzative, i soggetti, i processi e gli strumenti necessari ed il suo programma di sviluppo.

3.2.1. *Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile*

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile sono in primo luogo i dirigenti ai vari livelli dell'organizzazione, i Servizi tecnologici dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), i Servizi di Prevenzione e Protezione, la funzione Privacy – DPO, i Servizi Formazione, i Servizi dedicati alla valutazione della performance, i Comitati Unici di Garanzia (CUG), i Servizi di logistica, di Amministrazione del Personale, del Bilancio e degli Acquisti.

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

Alla dirigenza è richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti dell'Azienda sono stati coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali, sulla base del piano di sviluppo individuato, sarà possibile dar luogo ad appositi accordi individuali, in aderenza al Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro, approvato a livello interaziendale, in una logica di omogeneizzazione e di integrazione dei processi riguardanti l'amministrazione del rapporto di lavoro.

Ogni Responsabile garantisce parità di trattamento e non discriminazione nell'accesso al lavoro agile, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento.

È compito della dirigenza esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve-medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi.

3.2.2. *Livello di attuazione del lavoro agile*

Dal mese di marzo 2020 l'Azienda ha adottato il lavoro agile in modalità straordinaria e semplificata al fine di ridurre la mobilità dei dipendenti e, quindi, il rischio di diffusione del contagio da Covid-19. A tal fine sono state predisposte indicazioni operative per lo svolgimento di tale attività, come previsto dal D.L. n. 6/2020 e dal DPCM del 23.2.2020, in assenza degli accordi individuali previsti dalla disciplina legislativa di riferimento.

Nell'anno 2020 si rileva che la modalità lavorativa in lavoro agile è stata autorizzata per la maggior parte dei dipendenti, proseguita in maniera semplificata nell'anno 2021 e il personale amministrativo del comparto risulta essere il ruolo che maggiormente ha utilizzato il lavoro agile.

Dalla decretata cessazione dell'emergenza pandemica, l'Azienda si è uniformata a quanto precedentemente disciplinato dalla legge in tema di lavoro agile.

3.2.3. *Modalità attuative*

Per meglio definire le modalità attuative del lavoro agile, sono state emanate, con nota Prot.n. 70901 del 12/05/2022, disposizioni in materia di lavoro agile ai sensi del D.L. n.24 del 24/03/2022, degli artt.18 e ss. L.81/2017, delle Linee Guida in materia di Lavoro Agile nella P.A. e ai sensi dell'art.1, comma 6 del Decreto del Ministro per la P.A. In tali disposizioni sono individuati le finalità, i principi, i criteri di accesso al lavoro agile, nonché lo schema di accordo individuale che disciplinano l'istituto in via ordinaria, superata la fase emergenziale.

Inoltre, il CCNL Comparto sanità 2019/2021, al Titolo VI – Lavoro a distanza, agli art. 76 e ss. Disciplina il lavoro agile e le modalità di attuazione dello stesso attraverso la sottoscrizione di un accord individuale.

L'ASP di Cosenza, con l'adozione delle citate disposizioni del 12/05/2022, si trova in perfetta linea con quanto disposto nel nuovo CCNL.

Allo stato attuale, lo sviluppo del lavoro agile da parte dell'Azienda è orientato ai servizi tecnico-amministrativi sulla base dei piani operativi pervenuti.

Di seguito si riporta l'illustrazione delle modalità attuative del lavoro agile a livello delle varie aree tematiche interessate.

- *Requisiti tecnologici Supporti hardware e software al Lavoro Agile*

L'Azienda permette l'utilizzo di dispositivi personali per collegarsi all'Azienda, previo accordo con i Sistemi Informativi Aziendali.

Il Dipendente ha l'obbligo di utilizzare e custodire gli strumenti di lavoro affidatigli con la massima cura e diligenza, nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e di adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro.

- *Connessione internet - Posta elettronica e strumenti di produttività – Applicativi aziendali*

Il dipendente dovrà utilizzare la propria connessione internet o quella del luogo dove svolgerà il proprio lavoro.

Il dipendente sarà messo nelle condizioni di accedere agli applicativi aziendali necessari all'espletamento delle proprie mansioni. Il collegamento avverrà previo accesso alla rete aziendale mediante collegamento sicuro (VPN).

3.2.4. *Sicurezza sul lavoro*

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e della L. 81/2017.

Infatti, in data 24/03/2020 con nota Prot.n.28817, è stata emanata l'Informativa sulla Sicurezza del Lavoro Agile ai sensi dell'art.22, comma 1, L. 81/2017 con la quale si sono trasmesse le indicazioni relative agli ambienti di lavoro indoor private redatte dal Responsabile della UOC Ufficio Unico della Sicurezza di questa ASP.

3.2.5. *Privacy – dpo*

Considerata la pervasività, nella gran parte dei processi aziendali, dell'impiego di tecnologie informatiche collegate ad internet, risulta necessario che tali attività siano svolte nel rispetto e in piena conformità alla normativa vigente in materia di protezione del dato e cyber security.

L'ASP di Cosenza, nell'esecuzione delle attività oggetto del POLA, mette in atto misure tecniche ed organizzative idonee a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati in suo possesso contro la perdita, il furto, nonché l'uso, la divulgazione o la modifica non autorizzata.

A tutti coloro che effettuano attività lavorativa in modalità agile e in telelavoro sono fornite specifiche istruzioni operative, nonché l'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento generale per la protezione dei dati personali).

3.2.6. *Logistica*

Il lavoro agile non è un obiettivo, ma una politica di gestione del cambiamento organizzativo con la finalità di migliorare i servizi resi alla collettività.

Una delle principali sfide poste dall'introduzione del lavoro agile ordinario è, dunque, il cambiamento della cultura organizzativa. Un fattore strategico per la realizzazione di un processo di implementazione del lavoro agile è la sensibilizzazione della Dirigenza, che dovrà individuare le attività remotizzabili nel senso più inclusivo possibile.

Il ricorso diffuso al lavoro agile richiede un ripensamento da parte delle aziende in ordine al concetto di postazione di lavoro.

Tra gli aspetti correlati alla flessibilità della prestazione lavorativa vi è, infatti, un diverso utilizzo degli spazi, in virtù del fatto che chi svolge la propria attività in modalità remota per parte della settimana, non occupa stabilmente la propria scrivania.

Questa considerazione, unita alla progressiva digitalizzazione/dematerializzazione documentale, e all'evoluzione tecnologica (WiFi, cloudstoring, VPN, piattaforme web ecc.) rende sempre più elastico il concetto di ufficio tradizionalmente inteso quale insieme di arredi ed attrezzature (scrivania, armadi, postazione telefonica fissa, presa di rete) funzionali allo svolgimento stabile del proprio lavoro.

Riorganizzare e riprogettare spazi e risorse in azienda è, pertanto, una necessità da un lato ma anche un'opportunità se si considera il valore aggiunto (di socializzazione ma anche di scambio di competenze) che può derivare dalla predisposizione di spazi comuni in cui la postazione fisica perde i suoi connotati tradizionali per divenire luogo di interazione professionale e relazionale.

L'attenzione che deve essere dedicata alla progettazione delle aree, dei luoghi, degli spazi in cui i lavoratori si avvicinano richiede una progettualità innovativa tanto nell'individuazione delle aree da dedicare al co-working quanto nella creazione di postazioni non solo funzionali, ma anche nelle quali il lavoratore possa sentirsi a proprio agio e non "di passaggio".

L'inesperienza delle aziende a questo tipo di approccio innovativo richiede preparazione, condivisione e anche considerazione delle esperienze maturate da altri soggetti, pubblici o privati, che si sono avvicinati già da tempo, in maniera strutturata, a questa modalità lavorativa.

E', altresì, importante comprendere il verosimile dimensionamento del fenomeno, in modo da poter tarare le reali esigenze in termini di spazi necessari e postazioni da predisporre.

3.2.7. Programma di sviluppo del lavoro agile

Si riporta in tabella la pianificazione delle strutture operative nelle quali vengono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile e il numero totale di attivazione previsto.

Macro Strutture Proponenti	Descrizione macro attività da svolgere da remoto	N. totale posizioni smart working attivabili per le macroattività	N. totale lavoratori impegnati nelle macroattività
Dipartimento di Staff	- Gestione/inserimento dati	1.359	4.531
	- Recupero crediti		
	- Gestione protocollo in entrata ed in uscita		
Dipartimento Tecnico	- Redazione di atti amministrativi, redazione documenti aziendali, redazione atti deliberativi		
Amministrativo	- Registrazione/Emissione/Liquidazione fatture elettroniche e documenti no iva		
Area Farmaceutica	- Registrazione posta elettronica		
	- Emissione ordini		
	- Gestione documentale		
Dipartimento Materno Infantile	- Gestione approvvigionamenti		
	- Area contabilità Analitica e Area Programmazione Economica		
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	- Area Programmazione Strategica		
	- Gestione flussi informativi e analisi statistiche		
	- Rapporti con il privato accreditato (degenza e ambulatoriale) e gestione flusso di liquidazione		
Dipartimento di Prevenzione	- Funzioni di protocollo/ Attività segreteria		
	- Gestione controlli sui fornitori – inventario beni mobili		
	- Assistenza telefonica		
Area Farmaceutica	- Attività amministrativa area contenzioso		
	- Elaborazione istruttorie richieste attività sanitaria		
Distretti Sanitari	- Attività afferenti alla gestione del reclutamento del personale e gestione giuridica del personale		
Area Emergenza Urgenza	- Relazioni sindacali		
	- Supporto RPCT		
	- Riunioni in conference call		
Spoke	- Elaborazione progetti organizzativi		
	- Statistiche		
	- Monitoraggio e programmazione attività socio sanitarie		
	- Attività gestionali/direzione di servizio		
	- Gestione flussi informativi		

3.2.8. La misurazione e valutazione della performance

Relativamente allo stato di implementazione del lavoro agile, gli obiettivi da porsi dovrebbero essere strettamente collegati e discendere da quelli strategici aziendali e collocare il lavoro agile all'interno di una visione di medio periodo che vede le Aziende Sanitarie orientate ad un reale processo di cambiamento e di transizione sostenibile.

In ordine, comunque, alla dimensione di valutazione del POLA di performance organizzativa aziendale, una valutazione circa lo stato di implementazione a livello aziendale riguarda:

- il livello di digitalizzazione, in termini di sviluppo, che le Aziende si devono porre come obiettivo di medio periodo sia in termini di infrastruttura di Rete, che di tecnologia hardware da fornire o mettere a disposizione dei singoli dipendenti, come anche in termini di sicurezza digitale degli applicativi. Il POLA, di conseguenza, deve proporre indicatori di valutazione del lavoro agile orientati sui programmi di transizione digitale definiti a livello di sistema più complessivo. In specifico va

valutato quanto, a livello di start up iniziale, la dotazione tecnologica e la conoscenza digitale del personale coinvolto è in grado di supportare il lavoro agile e di conseguenza gli obiettivi di periodo che si intendono raggiungere in termini di sviluppo di tale aspetto;

- il rafforzamento dell'Azienda in termini di resilienza. Il lavoro agile va visto come strumento per garantire continuità delle attività anche in circostanze eccezionali nelle quali non possa essere garantita la presenza ordinaria del dipendente. Tale indicatore discende anche dal precedente obiettivo e ci permette di misurare il livello di capacità delle Aziende di far transitare, all'occorrenza, la propria attività in tempi brevi, in ordine alle funzioni individuate nel POLA, in lavoro agile. E' necessario misurare la capacità aziendale di permutare in maniera massiva, a fronte di necessità, l'assetto organizzativo secondo le opportunità fornite dal lavoro agile. Di conseguenza occorre porsi un obiettivo di periodo rivolto a garantire una reale transizione al lavoro agile per i settori e le aree indicati nel POLA;

- sviluppare processi di semplificazione amministrativa. Altro aspetto di importanza strategica riguarda la semplificazione amministrativa. Le Aziende Sanitarie, come la PA in generale, hanno bisogno di snellire le procedure amministrative in essere, anche avvalendosi delle nuove tecnologie digitali. Oltre alle semplificazioni procedurali interne, obiettivi di semplificazione amministrativa devono riguardare il rapporto con il cittadino, al fine di sviluppare modalità di interazione con la PA più veloci e dirette, superando ridondanti passaggi procedurali e riducendo i tempi di risposta. Oltre ai costi di processo, obiettivi di performance devono riguardare la riduzione dei tempi dei procedimenti amministrativi e di risposta ai cittadini.

- *Valutazione della performance individuale*

Il nostro nuovo sistema di valutazione della performance individuale e soprattutto il lavoro fatto in questi ultimi anni è stato rivolto a diffondere nell'organizzazione e nel personale una cultura in ordine alla capacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di essere proattivi senza dover aspettare in modo passivo indicazioni e prescrizioni dall'alto, di percepire il proprio ruolo come un contributo alla creazione di valore.

Pertanto, per il momento si ritiene necessario mantenere l'impianto articolato dall'OIV e riguardanti la performance organizzativa, gli obiettivi individuali annualmente assegnati e i contributi organizzativi.

- *Performance organizzativa*

L'Area della performance organizzativa riguarda i risultati relativi all'ambito organizzativo di appartenenza. L'appartenenza ad una U.O. deve comportare la corresponsabilità di tutti i professionisti ai risultati raggiunti dall'organizzazione stessa, indipendentemente dalla tipologia di incarico assunto.

Una buona organizzazione deve basarsi, soprattutto, sul gioco di squadra e sul senso di appartenenza, prevenendo così il possibile rischio di alcuni professionisti di operare in modo tendenzialmente autonomo.

Il lavoro agile, se non opportunamente gestito, corre questo rischio. Le esperienze fino ad oggi presenti dimostrano come nelle richieste di lavoro agile ci sia, in diversi casi, la volontà da parte del dipendente di staccarsi dall'organizzazione e il tentativo di isolarsi.

Si ritiene pertanto che i livelli di performance organizzativa assegnati ad ogni singola Unità Operativa debbano valere per tutti gli appartenenti all'organizzazione stessa, non ravvisando la necessità di individuare indicatori differenti per personale che ha optato per il lavoro agile.

- *Obiettivi individuali*

Gli obiettivi individuali vanno individuati secondo target definiti in relazione al livello di responsabilità e di incarico professionale rivestito da ogni singolo dipendente. Per quanto riguarda questa dimensione valutativa gli obiettivi e gli indicatori devono rimanere quelli legati all'incarico rivestito e già consolidati nel sistema di valutazione individuale.

La valutazione dei comportamenti e contributi organizzativi. In ordine a questa ultima dimensione valutativa, l'impianto vigente in Azienda prende già in considerazione tali aspetti, che non vanno considerati in modo diverso a seconda che il professionista lavori in presenza o a distanza.

3.2.9. *Gli impatti esterni ed interni del lavoro agile*

Il cambiamento climatico è la principale crisi globale della nostra epoca. L'obiettivo della neutralità climatica è imprescindibile e costituisce una sfida complessa, ma possibile. A tal proposito istituzioni, imprese e cittadini sono chiamati a dare il loro contributo alla riduzione delle emissioni di gas serra. Durante il periodo di lockdown da Covid del 2020, quando cioè si è avuta la massima riduzione degli spostamenti di veicoli dovuti ad attività produttive e trasporti in gran parte fermi, il calo delle emissioni di CO₂ si è attestato in Italia attorno al 35%.

Tale riduzione è in realtà molto vicina a quello che dovrebbe essere il taglio da raggiungere in appena un decennio per centrare gli obiettivi e non far precipitare la crisi climatica. Questo ci mostra in maniera molto chiara la dimensione dello sforzo che dovremmo fare nei prossimi anni e anche la distanza dall'obiettivo.

Con le dovute attenzioni ai diritti e al benessere complessivo del lavoratore non v'è dubbio che il lavoro agile, se adottato in maniera strutturale e non residuale, può contribuire in maniera significativa alla riduzione delle emissioni di gas serra e al miglioramento della qualità della vita nelle nostre città, con evidenti vantaggi, sia a livello locale sia a livello globale.

Se si considera, in particolare, l'abitudine della maggioranza dei lavoratori (65-70%) ad usare il mezzo privato per recarsi al lavoro, il lavoro agile può costituire la chiave per un futuro in cui le città si liberano dal traffico congestionato e migliorano la qualità della vita e dell'aria. Per farlo, però, occorre non perdere l'occasione e creare le condizioni perché il lavoro agile costituisca, ove possibile, una valida alternativa al lavoro in presenza.

Ciò premesso, il lavoro agile non si limita a migliorare le condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro e a contribuire alle performance organizzative e individuali, ma può avere degli impatti positivi su diversi ambiti:

- Interni all'Azienda:

- Riduzione degli infortuni in itinere dovuti alla riduzione del numero degli spostamenti casa-lavoro e per servizio;
- Riduzione del fabbisogno di aree di sosta veicolare nelle sedi aziendali;
- Riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;
- Riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro;
- Riduzione e ottimizzazione degli spazi e risparmi in termini di utilities.

- Esterni all'azienda

- Minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dalla riduzione degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti;
- Riduzione delle emissioni inquinanti grazie alla riduzione degli spostamenti di servizio dovuti a riunioni, formazione, ecc.;

- Minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali e risorse (cancelleria e utenze); minore consumo di prodotti monouso, di cibi e bevande da asporto che si traduce in minore spreco di cibo e scelte alimentari più sostenibili, meno imballaggi, ecc.;
- Ripopolamento delle aree urbane periferiche e delle aree interne del territorio con conseguente redistribuzione dei consumi.

Tuttavia, non è assiomatico che il lavoro agile vada sempre di pari passo con la sostenibilità ambientale. Per esempio, lavorando da casa i dipendenti non utilizzano quotidianamente treni, autobus o metro. Vi è, quindi, una riduzione di emissioni. Questo risparmio però può essere azzerato se i dipendenti, quando si recano in presenza al lavoro, scelgono di non usare i mezzi pubblici e guidare da soli la propria autovettura.

Ne consegue che parallelamente l'azienda deve mantenere e semmai incrementare l'incentivazione di forme di mobilità sostenibile da parte dei dipendenti al fine di scoraggiare l'uso del veicolo privato. Per quanto riguarda i sistemi di riscaldamento o di aria condizionata negli uffici, vi è la necessità di procedere gradualmente all'ottimizzazione dell'uso degli spazi di lavoro in base alla presenza della forza lavoro durante la settimana lavorativa.

Gli obiettivi a breve e lungo termine a cui tendere a livello interaziendale sono, quindi, la riduzione del numero e della distanza degli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti e contestualmente una graduale riprogettazione e adeguamento degli ambienti di lavoro in un'ottica di sostenibilità ambientale ed economia circolare.

La riduzione degli spostamenti di servizio va perseguita mediante il ricorso prioritario a sistemi di videoconferenza, ogni qualvolta non vi siano esigenze ostative, per attività quali riunioni, formazione, consulenze, ecc.

Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre anche la distanza degli spostamenti è opportuno affiancare al lavoro agile anche la modalità di coworking, svolto mediante telelavoro da sedi satellitari aziendali o in affitto per quei dipendenti che hanno esigenze familiari ed abitano a distanze significative dalla propria sede di lavoro.

CONCLUSIONI

La gestione delle misure emergenziali legate all'epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre lo strumento del lavoro agile, attraverso modalità semplificate.

Questa fase di sperimentazione generale ha rappresentato una utile base di partenza per lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale, finalizzata alla diffusione, secondo le modalità ordinarie, del lavoro agile.

Al riguardo, a livello interaziendale si è provveduto a raccogliere l'insieme dei contributi dei soggetti coinvolti nella realizzazione dei POLA, a partire dai piani di sviluppo proposti dai dirigenti responsabili fino alle modalità attuative e agli strumenti necessari ai vari livelli dell'organizzazione. Nell'esperienza del gruppo che ha lavorato alla composizione dei documenti è emersa una visione dell'organizzazione del lavoro maggiormente orientata verso forme di flessibilità spazio-temporale delle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, e orientata maggiormente verso la definizione di obiettivi da raggiungere più che di attività da svolgere.

E' maturata la consapevolezza che il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori deve svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione come le aziende sanitarie, preordinate a rispondere ai bisogni di salute di ampi contesti territoriali.

I POLA, per rispondere a una realtà in continua evoluzione, anche in relazione al quadro normativo di riferimento, saranno oggetto di periodiche revisioni ed aggiornamenti, che tengano conto dei contributi offerti dai confronti con tutti i soggetti coinvolti.

La caratteristica di dinamicità del POLA permetterà di valutare in itinere la possibilità di ampliare l'ambito delle attività il cui svolgimento sia effettuabile in modalità agile.

Utile strumento per la revisione e l'aggiornamento dei POLA potrà essere costituito da questionari specifici volti a conoscere il livello di benessere organizzativo e il gradimento del lavoro agile.

Il POLA, attualmente inquadrato a livello normativo come allegato al Piano della performance, potrà essere successivamente inserito negli strumenti di pianificazione generale che saranno previsti per le Pubbliche Amministrazioni.

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro).

In particolare, la sezione deve contenere:

- Le condizionalità e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- Gli obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance;
- I contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione).

3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1. Piano triennale dei fabbisogni di personale

A seguito della ricezione delle Linee Guida da parte della Regione Calabria con DCA n° 118 del 03/10/2022, con riferimento all'anno 2024, l'ASP di Cosenza ha adottato il nuovo piano del fabbisogno con deliberazione n. 955 del 24/04/2024, approvato con DCA della Regione Calabria n.102 del 20/05/2024. Il suddetto Piano del Fabbisogno risulta ancora vigente in quanto è in itinere la procedura di ricognizione e aggiornamento della metodologia per la definizione dei nuovi piani dei Fabbisogni a livello regionale.

Inoltre, per la predisposizione del nuovo Piano del Fabbisogno, si è in attesa anche dell'approvazione del nuovo atto aziendale, adottato dall'Azienda Sanitaria ed in visione dell'ufficio del Commissario ad acta. Il predetto piano dell'anno 2024 è stato redatto in relazione alle direttive regionali.

Di seguito, pertanto, si riconferma la tabella riepilogativa relativa al fabbisogno di personale determinato in applicazione delle suddette normative in materia e il relativo piano assunzionale all'anno 2024 con il costo potenziale dello stesso:

ASP COSENZA 2024			
TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
747	109	520	61.052.000
TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
63	10	49	4.507.256
Fabbisogno Personale Infermieristico	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
1.157	62	1.042	48.167.000
Fabbisogno OSS	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
451	30	322	10.778.050
Fabbisogno TLBM	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
139	10	87	3.980.550



Fabbisogno TSRM	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
114	17	90	4.036.950
Fabbisogno Ulteriore personale comparto sanitario , tecnico sanitario e della riabilitazione	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
120	7	21	905.100
Fabbisogno inf.per funz. Centrali e coord.trasvers. (CIO,RISCHIO CLINICO,MONIT.ATT.RIC, SITRO ecc)	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
40	-	-	-
Fabbisogno Anestesisti per sale operatorie	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
17	-	-	-
Fabbisogno Infermieri per sala operatoria	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
44	-	34	1.603.100
Fabbisogno OSS per sala operatoria	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
16	-	11	374.000
Fabbisogno Personale sanitario/amministrativo/prof/tecnico	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
1.164	172	1.081	38.889.319



Fabbisogno Area Assistenza Distrettuale della Prevenzione e del restante Personale	NUOVI ASSUNTI	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
2.357	125	1.411	104.493.306
Altro Personale in servizio (es. profili professionali a esaurimento) per i quali non è stato definito alcun fabbisogno			COSTO DOTAZIONE 2024
		45	1.920.000

FABBISOGNO TEORICO	NUOVI ASSUNTI (COMPRESO TURNOVER)	DOTAZIONE POTENZIALE 2024	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2024
6429	542	4713	280.706.631,00

Dalla tabella si evince che il fabbisogno teorico per il 2024 è di 6429 unità, i nuovi assunti sono pari a 542 unità, la dotazione potenziale 2024 sarebbe pari a 4713, ed il costo della dotazione potenziale 2024 ammonta ad euro 280.706.631,00.

I dati riportati in tabella sono comprensivi del personale impiegato nell'Area Emergenza Urgenza (NUE 112 – 118) e delle sostituzioni di personale assente per malattie, aspettativa ecc.

3.3.2. Il piano formativo

La formazione è lo strumento fondamentale per la crescita professionale del personale e per la valorizzazione delle capacità individuali, per raggiungere gli obiettivi aziendali programmati, per la tutela sanitaria dei cittadini e per avere strutture sanitarie in grado di erogare prestazioni sanitarie efficaci in modo efficiente. Inoltre, la formazione è un supporto essenziale per la definizione delle responsabilità assegnate al personale in servizio, che si traduce nell'erogazione di prestazioni di qualità. Proprio per dare l'opportunità di un aggiornamento continuo sono stati istituiti i programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Percorsi formativi adeguati, consentono il trasferimento di informazioni generali e competenze pratiche necessarie per il cambiamento culturale e operativo dovuto all'evoluzione tecnologica, scientifica e normativa.

L'aggiornamento e la formazione devono coinvolgere possibilmente quanto più personale dipendente e convenzionato dell'ASP, in relazione alle risorse di cui si dispone in quanto uno degli obiettivi è quello di accrescere le competenze professionali e le abilità tecniche del personale sanitario, non sanitario e tecnico amministrativo, con l'obiettivo di elevare la qualità, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza, sicurezza e l'erogazione in tempi congrui delle prestazioni sanitarie.

La crisi economico-finanziaria che da più tempo sta perdurando, ha indotto, già nel 2010, il Governo Italiano ad emanare il D.Lgs n.78/10 recante "*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*", convertito con successive modifiche, nella legge n. 122 del 30 luglio 2010, che all'art. 6, comma 13, prevede che, nel settore specifico della formazione, a decorrere dal 2011, la spesa annua della pubblica amministrazione, "ad esclusione del settore delle Forze Armate, Forze Nazionali dei Vigili del Fuoco e Forze di Polizia, deve essere non superiore al 50% della spesa sostenuta nel 2009. In Calabria a questa riduzione delle risorse economiche da destinare alla formazione si è aggiunta l'emanazione del "Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria". approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010, che ha determinato anche una riduzione progressiva della dotazione organica delle singole aziende sanitarie per mancato turn over.

Nello specifico della U.O. Formazione, centro unico di programmazione e progettazione formative dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, riconosciuta dalla Regione Calabria "Provider Provvisorio ECM" con Decreto Regionale n.16713 del 05/12/2013, le suddette premesse hanno comportato già nel 2010 il dimezzamento del budget da dedicare alla formazione, e hanno determinato, negli anni successivi, un progressivo assottigliamento dell'organico dedicato, fino alla situazione attuale caratterizzata da 2 sole unità operative.

È a causa di questa insufficiente dotazione organica che, in attesa dell'assegnazione di altre unità operative, e della nuova organizzazione prevista nell'Atto aziendale in corso di approvazione, per mantenere alta la qualità dei corsi attivati, si rende necessario riflettere su forme di collaborazione nuove, da attuare insieme alle UU.OO. alle quali i corsi verranno di volta in volta dedicati, in modo da delegare alle stesse alcuni processi organizzativi, sotto la supervisione della U.O. Formazione.

Nella strutturazione del presente Piano Formativo, si è partiti dai fabbisogni formativi avvertiti, da rispetto degli obiettivi formativi aziendali, regionali e nazionali in vigore, e dopo aver dato spazio ai **settori obbligatori ex lege** dell'anticorruzione e trasparenza e della sicurezza nei luoghi di lavoro, si è inteso privilegiare i settori dell'emergenza urgenza e della prevenzione, confermando il fabbisogno previsto e non soddisfatto nel corso dell'anno 2024.

Riferimenti normativi - normativa nazionale

Dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 l'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la Formazione Permanente nel campo delle professioni sanitarie, si configura pienamente come

elemento di tutela dell'equità sociale, leva strategica di miglioramento dei servizi resi ai cittadini e strumento di crescita professionale del personale aziendale.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1 febbraio 2002, ha portato all'attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal 1 gennaio 2002. Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia del tutto innovativa rispetto agli altri Paesi. Dal 2002, infatti, è diventata realtà l'acquisizione dei crediti formativi ECM per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina.

Molto importante è l'introduzione dell'aggiornamento aziendale introdotto con l'accordo Stato - Regioni del 20 dicembre 2001 con l'adesione di varie organizzazioni e associazioni, inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società Scientifiche Italiane, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare corsi aziendali di formazione per il personale.

Il Programma Nazionale, attivo dal gennaio 2002, si propone l'obiettivo di disegnare le Linee Strategiche della Formazione Continua, i cui contenuti e fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali. È previsto, infatti, che gli obiettivi nazionali debbano essere definiti da un'intesa tra Ministero della Salute e Regioni, tenendo conto del Piano Sanitario Nazionale allo scopo di stimolare negli operatori una nuova attenzione verso la salute e i problemi emergenti di natura socio-sanitaria. Il ruolo riconosciuto alle Regioni, nel campo della Formazione sanitaria continua, realizza il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse.

Normativa regionale

La normativa regionale in tema di ECM fa riferimento, in assenza dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario per la Salute, a quello del 2004/2006, pubblicato sul BUR come Legge n°11 del 19 marzo 2004, che all'art. 20 comma 1, così recita *“E' istituita la Commissione regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) con il compito di supporto al Dipartimento regionale in materia di analisi dei bisogni formativi, professionali e di contesto, individuazione degli obiettivi formativi, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, accreditamento dei requisiti ulteriori e procedure per l'accreditamento dei provider, verifica e valutazione dei provider e degli eventi formativi, realizzazione dell'anagrafe dei crediti”*.

Inoltre, il comma 3 della suddetta Legge Regionale stabilisce, per lo sviluppo dei compiti della professionalità (SCP) e tenendo conto dell'introduzione delle lauree specialistiche, dell'istituzione della Consulta regionale per lo sviluppo continuo delle professionalità sanitarie e non sanitarie non ricomprese negli Ordini o Collegi, la quale esprime parere in materia di organizzazione e programmazione delle attività di ECM e SCP.

Di seguito vengono riportate le successive principali norme di settore emanate dalla Regione Calabria:

- Decreto n.385 del 17 luglio 2006 con il quale viene istituita la “Commissione Regionale per l'Educazione Continua in medicina (ECM)”;
- DDG n°182 del 14 gennaio 2008 con il quale viene istituito un gruppo tecnico ECM con il compito di supportare il Settore del Dipartimento della Salute e delle Politiche Sanitarie nel processo di implementazione del Sistema Regionale di Formazione Continua in Sanità;
- Delibera n°5 del 12 gennaio 2009, con la quale vengono approvate le linee di indirizzo in materia di formazione di base per Operatore Socio-Sanitario (OOS), che, in ottemperanza all'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001 e alla legge regionale 11 maggio 2007 n°9, dispone la realizzazione dei corsi presso le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e le Istituzioni Pubbliche e Private Accreditate con il S.S.R.;

- DGR n° 612 del 21 settembre 2009 con la quale si istituisce il Sistema Regionale di Formazione Continua in Sanità e si forniscono, alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Calabria, specifici indirizzi per:
 - Costituire le Strutture dedicate alla Formazione in Staff alla Direzione Aziendale e al suo interno prevedere un Centro ECM individuando le risorse destinate
 - Individuare il Responsabile della Formazione
 - Formulare il regolamento Aziendale per la Formazione coerente con le linee di indirizzo Nazionali e Regionali
 - Costituire una Rete di Referenti per area dipartimentale/distrettuale ed in ogni Unità Operativa Complessa, con indicazione dei criteri di scelta;
 - Rilevare il fabbisogno formativo aziendale
 - Formulare il piano di Formazione Aziendale
 - Realizzare la Banca Dati dei percorsi di formazione effettuati da ciascun operatore dell'Azienda
 - Prevedere idonei organi e processi di valutazione dell'efficacia della formazione;
- Delibera n°145 del 27 gennaio 2010 con la quale si approvano le Linee Guida per i piani di formazione del personale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e si individuano alcune aree di sviluppo da tenere in conto nei piani di formazione:
 - Sviluppo delle professionalità
 - Sviluppo organizzativo
 - Sviluppo dei processi formativi
 - Sviluppo dei processi intersettoriali
 - Innovazioni istituzionali;
- Delibera di Giunta Regionale n°53 del 28 febbraio 2011 con la quale si approva la Convenzione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) e la Regione Calabria, finalizzata all'Accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, nonché dei provider per l'erogazione della formazione in ambito regionale, con l'obiettivo di implementare il Sistema di Formazione Continua in Sanità della Regione Calabria;
- Delibera di Giunta Regionale n.532 del 28 novembre 2011 con la quale si istituisce l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua;
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n°96 del 19 giugno 2012 con il quale si nomina la "Commissione regionale per la formazione continua - ECM" ex art. 20 L.R. 19 marzo 2004, n.11;
- Decreto n.14908 del 29/11/2011 con il quale viene istituito il "Gruppo Tecnico per la Formazione in sanità" presso il Dipartimento Regionale "Tutela della salute e Politiche Sanitarie";
- Decreto n.347 del 08 febbraio 2012 con il quale viene avviata la "Realizzazione del Sistema Regionale di Accreditamento per l'Educazione Continua in Medicina- ECM";
- Decreto n.17777 del 13 dicembre 2012 con il quale vengono nominati i componenti dell'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua, in attuazione della delibera di Giunta Regionale n.532 del 28 novembre 2011;
- DPGR – CA n. 25 del 10 marzo 2014 – Linee Guida 2014-2015 per i Piani di Formazione del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale.

La formazione - Formazione continua in medicina

La professionalità di un operatore della Sanità può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);

- Il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare);
- Il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Il rapido e continuo sviluppo della medicina e, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenere queste tre caratteristiche al massimo livello: in altre parole mantenersi "aggiornato e competente". E' per questo scopo che, in tutti i Paesi del mondo, sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.); essa comprende l'insieme **organizzato e controllato** di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da enti ed organizzazioni operanti nel settore (si tratti di una Società Scientifica o di una Società professionale, di una Azienda Ospedaliera, o di una Struttura specificamente dedicata alla Formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità. Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento, privilegiando, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale, regionale e aziendale.

La E.C.M. è finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che ogni professionista sanitario possa avere la garanzia della qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità; la E.C.M., inoltre, è lo strumento per ricordare ad ogni professionista il suo dovere di svolgere un adeguato numero di attività di aggiornamento e di riqualificazione professionale. La Commissione nazionale per la formazione continua ha individuato, ai sensi dell'art.16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, i temi prioritari di E.C.M. La E.C.M. interessa tutte le figure del ruolo sanitario, indicate nel sito ministeriale genericamente come "operatori della Sanità". Tali figure comprendono:

Medico chirurgo	Logopedista
Veterinario	Ortottista/Assistente di oftalmologia
Odontoiatra	Ostetrica/o
Farmacista	Podologo
Biologo	Tecnico riabilitazione psichiatrica
Chimico	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
Fisico	Tecnico audiometrista
Psicologo	Tecnico audioprotesista
Assistente sanitario	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
Dietista	Tecnico di neurofisiopatologia
Educatore professionale	Tecnico ortopedico
Fisioterapista	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico

Igienista dentale	Tecnico sanitario di radiologia medica
Infermiere	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
Infermiere pediatrico	Terapista occupazionale

Promuovere la realizzazione di percorsi formativi che non si limita alla realizzazione di Progetti Formativi Aziendali rivolti alle sole professioni destinatarie dell'obbligo di formazione ECM, ma si estende a tutte le professioni presenti in Azienda, nella consapevolezza che alla qualità delle prestazioni erogate e al raggiungimento degli obiettivi aziendali concorrono tutte le professioni coinvolte nei singoli processi, ogn'una con la propria competenza e preparazione professionale.

Obiettivi formativi nazionali

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell' Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP) – (Ob. Naz. n. 1);
2. Linee guida, protocolli, procedure - (Ob. Naz. n. 2);
3. Documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura (Ob. Naz. n. 3);
4. Appropriately delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA) - (Ob. Naz. n. 4);
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (Ob. Naz. n. 5);
6. Sicurezza del paziente, *risk management* e responsabilità professionale (Ob. Naz. n. 6);
7. La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato (Ob. Naz. n. 7);
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (Ob. Naz. n. 8);
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (Ob. Naz. n. 9);
10. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (Ob. Naz. n. 10);
11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (Ob. Naz. n. 11);
12. Aspetti relazionali e umanizzazione cure (Ob. Naz. n. 12);
13. Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (Ob. Naz. n. 13);
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo (Ob. Naz. n. 14);
15. Multiculturalità' e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti (Ob. Naz. n. 15);
16. Etica, bioetica e deontologia (Ob. Naz. n. 16);
17. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema (Ob. Naz. n. 17);
18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere (Ob. Naz. n. 18);
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di

- complementarietà (*Ob. Naz. n. 19*);
20. Tematiche speciali del SSN e/o SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 20*);
 21. Trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione (*Ob. Naz. n. 21*);
 22. Fragilità' e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatie, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali (*Ob. Naz. n. 22*);
 23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate (*Ob. Naz. n. 23*);
 24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale (*Ob. Naz. n. 24*);
 25. Farmacoepidemiologia, farmacoconomia, farmacovigilanza (*Ob. Naz. n. 25*);
 26. Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate (*Ob. Naz. n. 26*);
 27. Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione (*Ob. Naz. n. 27*);
 28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto (*Ob. Naz. n. 28*);
 29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment (*Ob. Naz. n. 29*);
 30. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo (*Ob. Naz. n. 30*);
 31. Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema (*Ob. Naz. n. 31*);
 32. Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (*Ob. Naz. n. 32*);
 33. Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema (*Ob. Naz. n. 33*);
 34. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 34*);
 35. Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, , con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (*Ob. Naz. n. 35*);
 36. Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza (*Ob. Naz. n. 36*);
 37. Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione (*Ob. Naz. n. 37*);
 38. Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni e analisi degli esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti (*Ob. Naz. n. 38*).

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, con nota emanata il 14 Dicembre 2017, dichiara di interesse nazionale le seguenti tematiche formative da sviluppare nel triennio 2017-2020: 1. Vaccini e strategie vaccinali; 2. Responsabilità professionali; 3. Fertilità.

Obiettivi generali e strategici indicati dalla regione calabria

1	Consolidare, mantenere e perfezionare il livello delle competenze tecnico-specialistiche dei professionisti operanti nelle aziende
2	Sviluppare competenze al lavoro inter-professionale e promuovere l'integrazione professionale come modalità di risposta alla complessità organizzativa
3	Sviluppare nei dirigenti e nei coordinatori la consapevolezza delle finalità e delle potenzialità degli strumenti manageriali di base
4	Promuovere l'acquisizione, il mantenimento e/o l'aggiornamento, da parte degli operatori di modalità operative improntate a parametri di qualità dei processi, degli esiti e della qualità percepita delle attività rese
5	Promuovere l'acquisizione di nuove competenze in relazione all'implementazione di attività di alta specializzazione e/o bisogni sanitari emergenti
6	Fornire modalità e strumenti per comprendere e rispondere ai bisogni relazionali dei cittadini-utenti e migliorare l'ascolto degli stessi
7	Diffondere l'utilizzo delle nuove tecnologie per migliorare la comunicazione intra ed inter-servizi
8	Acquisire e migliorare la capacità di relazionarsi con persone di altre culture
9	Acquisire/potenziare/migliorare le competenze linguistiche
10	Acquisire/mantenere/aggiornare le competenze in ambito normativo
11	Acquisire/aggiornare competenze informatiche diffuse e generalizzate

Sono da considerarsi di particolare rilevanza e priorità per il SSR le seguenti aree

- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP);
- Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia;
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure;
- Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica;

- La sicurezza del paziente. Risk management;
- Percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali;
- Triage di Pronto Soccorso;
- Area dei Sistemi di *job evaluation* e di misurazione e valutazione delle *performance*, per la diffusione e il rafforzamento della cultura della valutazione;
- Area della trasparenza del sistema e del coinvolgimento dei pazienti.

Regole di accesso e partecipazione alle attività formative

Le regole interne che gli operatori aziendali sono tenuti a rispettare in merito all'accesso e alla partecipazione alle attività formative sono normate dal "*Regolamento della Formazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza*", approvato con Delibera del D.G. n. 103 del 11 Febbraio 2016.

Programma piano formativo asp cosenza - anno 2025

Per l'anno 2025 si ripropone il programma formativo anno 2024, in quanto attuato parzialmente. Limite di spesa per il finanziamento dei Piani Formativi in base all'articolo 6, comma 13, del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, nella legge 31 luglio 2010, n. 122: € 73.000 (settantatremila,00).

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES) CORSO SULLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA <i>(gestito dall'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione e dalla UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale)</i>		
Titolo	UU.OO./Servizi Destinatari	Budget
Codice di comportamento dell'ASP di Cosenza: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza. Corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, Comportamenti ed etica sul Web.	Tutte le professioni	€ 0,00
Attività di formazione specifica sul processo di identificazione, analisi, valutazione del rischio corruzione-trattamento	Area amministrativa (GREF, Legale, R.U., T.P., ABS)	€ 1.000,00
Percorso formative su: Trasparenza, pubblicazione obbligatorie; pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.	Responsabili della pubblicazione dati (allegato 3)	€ 1.000,00
Partecipazione ad attività di formazione sulla segnalazione di illecito da parte del Dipendente (Wistleblowing). Digitalizzazione del processo. Attività formativa autorganizzata in modalità a distanza/learning. Conflitto di interesse, inconfiribilità, incompatibilità. (Formazione specifica e Learning)	Dirigenti e dipendenti dell'ASP di Cosenza a maggior rischio	€ 1.000,00

FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)

CORSI DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

*(gestiti dalla U.O.S.D. Ufficio Unico della Sicurezza A.S.P. di Cosenza
e dalla UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale)*

Corso di Formazione Antincendio (Rischio Elevato) – Espletamento affidato ai VV.FF.

Titolo	UU.OO./Servizi Destinatari	Budget
Aggiornamento regola tecnica di prevenzione incendi <i>Formazione antincendio - rischio elevato</i>	Personale Aziendale da inserire nelle istituende unità antincendio	€ 6.000,00

Corso di Formazione sul Rischio Biologico

Titolo	Destinatari	Budget
Il rischio biologico e la prevenzione delle punture da aghi e taglianti	Tutte le professioni sanitarie e O.S.S.	€ 2.000,00

Corso di Formazione dei lavoratori a rischio radiazioni ionizzanti

(a cura di FIORAD)

Titolo	Destinatari	Budget
Informazione e formazione sui rischi da radiazioni ionizzanti dei dirigenti e preposti e lavoratori a rischio (Artt. 110 e 111 D.Lgs n.101/2020).	Dirigenti, preposti e lavoratori a rischio radiazioni ionizzanti come indicato dall'esperto di radioprotezione.	€ 0,00

FORMAZIONE RESIDENZIALE

GESTITA DAL CENTRO DI FORMAZIONE ALL'EMERGENZA DELLA C.O. 118 COSENZA

con la consulenza della UOS Valorizzazione Sviluppo e Formazione del Personale

Titolo	Destinatari	Budget
Primo Soccorso per laici	Personale aziendale	€ 0,00
BLS-D (<i>Basic Life Support – Defibrillation</i>)	Personale aziendale	€ 0,00
PBLS-D (<i>Pediatric Basic Life Support – Defibrillation</i>)	Personale sanitario	€ 0,00
Corso ACLS	Medici di pronto soccorso e dell'emergenza	€ 4.000

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (*per attività formative già individuate*)

SETTORE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Partecipazione ad attività di formazione organizzate dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di informazione/formazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della corruzione e della trasparenza. PTPCT	RPCT, ufficio RPCT. Dirigenti e funzionari operanti in aree ad alto rischio	€6.000,00
--	---	------------------

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (*per attività formative già individuate*)

SETTORE PERFORMANCE E CONTABILITA DIREZIONALE

Partecipazione ad attività di formazione organizzate dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di informazione/formazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della Misurazione della Performance, Contabilità direzionale e Redazione PIAO.	Personale programmazione e controllo. Dirigenti Dipartimenti strutturali. Direttori SOC Dip Amministrat., STP/OIV.	€ 6.000,00
---	--	-------------------

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (*per attività formative già individuate*)

SETTORE SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Corso base e Corso di aggiornamento per il personale del Servizio Prevenzione e Protezione.	Tutte le professioni	€ 3.000,00
Corso per l'acquisizione della specializzazione nella prevenzione incendi, finalizzato all'iscrizione dei professionisti negli elenchi del Ministero dell'Interno (D.M. 05/08/2011 art. 4).		

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA (per attività formative da individuare)

Attività e contenuti	Destinatari	Budget
Il budget relativo alla Formazione Esternalizzata per attività formative da individuare, come stabilito con Delibera n.101 del 31/01/2017 "Approvazione Piano per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza per il triennio 2017-2018-2019", al fine di semplificare le procedure, verrà gestito direttamente dalla Direzione Strategica Aziendale. Tenuto conto del budget limitato, allo scopo di ampliare il numero di professionisti aziendali che possono accedere a tale tipologia formativa, si individua in € 500,00 il limite massimo di riconoscimento dei costi sostenuti, fermo restando la coerenza delle attività formative con gli obiettivi aziendali e l'attività svolta, con preventiva autorizzazione alla partecipazione.	Tutte le professioni	€18.000,00

SCHEDA SINTETICA PREVISIONE SPESA FORMAZIONE ASP ANNO 2025

Formazione Residenziale	€ 15.000,00
Formazione esternalizzata (per attività formative già individuate)	15.000,00
Formazione esternalizzata (per attività formative da individuare)	18.000,00
Quota annuale di accreditamento Provider 2025	€ 2.582,22
Materiale per attività didattiche, esercitazioni, aule, altro	€ 12.417,78
Emergenze formative ed iniziative non calendarizzate	€ 10.000,00
TOTALE	€ 73.000,00
<i>Le cifre potranno essere modificate in relazioni ai costi effettivi di spesa per la realizzazione dei Corsi di Formazione</i>	

4. MONITORAGGIO

4.1. Monitoraggio integrato delle sezioni del PIAO

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio integrato e permanente del PIAO, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili. Tale monitoraggio pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione fatte nel PIAO, volti al raggiungimento del valore pubblico.

Resta inteso che il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Ai fini di realizzare il monitoraggio integrato delle sezioni PIAO si individuano i soggetti responsabili, gli strumenti e le modalità organizzative di seguito specificate:

- a. I soggetti responsabili del monitoraggio integrato sono i componenti del gruppo di lavoro individuati con nota prot. n° 168105 del 12/12/2022 dal Commissario Straordinario, coordinati dal RPCT e responsabili delle singole sezioni del PIAO:
 - ✓ RPCT: responsabile della sezione 2.1 valore pubblico, e 2.3 Anticorruzione e trasparenza;
 - ✓ Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo: responsabile sezione 2.2 Performance;
 - ✓ Direttore U.O.C. Gestione V.S.F. Risorse Umane: responsabile sezione 3- Organizzazione e capitale umano;
 - ✓ Direttore U.O.C. Gestione Tecnico-patrimoniale: responsabile sezione 2.1 valore pubblico e 2.2 performance, per quanto previsto all’art. 3, comma 1(punto a.2, a.3, b.2, b.3), art. 4, comma 1 (punto b.3, b.5); responsabile del Piano per la transizione al digitale e delle modalità, azioni e procedure per l’agenda digitale.
 - ✓ Direttore Dipartimento Tecnico-amministrativo: responsabile del supporto da parte di tutte le strutture del Dipartimento che sarà necessario eventualmente coinvolgere nel monitoraggio.
- b. Tutti i soggetti responsabili delle varie sezioni realizzano una programmazione il più possibile coordinata, sono coinvolti in una condizione di parità tra loro; ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati sia stato realizzato e l’adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili.
- c. Il monitoraggio integrato potrà essere realizzato attraverso procedure automatizzate (software), ovvero strumento informatico, in relazione alla disponibilità delle risorse, al fine di consentire un monitoraggio in corso d’opera, mediante il raccordo e l’interazione tra tutti i soggetti responsabili delle diverse sezioni del PIAO, per apportare misure correttive a fronte delle criticità via via riscontrate.
- d. Nel corso del triennio l’Amministrazione potrà istituire una cabina di regia composta dai responsabili delle sezioni di cui al punto a), e /o di un gruppo di lavoro interdirezionale per la predisposizione del PIAO e del successive monitoraggio integrato.

4.2. Collaborazione tra RPCT e OIV

Per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO è importante la collaborazione tra RPCT e OIV.

A tal fine l'OIV è chiamato a verificare:

- ✓ la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- ✓ i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività di controllo, l'OIV si confronta sia con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari – che con i dipendenti della struttura multidisciplinare di cui sopra, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

A sua volta, il RPCT dovrà tener conto dei risultati emersi nella Relazione sulla performance al fine di:

- ✓ effettuare un'analisi per comprendere le ragioni/cause che hanno determinato scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione;
- ✓ individuare le misure correttive - in coordinamento con i dirigenti, in base alle funzioni loro attribuite nella materia della prevenzione della corruzione dal Testo unico del pubblico impiego, con i referenti del RPCT, e in generale con tutti i soggetti che partecipano alla gestione del rischio - al fine di utilizzarle per implementare/migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

4.3. Rapporti tra RPCT e Strutture/Unità di missione per il PNRR

Considerato che molti interventi sono gestiti con risorse del PNRR, l'Autorità ritiene necessario valutare i rapporti tra RPCT e le Strutture/Unità di missione individuate dalle amministrazioni per coordinare, monitorare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti.

A tal fine è necessario assicurare sinergia tra il RPCT e le Strutture/Unità di missione, le quali in linea con la ratio del PNRR e dell'attuale quadro normativo volto alla semplificazione e all'integrazione, provvedono ad aggiornare l'RPCT attraverso relazioni e report periodici, ovvero attraverso:

- ✓ la mappatura dei processi
- ✓ il monitoraggio degli interventi del PNRR
- ✓ l'attuazione degli obblighi di trasparenza

4.4. Divieto di affidamento a terzi dell'elaborazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

La l. n. 190/2012 vieta che l'elaborazione dei PTPCT sia affidata all'esterno (art. 1, co. 8). Lo scopo della norma è quello di considerare la predisposizione dei piani un'attività da svolgere necessariamente da parte chi opera esclusivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente interessato, sia perché presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di identificare i profili di rischio; sia perché comporta l'individuazione delle misure di prevenzione proporzionate e contestualizzate rispetto alle caratteristiche della specifica amministrazione o ente. Tutte queste attività, da ricondurre a quelle di gestione del rischio, trovano il loro logico presupposto nella partecipazione attiva e nel coinvolgimento di tutti i dirigenti e di coloro che a vario titolo sono responsabili dell'attività delle pubbliche amministrazioni e degli enti.

4.5. Aggiornamento PIAO

Il PIAO è un documento di programmazione triennale con aggiornamento annuale. Tuttavia, qualora necessario, il PIAO potrà essere revisionato e/o aggiornato a seguito di normative sorgenti ovvero per esigenze derivanti da necessità di modifica e/o integrazione di contenuti significativi anche nel corso dell'anno.

Allegati al PIAO:

All.1 – Catalogo dei Procedimenti amministrativi;

All.2 – Misure di trattamento del rischio;

All.3 – Prospetto obblighi di pubblicazione;

All.3A- Obblighi di pubblicazione sotto sezione bandi di gara e contratti;

All.4 – Check list appalti PNA 2022

All. 5 – Piano degli Investimenti

All. 6 - Grafici Benessere Organizzativo