

**Deliberazione Commissario Straordinario n. 190 DEL 24/03/2023**

Direzione Generale: Via San Martino snc – 87100 Cosenza  
C.F. e P.I.: 01987250782

**STRUTTURA PROPONENTE:** PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

**OGGETTO:** PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025

**Parere Direttore Amministrativo f.f.: GENTILE ACHILLE**

**Esito:** Favorevole

**Parere Direttore Sanitario f.f.: AMATO FRANCESCO**

**Esito:** Favorevole

Il presente provvedimento **non necessita** di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale.

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto n. 633 / 2023 a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

DEL\_771556.pdf.p7m

25C37C512BAEEB3A97D0B483ED7A3A1E8D3E43AA1FD8352532C5125986C96AC33AB36C0333C2  
BCD8762C4F6581D18D3D761FC5F0CCBD16D95B53DCAED2679F96

Allegato 1 Mappatura dei processi anticorruzione.pdf

A490F9A46B1CC5986B222EEB6645338ED76E8AEF4141F701588F413EE6029B6C9B86C1889A734B  
879B002827139CA125B1A860208659142CB502DE6ADBBA5B62

PIAO\_23\_25 def.pdf

68FCEC06DC1A84A3CBE2F8DB731A191EC4FAC3F571C5931339EEBA79A62DE55701320ED23717  
0FB1B831AEF2F1CF6AA3EFF26319A382A8ADD0D4DFCC03E3A657

Allegato 2 Piano del fabbisogno del personale.pdf

3D5547D42F9EC084CC4E8312FE1EC9E3124A2907EC4A20FD64356DB4F5720D3D4A19073C5C4F5  
57E60CFAEF564D9FBF64EB4E78A3FEB0864F20AE6F5B5B7C649

Allegato 4 Piano della formazione.pdf

DB33FE1FCF5EB9EAF8D3383DA0E1CEF783328E5727D6DD0217ACAE804BF9765995FA400B1EF4  
5C52D369A874B5E1DC5F0DBDEEC7B4B8482E162AF133295406A2

Allegato 3 Piano assunzionale.pdf

BFCDB1C1399DC11255E7DF82C99AF9114C4DCDD21D7DFBD8A0D5F18DCEA2C8F6D510CA1BB5  
04B982CE095A04EA107FF24689C027EAB6A1B0596E1F5EE841C618

P\_DIRETTORE\_AMMINISTRATIVO\_DEL\_771556.pdf.p7m

D24D0C7578A8A3FD9F6DA4299C1A328D01646EFC476774096CB06EA938DE0B58973E7A1225725  
AA3EF5181C452F3AB9F641060C65426E4101CDD5722431C3F05

P\_DIRETTORE\_SANITARIO\_DEL\_771556.pdf.p7m

AE4B2A57CC313E63FBBD41D0E8ECE4A359CB9495A8C18AB4FB85F2A52696072B1706F4B8815D  
7EDCDF8FA2F05E2B55B25856DA1CDDB12D41A3F2F129DB3E5098



**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**“Annunziata – Mariano Santo**  
**S. Barbara”**  
*Cosenza*

(istituita con D.P.G.R. Calabria 8 febbraio 1995 n. 170)



**Deliberazione**

**OGGETTO: PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025**

**IL DIRETTORE DELL'UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

**VISTA** la deliberazione n. 37 del 05/03/2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con D.C.A. n. 131 del 07/10/2020, con deliberazione n. 109 del 24/06/2020 si è proceduto all'integrazione della suddetta deliberazione in attuazione alle indicazioni del dipartimento tutela della salute e delle politiche aziendali.

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, L. 241/90;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto a controllo regionale ai sensi della Legge Regionale n° 11/2004;

**PREMESSO**

**che**, nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, all'articolo 6 introduce, lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione - PIAO, che rappresenta una importante innovazione organizzativa;

**che**, con l'introduzione del PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012;

**che**, la programmazione delle attività dell'Azienda si sviluppa lungo linee strategiche diverse ma correlate fra loro, che necessitano di una programmazione e una gestione complessiva e integrata;

**che**, all'esigenza di omogeneità e integrazione risponde il nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che racchiude in uno strumento unico gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione.

**che**, il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di “testo unico” della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione;

**PRESO ATTO**

**che**, il PIAO dell'AO di Cosenza è stato elaborato dal Gruppo di lavoro appositamente costituito con Deliberazione n. 619 del 21.10.2022, quale espressione delle UU.OO.CC coinvolte, ciascuna per le materie di propria pertinenza, nei processi di programmazione, coordinato dalla Direzione Amministrativa;

**che** il PIAO dell'AO di Cosenza è stato elaborato nel rispetto della mission aziendale che viene perseguita attraverso l'erogazione dei LEA, seguendo le indicazioni nazionali e regionali, facendo

propri i principi di salvaguardia della dignità della persona e del soddisfacimento del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso ai servizi offerti, della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure praticate, dell'economicità nell'impiego delle risorse;

#### **RITENUTO,**

- **di** dover approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, e relativi allegati, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di** procedere alla pubblicazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 sul portale PIAO <http://piao.dfp.gov.it> e nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale [www.aocosenza.it](http://www.aocosenza.it);

#### **PRESO ATTO**

**che**, i proponenti il presente atto non si trovano in alcuna delle situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, prevista dalla normativa vigente in materia;

Accertata la regolarità tecnico – amministrativa

#### **PROPONE**

Per i motivi meglio espressi in narrativa, che si intendono integralmente riportati:

- **di approvare** il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di demandare** al Referente PIAO il caricamento del Piano sul "Portale PIAO" <http://piao.dfp.gov.it> con richiesta di pubblicazione;
- **di dare mandato** al Responsabile del sito aziendale per la pubblicazione del presente atto nella sezione Amministrazione Trasparente;
- **di dare atto** che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale in conformità ai contenuti dell'Art. 3-ter del D.Lgs.vo N. 502/1992 e s.m.i.

#### **Il Responsabile del Procedimento**

GULINO BRIGIDA

#### **Il Direttore dell'UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

Dott.ssa PANNO FILOMENA

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Calabria DCA n 181 del 07/12/2022;

**PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;

**VISTO** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

### DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione con oggetto "**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025**", composta di n. 3 pagine e di n. 5 allegati, nei termini indicati.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L.R. 22/01/1996 n 2.

**Il Commissario Straordinario  
Dr. Vitaliano De Salazar**

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

*PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE - PIAO  
2023/2025*

## Sommario

PREMESSA .....	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	6
COSA FACCIAMO .....	6
COME OPERIAMO .....	8
MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION .....	8
AMMINISTRAZIONE IN CIFRE .....	9
LE RISORSE ECONOMICHE .....	15
ATTIVITÀ IN A.L.P.I. ....	15
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	16
VALORE PUBBLICO .....	16
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....	17
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO .....	18
ANALISI S.W.O.T. ....	19
OBIETTIVI STRATEGICI GENERALI .....	21
PERFORMANCE .....	23
TERMINOLOGIA E CONTESTO DI RIFERIMENTO NORMATIVO .....	24
STAKEHOLDERS .....	26
LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO .....	26
IL PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING .....	32
NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO .....	33
LA SCHEDA DI BUDGET .....	34
TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING .....	34
VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI .....	35
DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE. ....	35
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	35
METODOLOGIA USATA SOGGETTI COINVOLTI .....	37
MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO .....	41
AREA DI RISCHIO ESECUZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI .....	41
AREA DI RISCHIO FARMACEUTICA .....	43
INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA .....	45
FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE .....	45
FORMAZIONE AVANZATA E SPECIFICA .....	46
TRASPARENZA .....	46
WHISTLEBLOWER E TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI .....	47
MONITORAGGIO .....	48

MISURE GENERALI E TRASVERSALI .....	49
ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI .....	49
MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE .....	50
ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE .....	50
CONFLITTO DI INTERESSI .....	51
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO .....	51
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ .....	52
INCOMPATIBILITÀ DA CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A. (ART. 35 BIS DEL D.LGS 165/01) ...	52
ULTERIORI MISURE: .....	52
CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI .....	52
STUDI CLINICI .....	53
<b>SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>53</b>
STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	53
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	55
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	57
IL RUOLO DELLA FORMAZIONE .....	60
LE AZIONI POSITIVE .....	65
MONITORAGGIO .....	66
Allegato 1 - Mappatura dei processi, analisi del rischio corruzione e individuazione misure di trattamento; ...	67
Allegato 2 - Piano triennale del fabbisogno del personale; .....	67
Allegato 3 - Piano assunzionale 2022; .....	67
Allegato 4 - Piano della formazione aziendale. ....	67

## PREMESSA

Il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, all'articolo 6 introduce lo strumento organizzativo

e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione – P.I.A.O., che rappresenta una importante innovazione organizzativa. Con l'introduzione del P.I.A.O. si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Con il DPR n° 81 del 24 giugno 2022 è stato pubblicato il “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, dettando altresì “disposizioni di coordinamento” e il “monitoraggio”.

Il Ministero della PA e il Ministero Economia e Finanze con proprio Decreto del 30 giugno 2022 recante “Contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all’articolo 6, comma 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80” ha regolamentato i contenuti del P.I.A.O.

Il P.I.A.O. ha, dunque, durata triennale, viene aggiornato annualmente e raccoglie le informazioni contenute nei seguenti documenti di pianificazione:

- ✚ Il Piano delle Performance (art. 10, comma 1 lett. a e comma 1-ter D.lgs n. 150 del 27 ottobre 2009).
- ✚ Il Piano delle azioni concrete (articolo 60-bis, comma 2, del D.lgs 30 marzo 2001 n. 165).
- ✚ Il Piano di azioni positive per la parità di genere (articolo 48, comma 1, d.l. n. 198 dell’11 aprile 2006).
- ✚ Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (articolo 1, commi 5, lett. a e 60 lett. a l. n. 190 del 6 novembre 2012).
- ✚ Il Piano organizzativo del lavoro agile (articolo 14, comma 1 l. n. 124 del 7 agosto 2015).
- ✚ Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (articolo 6, commi 1,4,6, e articolo 6 ter D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001).
- ✚ Il Piano della Formazione Aziendale.

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

Nello specifico, il seguente documento di programmazione definisce:

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

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

La prospettiva aziendale tende ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un

miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

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

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

### COSA FACCIAMO

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

La sede legale dell'Azienda è in Cosenza, in via San Martino s.n.c. dove è situato il Centro Direzionale che accoglie gli uffici della direzione strategica e delle strutture amministrative.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni

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

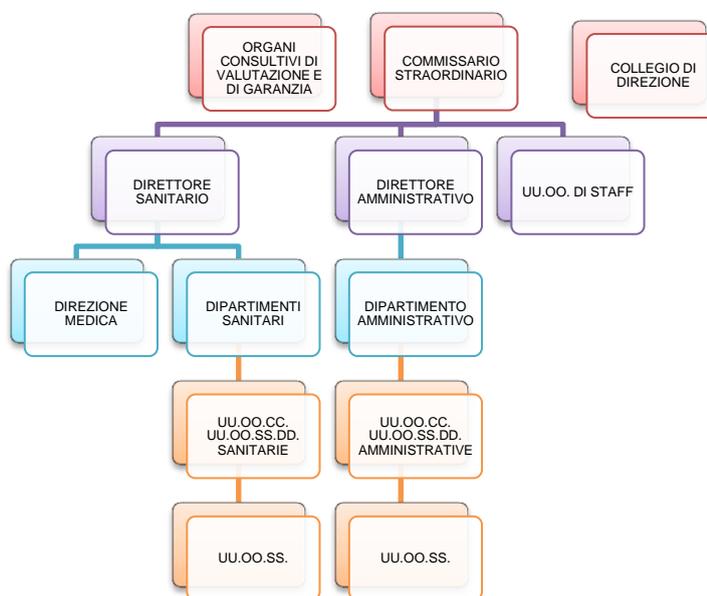


Figura 1: Attuale Struttura Organizzativa.

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

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

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

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

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

- ✚ competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ✚ ascolto e coinvolgimento;
- ✚ motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- ✚ attività sinergiche multidisciplinari e interprofessionali;
- ✚ affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- ✚ innovazione tecnologica e organizzativa;
- ✚ consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale, regionale e nazionale e forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, con gli Enti Locali, le associazioni di Volontariato nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni; che si concretizza in risposte di qualità al bisogno sanitario delle persone;
- ✚ qualità del sistema di governo aziendale;
- ✚ equità e trasparenza;

✚ equilibrio economico finanziario.

## **COME OPERIAMO**

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

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza intende divenire, inoltre, un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo svolgimento delle attività di ricerca e di attività didattica. Infatti con il DCA n. 197 del 30/12/2022 "Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università della Calabria per la collaborazione in ambito sanitario", delibera n. 1/2023, e con la presa d'atto dell' Accordo attuativo del "Protocollo tra la Regione Calabria e l'Università della Calabria per lo svolgimento dell'attività assistenziale dell'Università", sono stati individuati gli obiettivi fondamentali per:

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

Le attività dell'Azienda si sviluppano allo scopo di:

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

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

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

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

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

## **MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION**

L'Azienda persegue la propria missione attraverso l'erogazione dei LEA, nel rispetto delle indicazioni

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

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

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

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

In particolare:

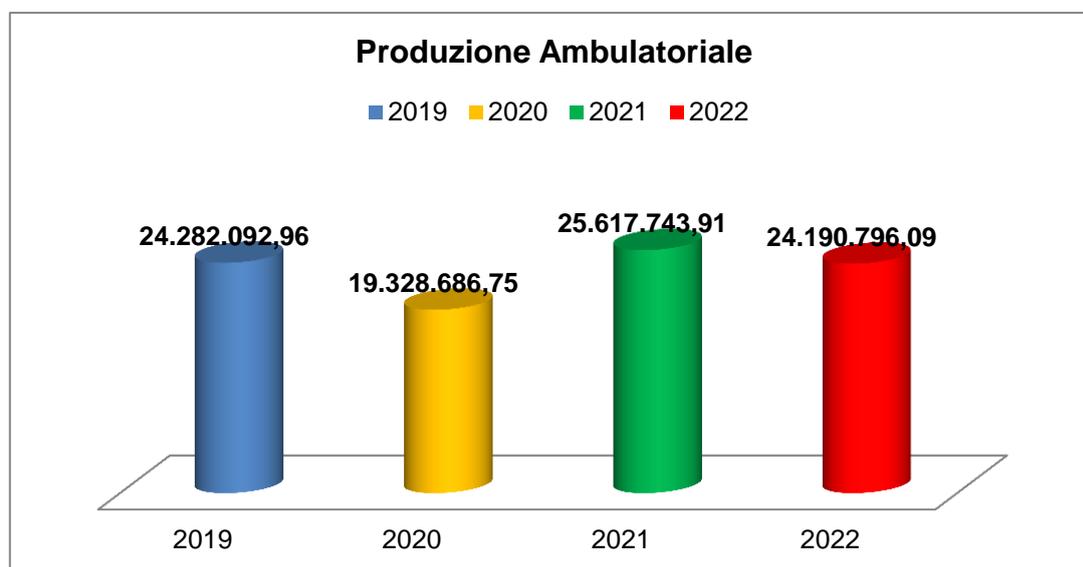
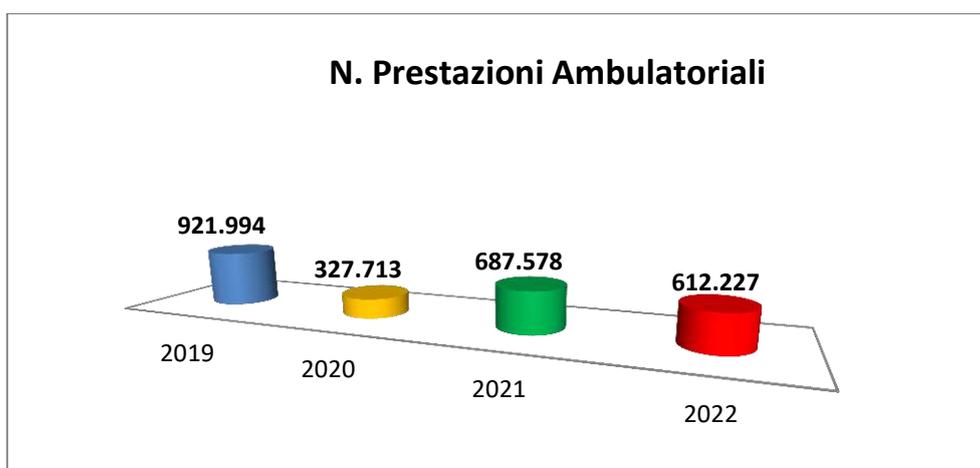
- + promuove la qualità dell'offerta clinico-assistenziale secondo le priorità di salute indicate dalla programmazione provinciale e regionale nel rispetto dei vincoli delle risorse disponibili;
- + sostiene l'innovazione in ambito clinico-assistenziale promuovendo anche i modelli organizzativi delle Aree per intensità di cura e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- + favorisce lo sviluppo dei necessari processi di integrazione al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali per assicurare ai pazienti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali;
- + persegue l'eccellenza rappresentando, come già previsto dalla programmazione sanitaria regionale, il punto di riferimento di ambito provinciale per la gestione delle patologie ad alta complessità quali quelle del materno infantile, per le patologie oncoematologiche, per percorsi internistici e chirurgici specialistici d'alta complessità clinica, rafforzando il ruolo di riferimento svolto nella risposta all'emergenza-urgenza;
- + persegue la sicurezza delle cure di pazienti, operatori e visitatori della prevenzione e del trattamento delle infezioni acquisite in ospedale;
- + incoraggia la qualificazione professionale e valorizza il contributo delle persone nel rispetto di principi di dignità ed equità favorendo la diffusione delle conoscenze in ambito clinico e gestionale;
- + promuove la politica di orientamento all'utente in tutta la struttura aziendale secondo principi universali di equità;
- + rappresenta, oggi, il luogo privilegiato ed integrato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative;
- + assicura legalità ed imparzialità nell'effettuazione dei processi sia di ambito clinico sanitario che burocratico-amministrativo;
- + favorisce lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- + favorisce lo sviluppo di un sistema di comunicazione digitale con la Pubblica Amministrazione e di gestione documentale completamente informatizzata.

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

## **AMMINISTRAZIONE IN CIFRE**

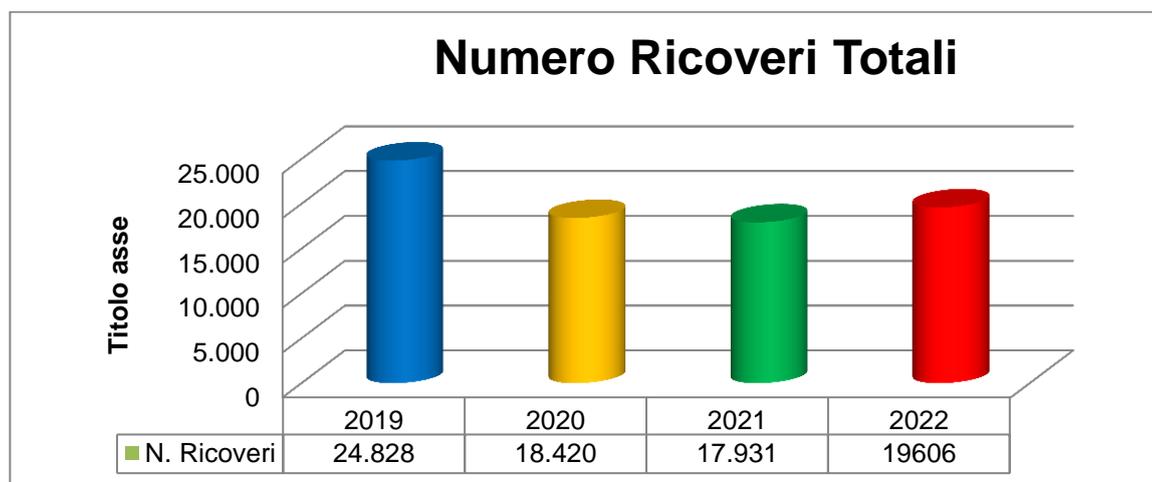
L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 Presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significativi relativi all'anno 2022 rispetto ai tre anni precedenti.

<b>Prestazioni Ambulatoriali</b>				
	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>N. Prestazioni</b>	921.994	327.713	687.578	612.227
<b>Produzione</b>	24.282.092,96	19.328.686,75	25.617.743,91	24.190.796,09

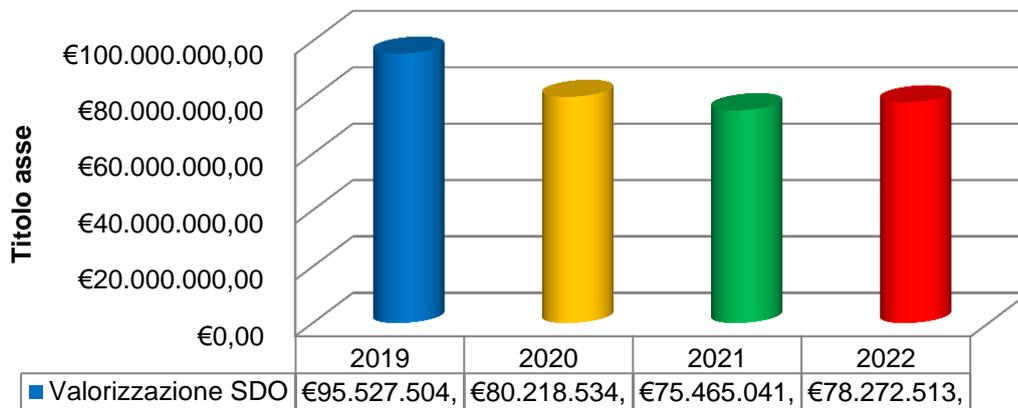


## Attività di ricovero

CASI TRATTATI E PRODUZIONE RICOVERI			
Anno Dimissione	Regime Ricovero	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2019	1 - ordinario	21.278	€ 91.731.130,80
	2 - day hospital	3.550	€ 3.796.374,00
<b>2019 Totale</b>		<b>24.828</b>	<b>€ 95.527.504,80</b>
2020	1 - ordinario	16.025	€ 77.732.535,00
	2 - day hospital	2.395	€ 2.485.999,00
<b>2020 Totale</b>		<b>18.420</b>	<b>€ 80.218.534,00</b>
2021	1 - ordinario	15.128	€ 72.361.145,00
	2 - day hospital	2.803	€ 3.103.896,00
<b>2021 Totale</b>		<b>17.931</b>	<b>€ 75.465.041,00</b>
2022	1 - ordinario	16.463	€ 75.031.592,00
	2 - day hospital	3.143	€ 3.240.921,00
<b>2022 Totale</b>			<b>€ 78.272.513,00</b>



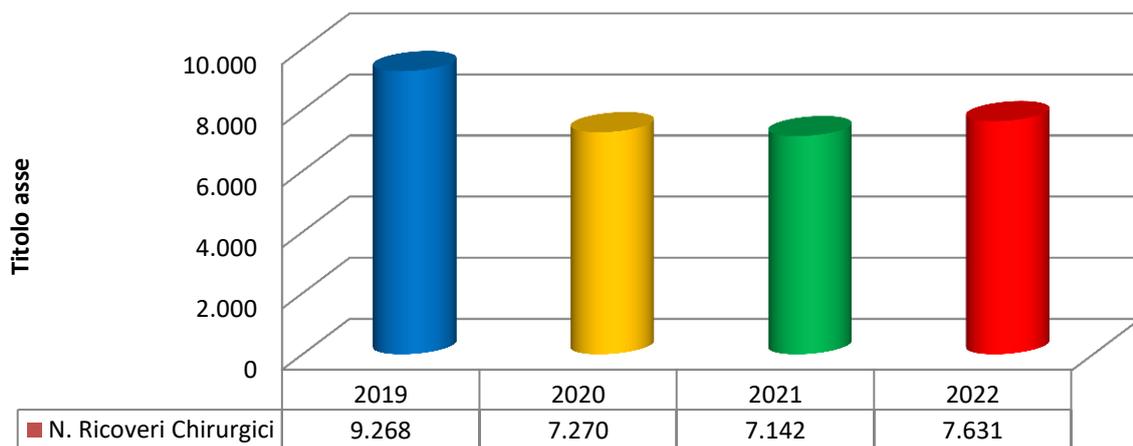
## Valorizzazione SDO



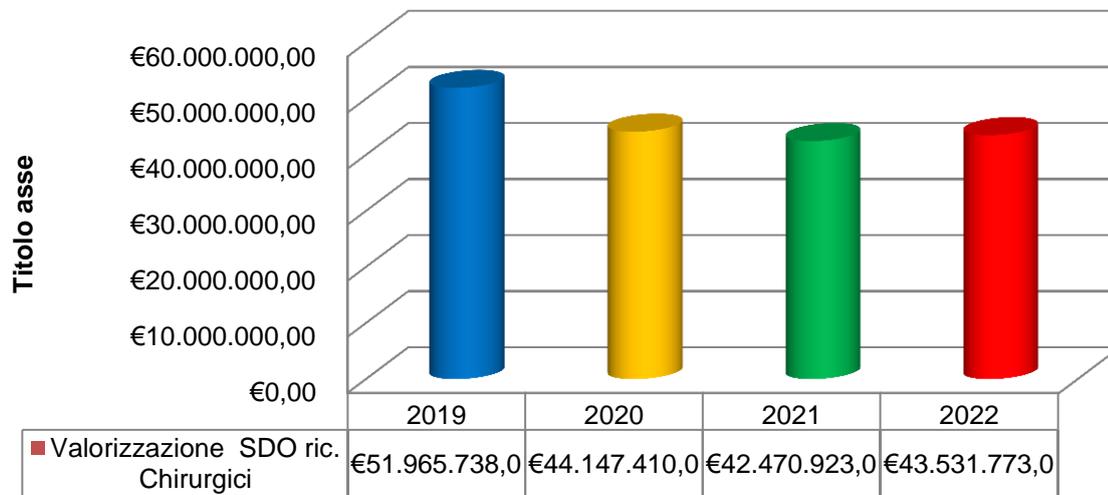
## RICOVERI CHIRURGICI

Anno Dimissione	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2019	9.268	€ 51.965.738,00
2020	7.270	€ 44.147.410,00
2021	7.142	€ 42.470.923,00
2022	7.631	€ 43.531.773,00

## N. Ricoveri Chirurgici



## Valorizzazione SDO ric. Chirurgici



Dai grafici sopra rappresentati, l'attività Ricovero della A.O. di Cosenza, ha registrato una parziale ripresa nell'anno 2022 con un lieve aumento degli interventi chirurgici.

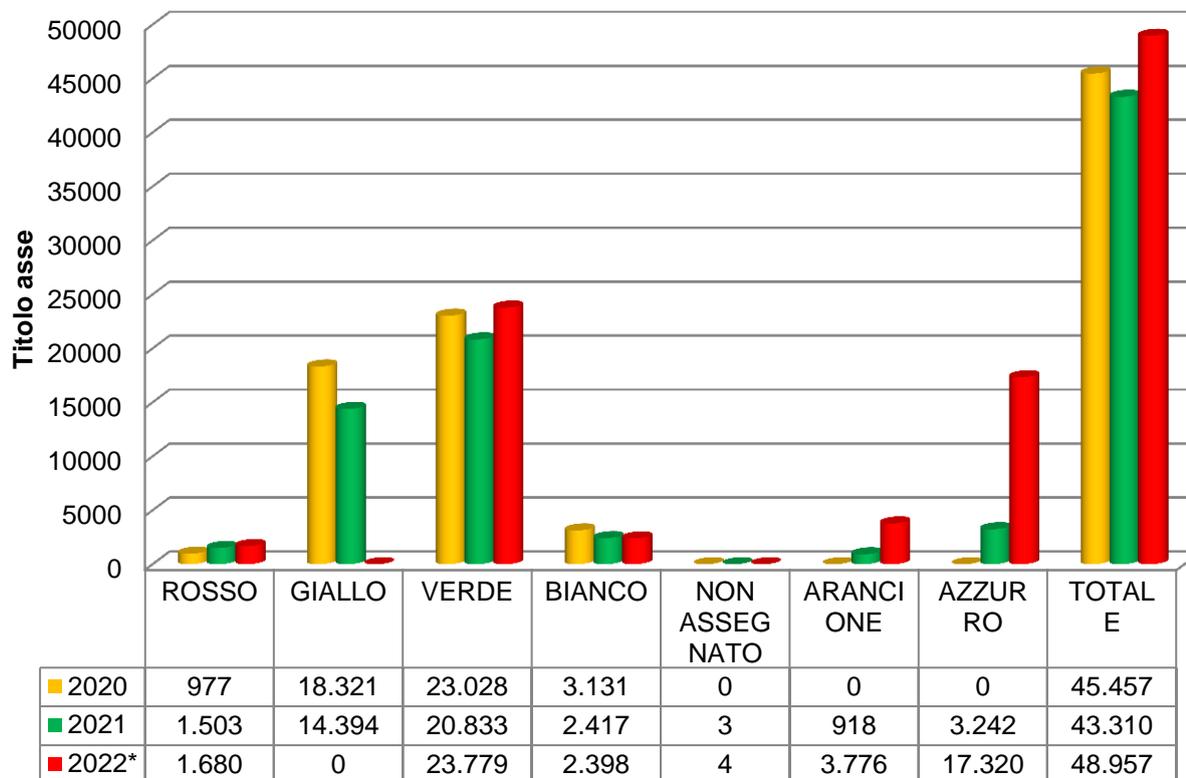
### Attività Pronto Soccorso

#### Accessi Pronto Soccorso

TRIAGE	2020	2021	2022*
<b>ROSSO</b>	<b>977</b>	<b>1.503</b>	<b>1.680</b>
<b>GIALLO</b>	<b>18.321</b>	<b>14.394</b>	-
<b>VERDE</b>	<b>23.028</b>	<b>20.833</b>	<b>23.779</b>
BIANCO	3.131	2.417	2.398
NON ASSEGNATO	0	3	4
<b>ARANCIONE</b>	-	<b>918</b>	<b>3.776</b>
<b>AZZURRO</b>	-	<b>3.242</b>	<b>17.320</b>
<b>TOTALE</b>	<b>45.457</b>	<b>43.310</b>	<b>48.957</b>

\*Dati al 31/12/2022

## N. Accessi P.S.



### ESITO TRATTAMENTO PS

Anno accettazione PS: 2022

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

## **LE RISORSE ECONOMICHE**

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

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

L'assegnazione delle risorse di parte corrente è effettuata dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie basandosi sui livelli di produzione aziendali delle attività sanitarie di ricovero e prestazioni ambulatoriali procedendo alla valorizzazione dei flussi delle attività erogate dall'Azienda a consuntivo ed alla valorizzazione delle funzioni non tariffate. Il sistema comporta, pertanto, la piena valorizzazione di tutte le attività effettuate dall'Azienda nel rispetto del principio della competenza economica previsto dal codice civile.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con deliberazioni n.ri 266/2022 e 654/2022 ha approvato il Bilancio d'esercizio 2021.

Con deliberazione n. 201 del 23.10.2020 è stato approvato il Bilancio Preventivo 2021 ed il piano degli investimenti ad esso relativo.

Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite gli strumenti contabili dei Modelli Ministeriali CE quali report di monitoraggio mensile della spesa del personale, dei costi per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici. Negli ultimi esercizi vengono riportati anche reports analitici per centri di costo COVID.

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

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

I ricavi per Contributi in c/esercizio per l'esercizio 2021 sono pari ad Euro 60.535.849,27, in riduzione rispetto all'esercizio precedente.

Il Valore della produzione, sempre per il 2021, si è attestato ad Euro 180.835.473,24 mentre il totale dei Costi della produzione è pari ad Euro 208.102.642,75 in aumento rispetto al precedente esercizio.

Per quanto concerne la spesa per il personale dipendente la stessa, a conclusione dell'esercizio, si è attestata, al netto dell'IRAP, ad Euro 103.425.838,36, in aumento, rispetto al precedente esercizio, per le attività COVID.

Il costo per l'acquisto dei beni sanitari, è pari ad Euro 52.374.829,38.

L'esercizio 2021 si è chiuso con un risultato in perdita pari ad Euro -34.213.580,99. Tale perdita scaturisce da politiche gestionali altalenanti a causa dell'Emergenza di gestione del COVID-19 e da una notevole minore assegnazione del Fondo Sanitario Regionale.

## **ATTIVITÀ IN A.L.P.I.**

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

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

Deve dunque rappresentare per l'utenza un servizio aggiuntivo con la finalità di garantire un più ampio

ventaglio di prestazioni all'utente nel rispetto dell'esigenza di miglioramento della qualità delle prestazioni, ove scientificamente riconosciute appropriate, efficaci e di sviluppo della promozione del ruolo aziendale.

L'esercizio dell'ALPI è disciplinato da specifico Regolamento aziendale, deliberazioni n. 324/2017, n.83/2019, n°194 del 25.03.2022 e n. 468 del 02/08/2022.

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

### **VALORE PUBBLICO**

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

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

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

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

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

- ✚ investire in innovazione, anche alla luce della programmazione del PNRR, sia ambito tecnologico, che dei sistemi informatici gestionali, attraverso la definizione di piani operativi sia per gli investimenti materiali che immateriali, in particolare nell'ICT, la cui implementazione ha effetti sulla qualità dell'assistenza, sulla rapidità ed efficienza del sistema di risposta, anche al fine di realizzare, trasversalmente, la piena accessibilità fisica e digitale, ai servizi sanitari da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- ✚ promuovere innovazione in ambito organizzativo, attraverso la sperimentazione di nuovi modelli dell'assistenza: separazione dei percorsi urgenza/emergenza – elezione, implementazione del sistema di pre-ospedalizzazione centralizzata e gestione dei blocchi operatori in funzione delle liste di attesa, percorsi di fast track in pronto soccorso, gestione ALPI, gestione liste di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche;
- ✚ perseguire innovazione anche nel governo dei processi amministrativi ed economici: percorsi di certificazione, implementazione politiche in materia di privacy, trasparenza, antiriciclaggio, prevenzione della corruzione;

- ✚ attuare il coordinamento e l'integrazione con il territorio provinciale, quale centro Hub per il bacino di riferimento che assicura servizi e prestazioni di alta complessità non presenti in altri nodi della rete ospedaliera
- ✚ dare attuazione al protocollo d'intesa che disciplina le modalità di collaborazione tra la Regione Calabria l'Università della Calabria e l'Azienda Ospedaliera di Cosenza per lo svolgimento di alcune attività previste nel Programma Operativo Regionale 2022-2025 finalizzate alla tutela della salute della collettività e ad una migliore e progressiva formazione degli operatori sanitari del servizio sanitario regionale.

## **ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

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

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

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

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

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

Il D.L. n. 35/19, convertito in Legge n. 60/19, individuava una serie di interventi che si configuravano come straordinari, assunti per un periodo temporale limitato di 18 mesi, con i quali si intendeva traghettare la sanità calabrese verso situazioni amministrative di "normalità", preso atto della generale situazione di estrema precarietà del sistema sanitario regionale. La sanità regionale è stata quindi commissariata anche nelle sue articolazioni gestionali di Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere. Tale situazione si è ulteriormente complicata ed ha trovato insufficienti le misure già adottate ed impreparati i soggetti coinvolti nella fase straordinaria di gestione, con la diffusione della pandemia da Covid\_19 e la gestione del conseguente stato di emergenza sanitaria, dichiarato su tutto il territorio nazionale. L'intervento straordinario è stato quindi prorogato con il Decreto Legge 20 novembre 2020 n. 150, convertito con Legge 30 dicembre 2020 n. 181 e l'estrema debolezza del sistema, ad ogni livello, si è manifestata con grande rilievo mediatico, facendo emergere problematiche gestionali e criticità finora non affrontate con sufficienza.

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

## **ANALISI DEL CONTESTO INTERNO**

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

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

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

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

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

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

Sono organi dell'Azienda:

- Il Direttore Generale, il Direttore amministrativo, il Direttore Sanitario;
- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio dei Sanitari;
- i Collegi Tecnici;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- il Comitato Consultivo Aziendale;
- il Comitato Unico di Garanzia.

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

Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione delle politiche di governo clinico e a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni. Con Delibera n° 77 del 09.03.2021 sono stati individuati i Direttori dei

Dipartimenti, sono stati stipulati appositi contratti e successivamente sono state individuate:

- ✚ le specifiche responsabilità e le funzioni proprie dei Direttori di Dipartimento;
- ✚ sono stati elencati gli obiettivi da perseguire;
- ✚ sono state indicate le modalità ed i criteri di valutazione, ai fini delle valutazioni sull'operato svolto e sui risultati raggiunti.

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

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

Dovranno, altresì, realizzare le prescrizioni regionali in relazione:

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

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

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

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

## **ANALISI S.W.O.T.**

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

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

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

- la presenza di professionalità di elevata competenza;
- la presenza di tecnologie di altissima specialità;
- la presenza di attività uniche nel bacino d'utenza provinciale e regionale;
- l'elevata complessità della casistica trattata;
- la condivisione in rete tra le strutture abilitate dei referti prodotti dalle strutture di laboratorio e/o radiologiche e delle immagini degli esami eseguiti;
- l'allocazione del Polo Oncologico presso il presidio della A.O, Mariano Santo;
- l'evoluzione dell'organizzazione aziendale in funzione della integrazione con l'Università, DCA n. 197 del 30/12/2022, per la collaborazione in ambito sanitario.

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

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

- la vetustà del complesso immobiliare comprendente i presidi ospedalieri Annunziata e Santa Barbara che con difficoltà sono sottoposti a continui adeguamenti in attesa della realizzazione del nuovo presidio ospedaliero.
- l'innalzamento dell'età media del personale e la fruizione da parte dello stesso delle agevolazioni derivanti dall'applicazione di normativa vigente (legge 104/1992, decreto legislativo 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni) con ripercussioni sull'attività e l'organizzazione dei turni;
- laboriosità del processo di digitalizzazione aziendale in connessione con Territorio e Regione;
- scarsa integrazione con le attività territoriali in particolare per applicazione di modelli organizzativi di pronto soccorso, gestione acuti e della cronicità riacutizzata;
- scarsa propensione del personale al cambiamento.

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

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

- ✚ **opportunità interne** che il sistema è capace di innescare al suo interno e quindi direttamente manovrabili attraverso la S.W.O.T. I vantaggi che possono derivare dalla combinazione tra punti di forza e punti di debolezza sono:
  - incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche attraverso la realizzazione di una apposita struttura di nuovi ambulatori, colmando le criticità dei locali attualmente destinati agli ambulatori ed avvalendosi delle elevate professionalità e tecnologie di cui dispone l'Azienda;
  - razionalizzazione delle prestazioni di ricovero a favore dei ricoveri appropriati, superando le criticità derivanti dall'obsolescenza di alcune attrezzature e dall'usura di alcuni ambienti, e potendosi basare sulla presenza di elevate professionalità e su una casistica statisticamente altamente complessa;
  - completamento delle procedure di attivazione dell'ala dello Stabilimento Mariano Santo e completamento area P.S..
- ✚ **opportunità esterne** indipendenti dal sistema e proprie del contesto, dell'ambiente in cui il sistema è calato. Le opportunità che l'Azienda potrebbe cogliere dal contesto esterno riguardano:
  - la creazione dei piani di gestione integrata ospedale-territorio per i pazienti cronici ai fini della dimissione facilitata;
  - la collaborazione con le strutture territoriali ai fini dell'incremento delle possibilità di accesso agli screening oncologici;
  - l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, anche in regime di Day Service, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, in luogo delle prestazioni di ricovero che danno luogo a DRG non appropriati;
  - integrazione con l'Università per la collaborazione in ambito sanitario.

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

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

- ✚ **minacce interne**, che è possibile gestire agendo per tempo sui punti di debolezza:
  - decremento del numero di prestazioni ambulatoriali erogate e conseguente minore
- ✚ **minacce esterne**, indipendenti dalla capacità decisionale manageriale. Le minacce che provengono dal contesto esterno sono:
  - l'affluenza al pronto soccorso di un notevole numero di utenti che potrebbero soddisfare la loro domanda di salute in strutture territoriali;
  - la necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità che dovrebbero essere

erogate dalle strutture territoriali;

- o la carenza nel territorio di strutture di riabilitazione e di lungodegenza e l'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare integrata, che determinano un anomalo incremento delle giornate di degenza;
- o la diminuzione della spesa per beni e servizi, prevista dalla normativa nazionale, che, tenuto conto delle nuove linee di attività intraprese dall'Azienda, comporta il rischio di non potere assicurare una adeguata risposta alla domanda di salute della cittadinanza.

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

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

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

## **OBIETTIVI STRATEGICI GENERALI**

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

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

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

## **QUALIFICAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE RIPRESA DELL'ATTIVITÀ POST COVID**

Il dato che caratterizza l'attività dell'Azienda Ospedaliera è sicuramente quello di una inversione di tendenza rispetto al triennio precedente, in cui è prevalsa l'esigenza della gestione della pandemia da Covid – 19, quindi di una "normalizzazione" e sviluppo sempre più accentuato delle attività cliniche, seppure in un contesto in cui è ancora presente e diffuso il contagio da Covid – 19 e quindi l'esigenza mantenere tutte le precauzioni necessarie e gestire eventuali picchi di contagio o periodiche situazioni di emergenza.

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

Durante questo periodo Pandemico di COVID-19, purtroppo, sono aumentati in maniera considerevole pazienti con esigenze di trattamenti diagnostici di livello superiore o chirurgico, sia in urgenza che in elezione, creando una lista di attesa che è necessario recuperare.

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

## **INFORMATIZZAZIONE/DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI**

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

e tra la P.A. e soggetti terzi.

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

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

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

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

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

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

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

Tali applicativi sono in uso quotidiano in area amministrativa mentre ancora permangono difficoltà nell'attivazione del fascicolo elettronico.

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

Tale processo potrà essere favorito dall'avvio di sperimentazioni pilota che potranno essere trasferite, a cascata e trasversalmente a tutte le strutture aziendali.

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

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

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

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

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al

potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

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

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

- ✚ M6C2 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC) per un importo complessivo di euro 2.639.265.000;
- ✚ M6C2 1.3. "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione"- sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK....) per un importo complessivo di euro 292.550.000– di cui intervento Reingegnerizzazione NSIS a livello locale.

## **PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE /TRASPARENZA**

La prevenzione della corruzione e la trasparenza è assunto dall'Azienda quale obiettivo generale e trasversale di tutta la programmazione, declinato nei termini e nelle modalità illustrate nella sezione "Rischio corruttivo e trasparenza" di questo P.I.A.O.

## **CONTROLLO/CONTENIMENTO/OTTIMIZZAZIONE COSTI/RISPARMIO ENERGETICO**

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

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

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

## **PERFORMANCE**

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

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

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

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

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

Contestualmente dovrà essere potenziata l'attività di APA PAC consentendo così una progressiva gestione del Trend del numero di ricoveri ordinari. Occorre promuovere ulteriori creazioni di Protocolli Operativi interni ai singoli servizi e reparti, finalizzati al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici per ridurre le Liste di Attesa per le prestazioni da erogare.

## **TERMINOLOGIA E CONTESTO DI RIFERIMENTO NORMATIVO**

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

- ✚ **Performance organizzativa:** è il livello di performance ottenuto dall'Azienda Ospedaliera di ossia dalle singole Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura e inseriti nella scheda di budget.
- ✚ **Performance individuale:** è il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente, valutato attraverso una scheda di valutazione redatta dal Responsabile della struttura, dal numero delle presenze in servizio rispetto alle giornate lavorative. Per i dirigenti responsabili di struttura e per i coordinatori infermieristici viene valutata anche la percentuale del raggiungimento degli obiettivi

specifici loro assegnati.

- ✚ **Ciclo della performance:** è il processo aziendale con cui vengono definiti gli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la Performance. Le principali fasi del ciclo della performance sono la misurazione (analisi dagli scostamenti dei risultati dagli standard prefissati), valutazione (raffronto dei risultati ottenuti in base alla misurazione e pesatura del raggiungimento), rendicontazione (trasmissione con cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione).
- ✚ **Piano della Performance:** è l'insieme degli obiettivi strategici e operativi su cui si fonda l'attività aziendale; viene approvato e revisionato annualmente dall'Azienda;
- ✚ **Misurazione della Performance:** è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;
- ✚ **Valutazione della performance:** è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance;
- ✚ **Indicatore:** è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo.
- ✚ **Stakeholder:** è un gruppo di individui, che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione;
- ✚ **Outcome:** è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso.

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

In particolare:

- l'art. 5, al comma 1, statuisce che "gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici...";
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di "direttive generali contenenti gli indirizzi strategici" e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, della programmazione sulla Performance;
- delibera Civit 88/2010, linee guida per la definizione degli standard di qualità.
- delibera Civit 89/2010, indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
- delibera Civit 112/2010, struttura e modalità di redazione del piano della performance.
- delibera Civit 113/2010, applicazione agli enti del Servizio Sanitario Nazionale Mattoni SSN, Mattoni 8, Misura dell'Outcom.
- L.R. n°3/2012, linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel Servizio Sanitario Regionale.
- comma 524 punto a) della Legge di stabilità 2016.
- Decreto del Dirigente Regione Calabria 3262 del 21.03.2014 avente ad oggetto: "Approvazione schema di Regolamento aziendale del Sistema di misurazione e valutazione della Performance individuale – Programma operativo 2013-2015 – Programma 10 obiettivo 10.1.6.
- Decreto Legislativo n.517/1993;
- Patto per la Salute 2010 - 2012;
- Patto per la Salute 2014 - 2016;
- Manovre economiche nazionali {Spending Review} e Leggi di Stabilità annuali;
- Legge n.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

- Decreto Legislativo n.33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione";
- Decreto Ministeriale n.70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

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

## STAKEHOLDERS

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

Gli stakeholder esterni dell'Azienda Ospedaliera sono catalogabili in:

- ✚ **stakeholder essenziali**, cioè coloro che è necessario coinvolgere perché hanno capacità di influenza e grado di interesse alti, rispetto all'attività di riferimento e, quindi, forte capacità di intervento sulle decisioni che l'amministrazione vuole adottare. Tra questi sono da annoverare il Commissario ad Acta, la Regione, le associazioni di categoria, le associazioni sindacali, le altre aziende sanitarie, le Società scientifiche;
- ✚ **stakeholder opportuni**, cioè coloro che è utile/strategico coinvolgere poiché hanno alta capacità di influenza anche se hanno un basso grado di interesse. Di questi fanno sicuramente parte i soggetti in grado di influenzare l'opinione pubblica rispetto a determinate tematiche, come la Corte dei Conti, Media e Social Media, Università e Centri di Ricerca;
- ✚ **stakeholder deboli**, cioè coloro che hanno una bassa capacità di influenza ma alto grado di interesse. Questa categoria coincide spesso con le fasce destinatarie dell'erogazione dei servizi sanitari, ovvero gli utenti ed è quindi opportuno coinvolgerli nel processo di pianificazione delle stesse. Oltre ai cittadini/utenti, in questa categoria si inseriscono anche le associazioni portatrici di interessi diffusi e le Associazioni delle professioni sanitarie.

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

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

## LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

L'emergenza COVID ha pesantemente stravolto la precedente programmazione, si rende necessario, pertanto, allineare la programmazione della Performance ricomprendendovi tutti gli obiettivi e le azioni previste per il recupero delle prestazioni pre-COVID. **Diventa questo l'obiettivo prioritario della presente programmazione.**

Le linee programmatiche precedentemente individuate per il triennio 2022 – 2024, considerata la modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda conseguenti alla rivisitazione di tutte le attività utili a favorire l'integrazione con l'Università, necessitano di una complessiva rivisitazione in discontinuità con il recente passato. **Gli obiettivi strategici e gli obiettivi di performance ed esiti** che la Direzione Strategica intende perseguire nell'anno 2023, pertanto, saranno definiti a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale e dell'assegnazione degli obiettivi da parte della Regione Calabria.

Specificatamente all'annualità 2023, nelle more della definizione dell'Atto Aziendale e in ottemperanza con quanto indicato dalla normativa e dalle disposizioni nazionali e regionali, sono individuati **i seguenti obiettivi strategici**:

- Aumento produzione;
- Implementazione nuovo Atto Aziendale e l'integrazione con l'Università;
- Miglioramento appropriatezza dei ricoveri;
- Monitoraggio indicatori PNE;
- Integrazione con rete socio-sanitaria territoriale;
- Adeguamento/Investimenti tecnologici;
- Formazione e gestione del personale;
- Equilibrio economico-finanziario;
- Circolarizzazione del Debito
- Implementazione Contabilità analitica;
- Valorizzazione patrimonio immobiliare e conclusione cantieri per implementazione Terapia Intensiva, P.S. e Mariano Santo;
- Attuazione PNRR;
- Qualità delle prestazioni sanitarie e abbattimento liste d'attesa.

## **MACRO OBIETTIVO ADEGUAMENTO DEGLI SPAZI**

La pandemia ha comportato un adeguamento degli spazi di cura. È stato necessario definire ed implementare un piano di riassetto degli spazi al fine di garantire la sicurezza di pazienti, utenti ed operatori, compresi operatori tecnici ed amministrativi.

Il nuovo assetto organizzativo-logistico, superata l'emergenza COVID, deve necessariamente essere indirizzata al ripristino delle attività., in primis l'attività di Pronto Soccorso con l'attivazione di due specifiche aree, da poco completate e attivate, OBI e holding area.

Analogamente si procederà ad ogni utile adeguamento logistico-strutturale per il ripristino di un numero adeguato di posti letto, soprattutto dell'area chirurgica e dell'emergenza, al fine del recupero delle liste d'attesa degli interventi in elezione e della capacità di ricovero dei pazienti che accedono al P.S.

Infine per lo Stabilimento "Mariano Santo", indirizzato a Polo Onco-Ematologico, dovrà essere previsto l'adeguamento dell'ulteriore altra ala in fase di ristrutturazione.

I posti letto effettivi al 31/01/2023 della AO di Cosenza, su un totale di N° 709 deliberati (incluso COVID), ammontano a N° 504.

In seguito alla prevista riorganizzazione delle attività è stata proposta, agli Organi Regionali di competenza, una redistribuzione dei posti letto per disciplina per come nella tabella di seguito.

Area	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Progressivo divisione	Posti letto programmazione regionale DCA 64/2016				Posti letto programmazione regionale AGGIORNAMENTO DCA 64/2016			
				Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL
CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	09	01	-	5	25	30	-	-	20	20
	CHIRURGIA GENERALE (Week Surgery)	09	06	-	-	-	-	-	21	-	21
	CHIRURGIA GENERALE (BILIOPANCRETICA E TRAPIANTI)	09	02	-	1	9	10	-	-	6	6
	CHIRURGIA GENERALE (SENOLOGICA)	09	03	-	-	10	10	-	-	6	6
	CHIRURGIA GENERALE	09	04	-	-	-	-	-	-	-	-
	CHIRURGIA GENERALE (D'URGENZA)	09	05	-	-	10	10	-	-	14	14
	CHIRURGIA PEDIATRICA	11	01	-	5	15	20	-	-	15	15
	CHIRURGIA TORACICA	13	01	-	1	9	10	-	-	10	10
	CHIRURGIA TORACICA	13	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	CHIRURGIA VASCOLARE	14	01	-	1	9	10	-	-	9	9
	NEUROCHIRURGIA	30	01	-	1	24	25	-	-	20	20
	OCULISTICA	34	01	-	6	4	10	-	-	2	2
	OCULISTICA	34	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	35	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	01	-	2	28	30	-	-	30	30
	OTORINOLARINGOIATRIA	38	01	-	4	6	10	-	-	6	6
	UROLOGIA	43	01	-	1	9	10	-	-	14	14
NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	48	01	-	-	2	2	-	-	2	2	

PIAO - 2023/2025 – A.O. Cosenza

	DAY SURGERY	98	01	-	6	-	6	-	-	-	-
	DAY SURGERY	98	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	DAY SURGERY ( Multidisciplinare)	98	03	-	8	-	8	-	17	-	17
<b>Tot. AREA</b>				-	41	160	201	-	38	154	192
EMERGENZA- URGENZA	MCAE	51	01	-	-	20	20	-	-	25	25
<b>Tot. AREA</b>				-	-	20	20	-	-	25	25
MATERNO INFANTILE	NIDO	31	01	-	-	15	15	-	-	15	15
	OSTETRICA E GINECOLOGIA	37	01	-	5	45	50	-	5	45	50
	OSTETRICA E GINECOLOGIA	37	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	PEDIATRIA	39	01	6	-	14	20	6	-	14	20
	FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA	57	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	NEONATOLOGIA	62	01	1	-	19	20	1	-	19	20
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	73	01	-	-	10	10	-	-	10	10
<b>Tot. AREA</b>				7	5	88	100	7	5	103	115
MEDICA	ALLERGOLOGIA	01	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	ALLERGOLOGIA	01	03	-	-	-	-	-	-	-	-
	DAY HOSPITAL	02	01	8	-	-	8	5	-	-	5
	DAY HOSPITAL	02	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	CARDIOLOGIA	08	01	3	-	12	15	3	-	12	15
	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	08	02	-	-	10	10	-	-	10	10
	EMATOLOGIA	18	01	8	-	12	20	4	-	13	17
	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	19	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	GERIATRIA	21	01	-	-	20	20	-	-	20	20
	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24	01	4	-	-	-	2	-	17	19

					10	14				
MEDICINA GENERALE	26	01	18	-	50	68	18	-	27	45
MEDICINA GENERALE (ABLAZ. PERCUTANEA ECOG.)	26	00	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDICINA GENERALE	26	02	-	-	-	-	-	-	18	18
MEDICINA GENERALE	26	03	-	-	-	-	-	-	-	-
NEFROLOGIA	29	01	2	-	16	18	2	-	14	16
NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	32	01	2	-	18	20	2	-	20	22
PSICHIATRIA	40	01	3	-	13	16	3	-	13	16
DERMATOLOGIA	52	02	-	-	-	-	-	-	-	-
EMODIALISI	54	01	-	-	25	25	-	-	25	25
GASTROENTEROLOGIA	58	01	1	-	19	20	1	-	14	15
ONCOLOGIA	64	01	-	-	-	-	-	-	-	-
ONCOLOGIA	64	01	13	-	17	30	10	-	12	22
PNEUMOLOGIA	68	01	4	-	36	40	10	-	15	25
PNEUMOLOGIA ONCOLOGICA	68	02	-	-	-	-	-	-	-	-
PNEUMOLOGIA (BRONCOSCOPIA INTERVENTISTICA)	68	01	-	-	-	-	4	-	6	10
REUMATOLOGIA	71	01	-	-	10	10	5	-	-	5
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	74	01	-	-	-	-	-	-	-	-
NEFROLOGIA PEDIATRICA	77	01	-	-	-	-	-	-	-	-
DETENUTI	97	01	-	-	2	2	-	-	2	2
CURE PALLIATIVE / HOSPICE	99	01	-	-	-	-	-	-	-	-
CURE PALLIATIVE / HOSPICE	99	02	-	-	-	-	-	-	6	6
TERAPIA DEL DOLORE	96	01	-	-	10	10	-	-	10	10
TERAPIA DEL DOLORE	96	01	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tot. AREA</b>			<b>66</b>	<b>-</b>	<b>255</b>	<b>321</b>	<b>69</b>	<b>-</b>	<b>254</b>	<b>323</b>

MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	ANATOMIA PATOLOGICA	03	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	MEDICINA NUCLEARE	61	01	-	-	5	5	-	-	5	5
	MEDICINA NUCLEARE	61	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	RADIOLOGIA	69	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	RADIOLOGIA (INTERVENTISTICA)	69	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	ECOGRAFIA D'URGENZA	69	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	LABORATORIO D'ANALISI	100	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	101	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	SERVIZIO TRASFUSIONALE	102	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	NEURORADIOLOGIA	104	01	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tot. AREA</b>				-	-	5	5	-	-	5	5
POST ACUZIE	RECUPERO E RIABILITAZIONE	56	01	-	-	11	11	-	-	11	11
	LUNGODEGENTI	60	01	-	-	20	20	-	-	10	10
<b>Tot. AREA</b>				-	-	31	31	-	-	21	21
SUPPORTO	ANESTESIA AREA MATERNO INFANTILE	82	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	FARMACIA OSPEDALIERA	124	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	DIREZIONE MEDICA P.O.	DS	01	-	-	-	-	-	-	-	-
	FISICA SANITARIA	FS	01	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tot. AREA</b>				-	-	-	-	-	-	-	
TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA	49	01	1	-	16	17	-	-	10	10
	TERAPIA INTENSIVA (COVID)	49	02	-	-	-	-	-	-	34	34
	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP)	49	03	-	-	-	-	-	-	4	4
	TERAPIA INTENSIVA	49	02	-	-	-	-	-	-	-	-
	UNITA' CORONARICA	50	01	-	-	10	10	-	-	10	10
<b>Tot. AREA</b>				1	-	26	27	-	-	58	58
<b>TOTALE AO</b>				<b>74</b>	<b>46</b>	<b>585</b>	<b>705</b>	<b>76</b>	<b>43</b>	<b>620</b>	<b>739</b>

## **MACRO OBIETTIVO GESTIONE DELLA SICUREZZA E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO**

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente a una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

L'Azienda si prefigge, quindi, l'obiettivo di porre in essere azioni rivolte alla sicurezza delle prestazioni erogate e alla riduzione del rischio clinico.

## **MACRO OBIETTIVO GESTIONE DEL PERSONALE**

La gestione delle risorse umane è stata strategica per fronteggiare la crisi. È stato definito ed attuato un piano che ha visto la redistribuzione dello stesso in base alle esigenze, nonché assunzioni straordinarie secondo le indicazioni e le possibilità indicate dalle disposizioni nazionali e regionali. Anche i collaboratori tecnici ed amministrativi, meno esposti al rischio di contagio, hanno visto ridefinite le loro modalità di lavoro grazie all'introduzione dello smart working, modalità di lavoro innovativa per la pubblica amministrazione che si è resa indispensabile per garantire le attività di supporto agli operatori sanitari sul campo. Nell'anno 2023, con l'approvazione del piano di rimodulazione del fabbisogno del personale (DCA n. 153 del 09/11/2022), l'Azienda si predispose all'avvio/completamento di procedure concorsuali al fine di dotarsi delle unità di personale previste che andranno a colmare le carenze laddove individuate in fase di predisposizione del piano stesso.

## **MACRO OBIETTIVO RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'**

L'evoluzione dell'organizzazione aziendale, in funzione della integrazione con l'Università, è agevolata dalla scelta di articolare la nuova organizzazione della rete ospedaliera in aree omogenee per funzioni ed intensità di cure.

Sono in corso di definizione, quindi, i principi generali di organizzazione che configurano gli assetti organizzativi e le articolazioni di governo dell'Azienda e che disciplinano i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda.

Saranno privilegiati in questo percorso i valori e i principi generali di organizzazione e di funzionamento volti a promuovere l'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per costruire sinergicamente il valore salute Patient centred.

## **MACRO OBIETTIVO SVILUPPO DI STRUMENTI I MONITORAGGIO**

L'Azienda definisce gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili. Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del d.lgs.150/2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC.

Al fine di rendere il monitoraggio degli obiettivi aziendali strutturalmente esaustivi in termini di corrette rilevazioni dei costi e della produzione relativi a tutte le attività aziendali, saranno poste in essere azioni per l'implementazione della Contabilità Analitica.

## **IL PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING**

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

incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l'oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

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

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

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

Le Linee Guida di riferimento sono:

- Decreto Legislativo n. 150/2009 "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Con Decreto Regionale del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sociali n°3262 del 21.03.2014 è stata adottato lo schema del Regolamento per la Misurazione e Valutazione Performance Individuale, Programma Operativo 10-2013-2015, obiettivo 10.2.6;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 105/2016 valutazione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni;
- Linee Guida per il Piano della Performance - Ministeri n. 1 Giugno 2017;
- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 566 del 03/12/2021 "Approvazione Regolamento Aziendale Misurazione e Valutazione Performance", in corso di aggiornamento.

## **NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO**

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

meglio obiettivi già assegnati anche a causa di fattori esogeni non preventivabili in fase di assegnazione.

Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

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

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

- ✚ Budget di Dipartimento;
- ✚ Budget di Struttura Complessa/Semplice Dipartimentale/ Struttura Semplice.

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

## **LA SCHEDA DI BUDGET**

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

Per ogni obiettivo saranno definiti:

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

## **TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING**

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

### **Fase: Monitoraggio**

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

Per quanto riguarda l'analisi trimestrale degli scostamenti tra i risultati parziali e gli obiettivi di budget, dietro richiesta dei Responsabili di Struttura vengono organizzati degli incontri, unitamente al Comitato di Budget, per esaminare congiuntamente i risultati provvisori, soprattutto se relativi agli obiettivi che si discostano da quanto

programmato, e valutare l'eventuale necessità di modificare il budget assegnato. Eventuali variazioni del piano dei centri di costo nel corso nell'anno 2023, che determinassero una modificazione numerica e/o qualitativa, potrebbero portare ad una revisione dei Centri di Responsabilità con la possibile conseguente assegnazione e negoziazione di obiettivi con le Strutture interessate.

### **VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del raggiungimento degli obiettivi. Spetta all' OIV, allo scadere dell'anno, effettuare la verifica dell'ottemperanza degli obiettivi. Per le Strutture Complesse sia di area sanitaria sia di area amministrativa, tenuto conto delle priorità d'azione della strategia aziendale, è stato attribuito ai vari obiettivi un peso peculiare per ognuno di essi. La valutazione finale di ogni Struttura si otterrà sommando i valori ottenuti per ognuno degli obiettivi assegnati alla stessa. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici di Struttura definiti e assegnati, per l'Area Sanitaria viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100, con valori intermedi in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Il punteggio totale assegnato alle Strutture di area sanitaria e di area amministrativa sarà pari a 100 punti. Per ogni obiettivo viene assegnato un valore prestabilito a seconda dell'importanza strategica che esso riveste. Ogni obiettivo può prevedere più indicatori di misurazione, alcuni quantitativi, altri definiti in termini di adempimenti per i quali il valore atteso è rappresentato da un giudizio che potrà assumere le seguenti modalità: raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto che verrà valutato dall'OIV.

### **DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.**

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

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

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

### **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

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

attenzione è posta, quindi, ai comportamenti che, se pur non configurando reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano la percezione dei cittadini/utenti della imparzialità, della integrità e della qualità dei servizi dell'amministrazione.

L'aggiornamento della programmazione relativa alla prevenzione della corruzione è elaborato in continuità con il precedente e in coerenza con le indicazioni della L. 190/2012 e alle indicazioni del PNA 2022 per la predisposizione della sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'attuale documento recepisce le indicazioni Anac che individua, come metodologia di lavoro la logica di miglioramento progressivo con una programmazione step by step, partendo dagli esiti del monitoraggio dell'anno precedente, con l'obiettivo da un lato, di essere coordinatori delle strategie di prevenzione del rischio corruttivo e dall'altro cardini di collegamento tra le misure anticorruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, mutuando la metodologia di lavoro più volte indicata da Anac: gradualità ed effettività degli interventi, predilezione della sostanza sulla forma .

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

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

Particolare attenzione, in questo anno di programmazione, sarà rivolto ai contratti e a quei settori in cui vengono gestiti fondi strutturali e del PNRR e in cui è necessario mettere a sistema le risorse disponibili (umane, finanziarie e strumentali) per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti alla creazione di valore pubblico. In questi ambiti, nei quali più esteso ed elevato è il rischio di fenomeni corruttivi dovuti alle quantità di flusso di denaro e all'aumento sia quantitativo che qualitativo di partners - Università – e stakeholder diventa prioritario da un lato garantire l'effettività dei presidi anticorruzione e, dall'altra, contenere gli oneri sulle UU.OO. già provate dall'aumento esponenziale di attività e procedure e dalla cronica carenza di personale.

Si tratta di mettere a sistema procedure, attività, percorsi virtuosi e soprattutto si tratta di attivare la rete aziendale dell'anticorruzione in tutte le sue declinazioni e articolazioni. La programmazione 2023 si soffermerà anche sulla formazione del personale, prevedendo, ove necessario, misure di supporto e istruzione tecnica.

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

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

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

- Fornitori e imprese esecutrici di lavori pubblici ;
- Consulenti, collaboratori e avvocati;

- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e altro;
- Aziende farmaceutiche e Sponsor;
- Personale medico in ALPI;
- Cittadini fruitori dei servizi sanitari e familiari;
- Associazioni di Volontariato, Associazioni di Malattia, Associazioni dei Consumatori;
- Enti pubblici, Istituzioni, Università;
- Compagnie di assicurazioni e Broker;
- Ordini Professionali;
- Strutture Pubbliche e Convenzionate;
- Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari;
- Media, social media.

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

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

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

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

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

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

## **METODOLOGIA USATA SOGGETTI COINVOLTI**

L'elaborazione della programmazione anticorruzione e trasparenza tiene conto dei principi metodologici suggeriti da ANAC, ovvero:

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

**II. Gradualità:** le fasi di gestione del rischio, possono essere sviluppate con gradualità, ossia seguendo un approccio che consenta di migliorare progressivamente e continuativamente l'entità e/o la profondità

dell'analisi del contesto, la valutazione e il trattamento dei rischi.

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

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

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

Con questo approccio sono stati mappati, nell'anno 2022, nuovamente n° 10 processi, identificati, nelle principali norme e direttive in materia di Anticorruzione, come le attività a più alto ed elevato rischio corruttivo.

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

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

Il Piano coinvolge attivamente i seguenti soggetti:

❖ **Direzione Strategica**

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve:

- ✚ valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- ✚ tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- ✚ assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- ✚ promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

❖ **Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Nominato con delibera n° 14/2021 svolge i seguenti compiti:

- ✚ formula annualmente la proposta di aggiornamento del PIAO relativamente alle misure di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (L.190/2012) ;

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

❖ **Gruppo operativo** (Del. n° 14/2021)

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

❖ **Referenti per la prevenzione della corruzione**

Individuati in ogni UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD dal Direttore/Dirigente, nominati con delibera n°363 del 09.08.2021 sono il riferimento del RPCT nelle varie UU.OO; forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del PIAO e del programma per la trasparenza.

Spetta ai Referenti:

- ✚ comunicare tempestivamente all'RPCT i fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno del settore amministrativo al quale sono assegnati;
- ✚ informare semestralmente l'RPCT sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo – generiche e specifiche individuate nella mappatura dei processi – esprimendo una valutazione sulla loro utilità e/o sulla opportunità di rivederle;
- ✚ vigilano in cooperazione con l'RPCT sull'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione e

trasparenza richiedendo, ove necessario supporto e formazione integrativa per se stessi e i colleghi abilitati alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente;

#### ❖ **Direttori/Dirigenti**

I responsabili delle UU.OO. partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure. Direttori/dirigenti valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative.

In particolare:

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

#### ❖ **Organismo Indipendente di Valutazione – OIV**

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

L'Organismo svolge i seguenti compiti:

- ✚ verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- ✚ offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori
- ✚ verifica, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, i contenuti della relazione predisposta annualmente dal RPCT recante i risultati dell'attività svolta che il Responsabile trasmette allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione;
- ✚ esprime un parere obbligatorio su specifiche misura di prevenzione della corruzione e il codice di comportamento;
- ✚ coopera con il RPCT alla verifica, su segnalazione di quest'ultimo, dell'attuazione degli obblighi di trasparenza e degli obblighi di pubblicazione;
- ✚ partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte;

- attesta l'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza;
- assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

#### ❖ **Tutti i dipendenti**

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

### **MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

Sulla base delle indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2019 e confermate negli Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022, l'Azienda Ospedaliera ha avviato l'attività di mappatura dei processi con metodo qualitativo, giungendo alla mappatura di 10 processi a seguito di sessioni di training on the job.

L'attività ha coinvolto gli esecutori dei processi, in quanto soggetti in grado di descrivere dettagliatamente l'attività da mappare. Attraverso interviste programmate sono state rilevate le informazioni necessarie non solo per la descrizione del processo, ma per la rilevazione di eventuali fattori abilitanti del rischio corruttivo. Sono state dunque descritte tutte le fasi del processo, dall'input all'output dello stesso, evidenziando le responsabilità di ogni attività e dove possibile, i tempi medi di esecuzione. La descrizione dettagliata dei processi ha permesso di individuare i fattori abilitanti e i potenziali rischi, che potrebbero esporre l'AO Cosenza a eventi corruttivi. La mappatura ha riguardato, ove necessario, la programmazione di misure di contenimento del rischio corruttivo, ritenute adeguate e sostenibili nel tempo, senza particolari aggravii sull'organizzazione aziendale. Inoltre per ciascuna misura programmata, sono stati individuati gli indicatori di monitoraggio che consentiranno al RPCT di verificare non solo che le misure programmate siano state attuate, ma anche la loro efficienza. Nel corso dell'esame si è proceduto a prendere atto e analizzare, ove esistenti regolamenti, procedure, linee guida appositamente elaborati per disciplinare l'attività oggetto di mappatura.

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

Nell'anno in corso, con particolare attenzione ai processi legati al PNRR, proseguirà contemporaneamente:

- la macro mappatura degli altri processi come indicato nel PNA
- la micro mappatura di alcuni aspetti di processi già attenzionati ma che a parere di questo RPCT necessitano di ulteriore approfondimento e verifica capillare e Si procederà con la mappatura di altri processi e la verifica dell'applicazione delle programmate misure di contenimento del rischio corruttivo e della loro efficacia. Particolare attenzione

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

Le criticità che possono favorire il rischio corruttivo all'interno dell'Azienda, scaturiscono dalla carenza di organico che ancora oggi impedisce l'adozione di importanti misure preventive, quali ad esempio la segregazione delle funzioni e la rotazione ordinaria anche tra funzionari.

Pur nelle difficoltà sopradescritte, la Direzione Strategica ha implementato le attività di riorganizzazione del

processo di esecuzione dei contratti al fine di assicurare la migliore qualità delle forniture e delle prestazioni da parte dei fornitori, la riduzione del contenzioso e la prevenzione di fenomeni di corruzione.

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

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

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

Per il migliore svolgimento dei compiti assegnati, ai Responsabili Unici del Procedimenti (RUP), è stato assicurato un supporto, attraverso una Struttura stabile, già istituita con Deliberazione n. 263 dell'11/11/2016 - ex art. 31 comma 9 d.lgs. n. 50/16, potenziata con l'inserimento di un professionista esperto esterno, giusta Delibera n. 281 del 10.06.2021.

Al fine di valorizzare e qualificare l'attività di direzione, verifica e controllo della fase esecutiva dei contratti è stato quindi approvato, con Deliberazione n. 122 del 09.07.2020, il "Regolamento recante norme per la ripartizione dell'incentivo di cui all'art 113 del decreto legislativo 18/04/2016 n. 50 e s.m.i."

Per la fase successiva, di completamento dell'iter di liquidazione, sui sistemi informatici in uso, a seguito di ricevimento degli atti relativi alla liquidazione tecnica da parte del RUP/DEC/DL/RP del relativo Contratto, definita liquidazione amministrativa, la Direzione Strategica si era già espressa, con la Deliberazione n. 136 del 08/04/2021, rilevando l'esigenza di centralizzare in una unica ed omogenea linea operativa i vari items procedurali, riservandosi di procedere dopo aver acquisito le figure necessarie, anche dirigenziali.

Pertanto, con Deliberazione n. 154 del 10 marzo 2022, contestualmente alla presa atto dell'assunzione a tempo pieno e determinato di un Dirigente Amministrativo, figura necessaria per qualificare la riorganizzazione di tale processo, si è previsto di porre sotto l'egida della UOC Provveditorato, economato e gestione logistica tutte le competenze di liquidazione amministrativa relative ai Contratti ed agli affidamenti di servizi, forniture, lavori in essere, con la creazione di una struttura centralizzata presso cui dovranno prestare attività tutti i dipendenti che al momento svolgono l'attività di liquidazione amministrativa presso le attuali unità operative di appartenenza. Il Dirigente amministrativo allo scopo assegnato alla UOC Provveditorato, economato e gestione logistica, procederà alla organizzazione del servizio ed alla definizione delle procedure di liquidazione amministrativa.

A regime, tale struttura dovrà acquisire anche le competenze di liquidazione amministrativa relative alle prestazioni professionali (area legale, area tecnica, consulenza aziendale, formazione...).

Nelle more dell'attuazione di tale progetto di riorganizzazione amministrativa, la Direzione strategica ha comunque stabilito e programmato, con la nota prot. n.2676 del 11.03.2022 di declinare azioni volte al raggiungimento delle medesime finalità preventive e di controllo, che potranno essere soddisfatte, nell'ambito di ogni struttura interessata, attraverso la definizione di un sistema di segregazione delle funzioni, alternativo alla rotazione del personale, così per come definito e recepito nell'ambito del Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato da questa Azienda Ospedaliera con Deliberazione n. 133 del 31.03.2021, per ogni procedimento, assegnando l'attività di liquidazione amministrativa ad ufficio/dipendente diverso da quello ha curato la liquidazione c.d. tecnica.

Per la liquidazione amministrativa delle competenze relative alle prestazioni professionali, si è sottolineata l'importanza del puntuale assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 15 del D.Lgs 33/13, condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'atto e per la liquidazione dei relativi compensi al soggetto incaricato.

Complessivamente, il percorso che si propone di acquisire tale modalità operativa, che prevede la

separazione delle responsabilità nel processo di esecuzione dei contratti, in particolare nelle fasi di liquidazione tecnica e liquidazione amministrativa, risulta coerente con quanto auspicato dalla normativa sulla prevenzione della corruzione in quanto consente, nella gestione ordinaria, di effettuare una forma strutturata di controllo nell'ambito del procedimento amministrativo.

La programmazione, così per come definita, risulta anche coerente con gli indirizzi per la definizione dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) dei Bilanci, approvati dalla Regione Calabria con DPGR – CA n. 96 del 4 luglio 2013. In questo senso la Direzione Strategica ha elaborato le procedure amministrativo – contabili sul ciclo passivo che hanno la caratteristica, originale ed innovativa, di integrare le finalità proprie di tale procedura, finalizzata alla certificazione dei valori e poste in Bilancio, con quelli di controllo e prevenzione della corruzione. La procedura è in fase di valutazione per la definitiva adozione, essendo già stata condivisa con le Unità Operative aziendali interessate, a seguito della trasmissione di cui alla nota prot. 3089 del 23.03.2022.

Resta da erogare, in maniera più appropriata, l'attività di formazione delle suddette figure: nell'anno 2023 si raccomanda la formazione specifica di Dec e Rup .

Particolare attenzione sarà rivolta ai processi in cui si articolerà la gestione del PNRR. Al fine di assicurare la tracciabilità e il monitoraggio della spesa, la gestione dei programmi di spesa per la gestione dei fondi PNRR, avverrà:

1. acquisizione Codice Univoco di Progetto (CUP): adempimento già assolto dall'Azienda;
2. acquisizione del Codice Identificativo di Gara (CIG);
3. fatturazione elettronica;
4. conti correnti dedicati: adempimento già assolto dall'Azienda.

Inoltre il sistema Regis – Applicativo Unico di Supporto ai Processi - garantirà il continuo e tempestivo presidio dell'avanzamento finanziario, procedurale, fisico degli interventi del PNRR, con particolare riferimento al monitoraggio dei progressi nell'attuazione, consentendo la puntuale e costante verifica dei M&T UE e Nazionali del Piano.

Nell'ambito delle misure di prevenzione e contrasto della corruzione, l'Amministrazione applica le seguenti misure:

1. separazione delle funzioni;
2. rilascio di apposite dichiarazioni attestanti l'assenza di conflitto di interessi e situazioni di incompatibilità: tali dichiarazioni effettuate a monte saranno oggetto di verifica nel corso dell'esecuzione della procedura;
3. automazione dei flussi di dati per l'adempimento degli oneri di pubblicazione;
4. l'Azienda ha adottato un sistema interamente web based, utilizzabile da qualsiasi device, anche mobile, per la gestione del Whistleblowing in conformità alla Legge 179/2017 ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con delibera 469/2021.
5. applicazione del divieto di pantouflage attraverso dichiarazione sottoscritta dei soggetti che cessano l'incarico alle dipendenze dell'Azienda;
6. attività di vigilanza da parte del dirigente, sul rispetto delle regole previste dal Codice di Comportamento e in particolare delle regole in materia di conflitto di interesse, incompatibilità e cumulo di impieghi da parte del personale assegnato al suo Ufficio;
7. istituzione del Registro dei conflitti di interesse contenente tutte le dichiarazioni di assenza e/o presenza di situazioni di conflitto di interesse per incarichi individuali, consuntivi o in Commissione di Concorso o di Gara.

## **AREA DI RISCHIO FARMACEUTICA**

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

In realtà permangono criticità non ovviabili attraverso l'attuale informatizzazione SEC-Sisr quali

1. Carenze delle modalità di consegna di Farmaci e Dispositivi Medici

2. Carenza di Programmazione di Gare e Ordini.
3. Carenza strutturale del magazzino e degli uffici di Farmacia.
4. Carenza di personale addetto al magazzino ( 7 addetti andati in pensione mai sostituiti (attualmente presenti solo due addette assunte con categoria protetta);
5. Assenza di Magazziniere e/o di Caposala che gestisca il materiale di magazzino e le bolle in arrivo (andato in pensione e mai rimpiazzato);
6. Carenza di personale Amministrativo competente da affiancare al Farmacista per le normali attività di magazzino;
7. Mancano all'attivo 4 Farmacisti Strutturati andati in quiescenza; in standby concorso per Direttore di Farmacia
8. Criticità strutturali UFA che non garantiscono la corretta tracciabilità di tutte le movimentazioni dei prodotti di scorta.

Le Soluzioni per tali criticità potrebbero essere: 1) Consegna robotizzata (con questa modalità non ci sarebbe necessità di individuare del personale da istruire e formare, o 2) esternalizzare il servizio considerando però contenitori sigillati in modo da limitare incidenti di trasporto o di mancata consegna. E pertanto sarebbe necessario attivare un sistema robotico o di logistica in outsourcing che interfacciandosi con SECSISR consentirebbe una governance trasparente dei seguenti processi :

- Carico scarico di reagenti farmaci e DM (DISPOSITIVI MEDICI)
- Monitoraggio dei reagenti , farmaci e DM
- Alert per ordini in regime ordinario ed urgenti in scadenza di contratti o per la riproposta di ordini di materiale costantemente utilizzato, e necessario a garantire la routine dell'ospedale stesso, per evitare gap sul riprogrammare o riproporre Gare e/o ordini. Tutto questo con personale in situ sino alla destinazione finale
- Accettazione e ricezione merci dai fornitori
- Controllo qualitativo di reagenti farmaci e DM
- Ubicazione e distribuzione dei beni e del materiale stoccato su specifiche richieste dei centri di costo
- Gestione Materiale in transito
- Gestione catena del freddo per vaccini e farmaci deperibili e monitoraggio temperature di conservazione
- Allestimento box personalizzati per le UUOO in base alle specifiche richieste
- Gestione richieste in emergenza e urgenza

L'approvvigionamento di farmaci, prodotti dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario e materiale diagnostico è effettuato mensilmente, previa programmazione, pianificazione, verifica delle scorte ed analisi della assegnazione economica; tutte le attività di gestione del magazzino vertono sul controllo qualitativo e quantitativo, ponendo particolare cura alla corretta conservazione di tutti i prodotti in entrata, al fine di garantire la rotazione degli stessi, nonché, prima della fase di dispensazione, le attività di informazione e di controllo sul loro corretto ed appropriato uso.

Al fine di assicurare una corretta allocazione delle risorse economiche viene costantemente effettuato il monitoraggio della spesa economica per centro di costo.

Già dal 2018 si sono svolte tutte quelle attività che hanno portato all'implementazione presso la Farmacia del nuovo progetto regionale SEC-SISR gestito dalla Ditta Data Processing/ADS

Tale Progetto SEC-SISR si compone di vari Moduli come quello per la gestione del magazzino (GE4) e quello per la gestione dei farmaci ai pazienti in dimissione (EDF).

Tramite il Modulo GE4 è possibile espletare varie funzioni, tra cui:

- Gestione richieste di farmaci e DM dalle UU.00. alla Farmacia;
- Scarichi sui CDC (trasferimento alle UU.00.);
- Stampa inventario;
- Archivio Depositi Magazzino;
- Gestione ordini;
- Gestione carichi dei prodotti;
- Estrapolazione report consumi per CDC, FILE F, consumo farmaci innovativi, ecc.

Attività di formazione specifica ha coinvolto gli addetti alla Farmacia (farmacisti ed amministrativi) ed anche

nelle UU.00. (medici ed infermieri).

Inoltre, è stato organizzato dalla UOC Farmacia e realizzato in tre edizioni, un Corso di Formazione aziendale rivolto a tutto il personale medico e infermieristico dal titolo "L'informatizzazione della Farmacia rispetto a tutte le UU.OO."

Questo ha determinato un rapido utilizzo del programma regionale SEC-SISR nella nostra Azienda. Si sono, inoltre, svolte delle riunioni aziendali, a cui hanno partecipato tutti i soggetti coinvolti, riguardanti le integrazioni tra i vari applicativi informatici in uso con il nuovo programma regionale, in particolare:

- Integrazione ADS (GE4) con LOG 80 (per il trasferimento automatico degli scarichi dei farmaci oncologici effettuati nel programma LOG 80 nel programma regionale GE4);

- Integrazione GESAN con LOG 80 (per la prescrizione degli antibiotici su Log 80 accedendo dalla cartella clinica informatizzata di Reparto Wirgilio);

- Integrazione ADS (GE4) con GESAN (per lo scarico dei farmaci presenti in GE4 ai pazienti).

Sempre dall'anno 2018 sono state realizzate le prime due integrazioni ed avviato la terza integrazione (ADS/GESAN) che permetterà di avere la banca dati del programma regionale GE4 nella cartella clinica informatizzata di Reparto in modo da ottenere la valorizzazione economica dei carichi, degli scarichi e delle giacenze di Reparto (DCA 137/2015).

In data 21 marzo 2019 è stata indetta una riunione dedicata con l'obiettivo di realizzare l'integrazione tra la cartella clinica e gli armadi di Reparto GE4 entro il 31/12/19.

### **INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA**

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

- ✚ tutte le richieste dei materiali a scorta in farmacia pervengono tramite il programma informatico SEC-SIRS, vengono validate dal farmacista e allestite nello stesso magazzino;

- ✚ tutte le richieste sono effettuate dai vari Reparti come richieste in transito; sono valutate dal farmacista e confermate, eliminate o modificate secondo i criteri di buona gestione e trasformate sul programma SEC-SIRS in proposte d'acquisto per le UU.OO. richiedenti.

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

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

Tale informatizzazione va completata comunque per le aree, azioni evidenziate per completare un governo globale del processo di gestione del bene farmaceutico

### **FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE**

La formazione del personale è una misura indispensabile per promuovere la cultura dell'etica, dell'integrità, della professionalità: valori di base fondamentali, all'origine di comportamenti utili a favorire un sistema pubblico di qualità e a prevenire i rischi corruttivi e di cattiva gestione.

L'RPCT ritiene di dover intensificare, nell'anno 2023, le attività di formazione rivolte a tutto il personale nelle modalità indicate dalla normativa in vigore e in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio. Come previsto dall'art. 1, comma 10, lett. c della L. 190/2012 i destinatari della formazione sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione e il criterio di scelta si basa sull'analisi delle attività a rischio individuate dal presente Piano.

#### **FORMAZIONE GENERALE**

La formazione generale rivolta a tutti i dipendenti contribuisce alla diffusione di una cultura civica ed etica e favorisce comportamenti consapevoli e responsabili in un'amministrazione che, oltre a gestire risorse pubbliche, ha finalità istituzionali di gran rilievo e interesse generale.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici

indicati nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione come a più elevato rischio di corruzione, dovranno partecipare ad un programma formativo sulla normativa relativa per la prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Tale percorso di formazione, definito dal RPCT, d'intesa con il Responsabile della Formazione, dovrà essere indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà riguardare le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge 190/2012 e s.m.i., gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Il RPCT provvede a definire un piano di formazione obbligatoria per i referenti aziendali del RPCT definendo modalità, tempi ed argomenti, e individua con i responsabili delle UU.OO.CC. il restante personale che ritiene necessario formare.

**OBIETTIVI:**

- **predisporre, nel triennio, la formazione di tutto il personale sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza, prevedendo, eventualmente, sessioni tematiche specifiche per area di pertinenza;**
- **promuovere la conoscenza del Codice di Comportamento e del Codice etico**

### **FORMAZIONE AVANZATA E SPECIFICA**

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

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

**OBIETTIVI:**

- **nel biennio promuovere la formazione specifica per DEC e RUP;**
- **rafforzare conoscenza e competenze in tema di accesso civico e documentale;**

### **TRASPARENZA**

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

L'Azienda Ospedaliera consente all'utente l'accesso alle informazioni sul sito istituzionale: [www.aocosenza.it](http://www.aocosenza.it), impegnandosi a garantirne l'aggiornamento, la completezza, l'integrità, la tempestività e la possibilità di accesso da parte di tutti. L'Azienda si impegna a pubblicare i dati, rispettando le disposizioni nazionali ed europee in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, contemperando le esigenze di pubblicità e trasparenza da una parte e le esigenze di riservatezza dall'altra. Ao si impegna altresì a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti, sensibili o giudiziari, eccedenti e non indispensabili rispetto alle finalità di trasparenza, in ossequio al principio di minimizzazione ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Dalla scorsa primavera è on line una nuova sezione di Amministrazione Trasparente di più facile e immediata lettura, accessibile e implementata da ciascun responsabile del procedimento, relativamente ai procedimenti di stretta pertinenza.

L'architettura della sezione è in linea con quanto previsto dal d.lgs. 33/2013 e dalle linee guida nazionali in materia di trasparenza. E' presente inoltre "Archivio Amministrazione Trasparente" che, rinvia l'utente alla precedente sezione dove è possibile accedere alle pubblicazioni di anni precedenti: i dati per i quali resiste l'obbligo temporale di pubblicazione sono, comunque, migrati nella nuova Amministrazione Trasparente".

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

A breve sarà anche on line il nuovo portale istituzionale, rivisitato nella grafica e nella riorganizzazione delle sezioni e dei link; si è provveduto inoltre a razionalizzare i contenuti eliminando duplicazioni e dati ridondanti, rendendo il sito accessibile e in linea con normativa in vigore.

L'Azienda, inoltre con Del. n° 195 del 29.04.2021 si è dotata della "Procedura per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi". Il provvedimento e l'allegata modulistica, concepita allo scopo di agevolare l'utilizzo della misura, da parte di tutti i cittadini è pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Nel corso dell'anno sono stati realizzati alcuni incontri informativi, da remoto, in materia di trasparenza (obblighi di pubblicazione e accesso civico) allo scopo di promuovere la conoscenza del Regolamento: si ritiene di dover intensificare la formazione e le azioni di supporto ai responsabili dell'accesso documentale, individuati nel Regolamento aziendale, al fine di evitare reiteri di istanze e ricorso al RPCT per la tutela del diritto di accesso che si sono verificati nell'anno appena trascorso.

Poiché questo RPCT ha rilevato criticità nell'esecuzione dell'adempimenti connesso al diritto di accesso agli atti al fine di superare tali criticità che hanno riguardato sia l'individuazione del responsabile dell'accesso agli atti sia il rispetto puntuale della tempistica, nell'anno in corso si provvederà, d'accordo con i Direttori delle UU.OO. ad individuare le migliori strategie per monitorare il processo dall'inizio alla fine e adempiere puntualmente all'obbligo di accesso.

#### **OBIETTIVI:**

- **istituire desk di raccolta e smistamento delle istanze di accesso alle UU.OO di competenza;**
- **monitoraggio dei tempi di riscontro ed eventuale intervento di supporto all'adempimento;**
- **formazione e supporto dei dipendenti al fine di declinare al meglio il diritto di accesso agli atti e le disposizioni contenute nel Regolamento aziendale;**
- **ripristino del Registro degli accessi**
- **nel triennio rispetto puntuale degli obblighi di pubblicazione, superando le resistenze del personale che interpreta l'obbligo come ulteriore appesantimento di un'attività burocratica e amministrativa già molto gravosa;**

### **WHISTLEBLOWER E TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA LA ILLECITI**

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha adottato un sistema interamente web based, utilizzabile da qualsiasi device, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alla Legge 179/2017 ed aggiornato alle linee guida ANAC emanate con delibera 469/2021.

La soluzione consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. Viene assicurato il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc.

Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi. Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di "dialogare" con il segnalante "mediante la soluzione", quindi senza conoscerne l'identità. Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento. Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna

installazione, attraverso il link “Segnalazione illecito – Whistleblowing”, disponibile nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Altri Contenuti / Prevenzione della Corruzione”, così come indicato da ANAC nella determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, allegato 1a.

Di seguito le funzionalità implementate:

- fase di avvio - dichiarazione al sistema dei dati di contatto, oltre che del RPCT, dei soggetti che potrebbero, se attivati dal RPCT, accedere alle segnalazioni (OIV, UPD) in fase di gestione - dichiarazione al sistema dei soggetti che potenzialmente potrebbero procedere alla presentazione delle segnalazioni;
- fase di registrazione che avviene da web, accertandosi dell'identità del segnalante attraverso autenticazione OTP (One Time Password), acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo;
- fase di verifica dell'identità dei dati dell'utente registrato ed abilitazione al servizio;
- fase di presentazione - l'utente abilitato può, quindi, accedendo al sistema sempre in ambiente web, completare il modello di segnalazione reso disponibile; completata la compilazione si otterrà conferma dell'identità del segnalante al momento dell'invio della segnalazione (via OTP) e immediato disaccoppiamento dei dati del segnalante da quelli della segnalazione; tutti i dati vengono mantenuti crittografati e conservati su server distinti - invio di notifica di avvenuto deposito della segnalazione al RPCT (sms/email) fase di gestione - il RPCT avrà accesso immediato SOLO ai dati della segnalazione, in chiaro ed in forma “volatile” (cioè a chiusura della sessione non è più disponibile la segnalazione in chiaro) e potrà:
  - chiedere integrazioni e “dialogare” con il segnalante senza conoscerne l'identità. E', infatti, il sistema a “recapitare” le richieste al segnalante, ed a procedere all'inoltro al RPCT degli eventuali riscontri ottenuti;
  - decidere l'archiviazione (l'archiviazione viene notificata al segnalante);
  - inviare, per l'eventuale avvio dei rispettivi procedimenti, la segnalazione: all'OIV, all'UPD e/o alle Procure di Corte dei Conti e/o Tribunale. L'invio ai soggetti interni, pre-dichiarati al sistema, viene notificata via sms/email e saranno tracciati tutti gli accessi alla segnalazione con immediato report al RPCT. Il sistema consente ai soggetti interni di dichiarare lo stato del procedimento avviato, allegando atti e documenti utili. L'invio ai soggetti esterni avverrà con le modalità e le cautele di riservatezza previsti dalla norma.

Sull' istituto del Whistleblowing è stato somministrato a tutti i dipendenti, in modalità ondemand, dal 01 al 31 luglio, un corso di istruzione normativa della durata di circa 30 minuti al termine del quale è stato possibile scaricare il materiale didattico e compilare un test di verifica dell'apprendimento.

Ai partecipanti è stato rilasciato attestato di istruzione.

## **MONITORAGGIO**

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

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

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

generale.

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

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

Entro il mese di novembre di ciascun anno, il Responsabile per la Trasparenza, i referenti per la prevenzione e i dirigenti, in apposita riunione convocata dal RPC, forniscono allo stesso i dati aggiornati necessari per la redazione della relazione annuale sui risultati dell'attività di prevenzione svolta nel medesimo anno, in adempimento di quanto disposto dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012.

**OBIETTIVI:**

- **nell'anno messa a regime delle attività semestrali e delle comunicazioni periodiche al RPCT;**
- **nel biennio verifica dell'utilità e dell'efficacia delle misure di monitoraggio individuate nella mappatura dei processi;**
- **nel triennio puntuale rispetto delle misure generali e specifiche individuate per singolo processo**

### **MISURE GENERALI E TRASVERSALI ROTAZIONE ORDINARIA DEI DIPENDENTI**

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

Pur riconoscendo la sussistenza di diversi elementi ostativi all'applicazione della misura, primo fra tutti la carenza di personale e l'esigenza di evitare interruzioni o rallentamenti dell'azione amministrativa, si ritiene che, soprattutto nelle aree di maggior rischio corruttivo, la rotazione dei dipendenti possa essere promossa, dapprima all'interno della stessa U.O.C., predisponendo, al fine di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, adeguato affiancamento e formazione specifica.

Con riferimento agli incarichi dirigenziali, l'Azienda, in esito a procedura di Avviso pubblico di reclutamento a tempo determinato, ha individuato n° 3 Dirigenti amministrativi, due dei quali esterni, che sono stati assegnati alle UU.OO.SS. Risorse Umane, Servizi Amministrativi Ospedalieri e Economato. Il rinnovamento ha riguardato anche l'Ufficio Concorsi che, seppure per motivazioni diverse dalla rotazione, ha visto, nell'anno appena trascorso il ricambio di tutte le unità di personale precedentemente assegnate. Permane tuttavia, la difficoltà di effettuare la rotazione tra i funzionari, soprattutto nelle aree amministrative contrassegnate da alto rischio corruttivo. Il processo di riorganizzazione delle Aree dell'Amministrazione Generale, unito all'assunzione di nuovo personale in forza agli Uffici amministrativi, può rendere più agevole la rotazione di alcuni funzionari che peraltro hanno presentato istanza di mobilità interna.

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

**OBIETTIVO:**

- **nel breve periodo e nelle more dell'attivazione della struttura centrale di liquidazione fatture, si raccomanda di assicurare la segregazione delle funzioni**

## **MISURE ALTERNATIVE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI ROTAZIONE**

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

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative ed adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

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

A tal fine può essere utile prevedere modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Nelle aree identificate come maggiormente esposte a rischio corruzione e per le istruttorie più delicate si prevedono meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, stabilendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

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

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

In tale ottica si individuano le seguenti modalità, che rappresentano altrettanti

### **OBIETTIVI da raggiungere nel triennio:**

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

## **ROTAZIONE STRAORDINARIA A SEGUITO DI AVVIO DI PROCEDIMENTO DISCIPLINARE**

E' una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

E' necessario che la rotazione straordinaria sia disciplinata e regolamentata, nel rispetto della normativa vigente con riferimento a:

- ambito di applicazione;
- profili di responsabilità;
- procedure per addvenire al provvedimento motivato;
- durata dell'efficacia del provvedimento motivato di rotazione straordinaria;
- criteri operative;
- coinvolgimento del RPCT ai sensi dell'art. 129, co. 1 del Decreto Legislativo 28 Luglio 1989 da parte della Direzione Generale che riceve la comunicazione del Pubblico Ministero, affinché il RPCT possa esercitare

la sua funzione di vigilanza sulla effettiva adozione del provvedimento conseguente (vedasi paragrafo 3.11 delle citate Linee Guida ANAC).

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

**OBIETTIVO:**

- **adozione di un regolamento per la disciplina della rotazione ordinaria e straordinaria;**
- **aggiornamento del Codice di Comportamento;**
- **adozione del Codice Etico.**

## **CONFLITTO DI INTERESSI**

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

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

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

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

**OBIETTIVO:**

- **puntuale rispetto degli obblighi di trasmissione delle relazioni annuali ai fini del monitoraggio**

## **CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO**

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla legge n. 190 del 2012, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'adozione di un codice etico e di comportamento, la diffusione, la formazione e la sensibilizzazione alla loro osservanza, sono certamente strumenti indispensabili non solo nell'ambito della programmazione delle misure volte a prevenire l'illegalità e ad evitare che si verifichino anche inconsapevoli violazioni, ma sono anche mezzi validi per rafforzare il senso di appartenenza al gruppo di lavoro sia per il valore che essi hanno di orientare le condotte di chi lavora nell'amministrazione verso il miglior perseguimento dell'interesse pubblico.

Alla luce delle Linee Guida in materia di Codici di Comportamento della PA adottate con delibera Anac n° 177/2020 e in relazione al quadro normativo di riferimento e alle raccomandazioni dell'Autorità di elaborare Codici specifici, frutto anche della più ampia partecipazione e condivisione dei soggetti ai quali si rivolgono, si rende opportuno l'aggiornamento dei suddetti Codici, in base alle caratteristiche organizzative e funzionali dell'Azienda e all'esigenza di richiamare le misure di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano.

**OBIETTIVO:**

- **nel triennio aggiornamento del Codice di Comportamento;**
- **adozione del Codice Etico**

## **INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ**

Ai sensi dall'art. 15 d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC. Spetta al RPCT "avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misurainterdiviva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."

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.

Le suddette dichiarazioni devono essere acquisite all'atto del conferimento di uno degli incarichi disciplinati dal decreto 39/2013. In particolare, la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico ed è quindi opportuno che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica, da parte dell'organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti. La dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità deve essere ripetuta annualmente; entrambe le tipologie di dichiarazioni devono comunque essere rinnovate ogni qualvolta sopraggiungano eventi nuovi e rilevanti.

La stessa struttura è altresì tenuta ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. Di tale attività riferirà annualmente al Responsabile Anticorruzione.

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

Come prevede l'art. 35 bis del dlgs. 165/2011 introdotto dalla L. 190/2012, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la pubblica amministrazione secondo il codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) 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 all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare 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.

Le UU.OO. GRU, Attività Tecniche e Patrimoniali, Forniture e Logistica, Economato, Affari Generali, devono verificare, in maniera tempestiva, la sussistenza di precedenti penali al momento della costituzione delle commissioni di concorso o commissioni di gara, e per l'affidamento di commesse e incarichi professionali. L'UOC GRU deve verificare la sussistenza di precedenti penali all'atto dell'assegnazione dei dirigenti e dei dipendenti agli uffici che svolgono l'attività prevista dall'art. 35 bis del D. Lgs 165/001 e sim. L'RPCT provvede a trasmettere la modulistica relativa alla raccolta delle dichiarazioni da parte degli interessati, che saranno custodite a cura della U.O. nel fascicolo d'Ufficio.

## **ULTERIORI MISURE:**

### **CLAUSOLA DI PANTOUFLAGE PER APPALTI DI SERVIZI, FORNITURE E LAVORI**

L'art. 53, comma 16 ter del Dlgs. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che hanno 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. La misura della cosiddetta incompatibilità

successiva del dipendente (pantouflage) ovvero il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato e viceversa, nasce dall'esigenza di individuare una modalità gestionale per arginare da un lato il depauperamento di professionalità costruite negli anni e dall'altro per arginare il pericolo per l'imparzialità dell'azione del funzionario pubblico che potrebbe strumentalizzare l'esercizio dei propri poteri per guadagnare la benevolenza del proprio interlocutore privato al fine di ottenerne dei benefici dopo aver lasciato l'impiego o, anche, rappresentare il compenso per una vera e propria attività corruttiva. La misura obbligatoria (prevista anche nel Piano Nazionale) è volta ad evitare di contrattare con organizzazioni in cui siano presenti ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi per conto della struttura negli anni precedenti.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti". come prevista dalla predetta disposizione legislativa, quale strumento di adesione volontaria ai principi etici di legalità, volto a rafforzare il vincolo di collaborazione alla legalità tra l'amministrazione aggiudicatrice e i partecipanti privati nell'ambito dell'affidamento di appalti pubblici.

La complessità del fenomeno unita alle problematiche connesse alle misure interdittive e all'assenza di indicazioni su chi e come debba essere accertata la violazione e se questa debba riguardare la sola amministrazione dalla quale proviene il dipendente o tutte le amministrazioni pubbliche, di fatto rende difficile prevedere efficaci misure di contenimento del rischio. Resta comunque valida, soprattutto ai fini della conoscenza del divieto una dichiarazione del dipendente pubblico che cessa dall'incarico, al rispetto del divieto di pantouflage. L'RPCT predisporrà modulo di raccolta dichiarazione che trasmetterà alla U.O.C. Risorse Umane per gli adempimenti connessi alla cessazione di incarico, recesso di contratto, pensionamento. Annualmente la U.O.C. trasmette all'RPCT report delle dichiarazioni raccolte.

## **STUDI CLINICI**

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

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

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

- assicurare l'integrazione delle attività di ricerca con i percorsi assistenziali, formativi ed organizzativi dell'A.O. di Cosenza, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali;
- garantire la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- definire modalità operative per la conduzione di ricerche indipendenti, finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza nonché l'equa ripartizione dell'onere finanziario conseguente alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

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

e coinvolgimento del cittadino sono concetti cardine e imprescindibili nel percorso di rinnovamento che negli ultimi anni ha subito e sta subendo il SSN.

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

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

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

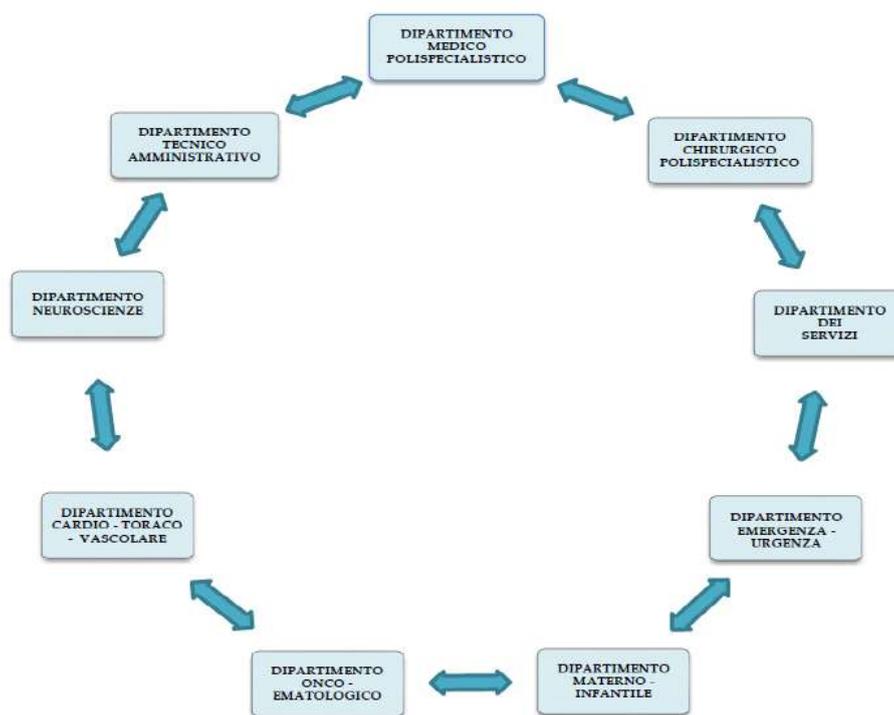
L'attuale organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza si articola in:

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

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

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

L'Azienda individua i seguenti Dipartimenti:



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

## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

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

lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo ad un tempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, già con la Deliberazione n. 162 del 21.04.2021 ha disciplinato il Lavoro Agile, non solo come modalità alternativa e flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro, in funzione del contenimento del rischio contagio da COVID-19, ma anche come strumento di modernizzazione della Pubblica Amministrazione e come opportunità per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in funzione, da un lato, dell'obbligo di cura derivante dai rapporti parentali e dall'altro, dall'esigenza di sviluppare nei lavoratori un approccio manageriale basato sulla responsabilità, flessibilità e autonomia nel raggiungimento dei risultati.

Il Lavoro Agile, tra le modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- + promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro (work-life balance);
- + mettere al centro le persone, innescando meccanismi virtuosi di fiducia tra i lavoratori e l'amministrazione (people strategy);
- + promuovere l'organizzazione del lavoro ispirata ai principi della flessibilità, dell'autonomia e della responsabilità;
- + agevolare la diffusione di tecnologie e competenze digitali (digital transformation);
- + ridurre il tasso di assenteismo;
- + favorire, attraverso lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato, un incremento di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa;
- + smaltire il lavoro arretrato, ove presente, predisponendo apposito Piano;
- + ridurre i costi ambientali in termini di consumi elettrici, emissione di CO<sub>2</sub>, riduzione del traffico e riduzione del rischio da mobilità.

Il Lavoro Agile è rivolto al personale del comparto e ai dirigenti di ruolo tecnico-amministrativo che non siano titolari di strutture con coordinamento e governo di risorse umane, a tempo pieno o part time, determinato o indeterminato, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento di prestazione lavorativa in remoto, valutate le esigenze organizzative connesse all'erogazione dei servizi al cittadino e al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati.

Le prestazioni di lavoro in modalità agile, infatti, non dovranno pregiudicare in alcun modo o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti.

In effetti, il dipendente è nelle condizioni di poter effettuare la prestazione in modalità di Lavoro Agile, anche nell'ambito di una adeguata rotazione, in relazione alla propria qualifica, posizione professionale e ambito di attività, quando sussistono i seguenti requisiti:

- a) la possibilità di delocalizzare, anche parzialmente, le attività di lavoro assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) la possibilità, in termini di competenza e caratteristiche della prestazione lavorativa, di utilizzare le strumentazioni tecnologiche e digitali, al di fuori della sede di lavoro, accedendo alla rete intranet e operando sui diversi applicativi gestionali aziendali. L'Azienda si impegna ad adottare ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta.
- c) la possibilità di eseguire la prestazione lavorativa, nel rispetto degli obiettivi fissati, con autonomia organizzativa e iniziativa;
- d) la possibilità di monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati;
- e) la possibilità di alternare giornate lavorate nell'abituale sede di lavoro in presenza e giornate lavorate da remoto.

Al fine di inserire il Lavoro Agile quale modalità operativa nell'ambito dell'organizzazione aziendale, l'Azienda Ospedaliera intende impegnarsi nell'adozione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile.

L'adozione di modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale. Il dirigente della struttura presso la quale è assegnato il dipendente in lavoro agile predisporre un idoneo sistema di monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati

conseguiti attraverso la prestazione lavorativa svolta ed al termine dell'attività individuale di lavoro agile e redige una relazione conclusiva da trasmettere all'Osservatorio Aziendale previsto dal Regolamento di cui alla Deliberazione n. 162 del 21.04.2021 che ne terrà conto ai fini di un monitoraggio generale circa le ricadute organizzative dell'istituto.

Le valutazioni conclusive del monitoraggio generale sono trasmesse anche all'Organismo Paritetico per l'innovazione di cui all'articolo 6 del CCNL 21 maggio 2018.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza garantisce ai dipendenti che svolgono il lavoro in modalità agile le stesse opportunità formative e di addestramento, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo della professionalità, previste per tutti i dipendenti che svolgono mansioni analoghe.

Nell'ambito del Piano di formazione del personale saranno previsti percorsi di formazione per il personale in lavoro agile.

## PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

### Consistenza del personale.

Il personale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza al 31/01/2023 era composto da n° 1.773 unità di cui n° 84 a tempo determinato. Nella tabella che segue il dettaglio della distribuzione del personale ed il rapporto con l'anno 2022.

<b>QUALIFICA</b>	<b>Personale T.I.</b>	<b>Personale a T.D.</b>
<b>Ruolo Sanitario</b>		
<b>Personale Dirigente</b>		
<i>Dirigente medico struttura complessa</i>	<b>30</b>	
<i>Dirigente farmacista struttura complessa</i>		
<b>TOTALI PARZIALI</b>	<b>30</b>	
<i>Dirigente medico</i>	<b>343</b>	<b>20</b>
<i>Dirigente biologo</i>	<b>15</b>	<b>1</b>
<i>Dirigente farmacista</i>	<b>6</b>	<b>1</b>
<i>Dirigente fisico</i>	<b>4</b>	
<i>Dirigente psicologo</i>	<b>1</b>	
<i>Dirigente professioni sanitarie</i>	<b>1</b>	
<b>TOTALI PARZIALI</b>	<b>370</b>	<b>22</b>
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO</b>	<b>400</b>	<b>22</b>
<b>Personale sanitario/ Tecnico non medico</b>		
<i>Coll.re Prof.le Sanit. Senior Tec. San. di Radiologia Medica</i>		
<i>Coll.re Prof.le Sanit. Senior Tecnico di Laboratorio Biomedico</i>	<b>2</b>	
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario</i>	<b>8</b>	<b>2</b>
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario Senior infermiere</i>	<b>6</b>	
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico</i>	<b>42</b>	<b>3</b>
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico di Radiologia Medica</i>	<b>53</b>	<b>9</b>
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario Senior - Ostetrica</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Professionale Personale Tecnico Sanitario</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Dietista</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista</i>	<b>1</b>	

<i>Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere</i>	<b>636</b>	<b>39</b>
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Pediatrico</i>	<b>21</b>	
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica</i>	<b>26</b>	<b>5</b>
<i>Collaboratore Prof.le Sanit. Senior Personale della Riabilitazione</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia</i>	<b>2</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale - Tecnico Biologo</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale - Tecnico Trasfusione</i>	<b>1</b>	
<i>Op. Prof.le Coll. terapeuta della riabilitazione</i>	<b>3</b>	
<b>TOTALE COMPARTO SANITARIO/TECNICO NON MEDICO</b>	<b>808</b>	<b>58</b>
<b>Ruolo tecnico/Professionale</b>		
<b>Personale Dirigente</b>		
<i>Dirigente Avvocato</i>		
<i>Dirigente Ingegnere Struttura Complessa</i>	<b>1</b>	
<i>Dirigente Ingegnere</i>	<b>1</b>	
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO/PROFESSIONALE</b>	<b>2</b>	
<b>Ruolo Tecnico</b>		
<b>Personale tecnico non dirigente</b>		
<i>Assistente Tecnico</i>	<b>13</b>	<b>1</b>
<i>Assistente Tecnico - Perito Industriale Elettronico</i>	<b>1</b>	
<i>Assistente Tecnico - Perito Industriale Meccanico</i>	<b>1</b>	
<i>Assistente Tecnico Geometra</i>	<b>3</b>	
<i>Collaboratore Professionale Assistente Sociale</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore tecnico Prof.le Senior - Programmatore</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale</i>	<b>3</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale -Ingegnere</i>	<b>2</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale - Tecnico Perito Elettrotecnico</i>	<b>1</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale Geometra</i>	<b>2</b>	
<i>Collaboratore tecnico professionale informatico</i>	<b>5</b>	
<i>Operatore socio sanitario</i>	<b>275</b>	
<i>Operatore Tecnico</i>	<b>15</b>	
<i>Operatore Tecnico addetto all'assistenza</i>	<b>1</b>	
<i>Operatore Tecnico Centralinista</i>	<b>8</b>	
<i>Operatore Tecnico Termoidraulico Meccanico</i>	<b>2</b>	
<i>Operatore Tecnico di Magazzino</i>	<b>8</b>	
<i>Operatore Tecnico Idraulico Impiantista</i>	<b>3</b>	
<i>Operatore Tecnico senior Elettricista</i>	<b>2</b>	
<i>Operatore Tecnico Pittore</i>	<b>3</b>	
<i>Operatore Tecnico autista di ambulanze</i>	<b>2</b>	
<i>Operatore Tecnico Senior autista di ambulanze</i>	<b>1</b>	
<i>Operatore Tecnico conduttore di caldaie</i>	<b>1</b>	
<i>Operatore Tecnico Senior conduttore di caldaie</i>	<b>4</b>	
<i>Operatore Tecnico Falegname</i>	<b>1</b>	
<i>Operatore Tecnico Muratore</i>	<b>1</b>	
<i>Operatore Tecnico Specializzato Centralinista</i>	<b>2</b>	

<i>Operatore Tecnico specializzato</i>	<b>4</b>	
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>	<b>366</b>	<b>1</b>
<b>Ruolo Amministrativo</b>		
<b>Personale Dirigente</b>		
<i>Dirigente amministrativo struttura complessa</i>	<b>5</b>	
<i>Dirigente amministrativo</i>		<b>3</b>
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Ruolo Amministrativo</b>		
<b>Personale Amm.vo non dirigente</b>		
<i>Assistente Amministrativo</i>	<b>24</b>	
<i>Coadiutore Amministrativo</i>	<b>13</b>	
<i>Coadiutore Amministrativo Senior</i>	<b>9</b>	
<i>Collaboratore Amministrativo Professionale</i>	<b>53</b>	
<i>Collaboratore Amministrativo Professionale Senior</i>	<b>4</b>	
<i>Commesso</i>	<b>5</b>	
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO AMM.VO</b>	<b>108</b>	
<b>TOTALE PERSONALE AMM.VO</b>	<b>113</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.689</b>	<b>84</b>

#### Programmazione strategica delle risorse umane

A seguito di disposizioni regionali, stabilite con il Decreti del Commissario ad Acta - DCA - n. 113 del 06.09.2022 e 118 del 03.10.2022, si è proceduto alle modifiche della programmazione del fabbisogno e del Piano delle assunzioni per l'anno 2022, adottando la Deliberazione n. 623 del 25.10.2022, successivamente approvata dal Commissario ad Acta per il piano di rientro della regione Calabria, con DCA del 9 novembre 2022, n°153. Con questo decreto, l'ufficio del Commissario ad Acta ha inteso riconoscere un limite finanziario e "metodologico" all'assunzione di nuovo personale, disponendo che: "i reclutamenti previsti dal Piano assunzionale allegato alla Delibera n. 623 del 25/10/2022 dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza vengano effettuati parallelamente alle azioni volte alla riduzione della spesa e alla realizzazione di risparmi su altre voci di costo, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive e alle voci accessorie, e venga assicurato un opportuno bilanciamento delle assunzioni in un'ottica complessiva di riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi;" e comunque ponendo il tetto di spesa per tali assunzioni in € 103.050.789,00 per l'anno 2022. La capacità assunzionale autorizzata è, dunque, vincolata al rispetto di tali prescrizioni. Rileva, in particolare, come si tratti del piano assunzionale 2022, cioè relativo all'ultimo trimestre, anzi ormai bimestre, dell'anno 2022. Ciò perché tanto suppone la stesura di un nuovo piano assunzionale per l'anno 2023. Ad oggi, non è possibile prevedere quali saranno i caratteri del Piano 2023, in quanto saranno calcolati sull'algoritmo regionale relativo alla misura del fabbisogno di risorse umane, a sua volta funzione di determinate variabili strutturali e di produzione. Relativamente a queste ultime, va da sé che un aumento di produzione di servizi per l'anno 2022 può favorire lo sviluppo della politica assunzionale. È tuttavia vero che l'eventuale adozione di misure straordinarie previste da norme statali e regionali potrebbero ripristinare il set minimo di strumenti alla realizzazione di una politica di sviluppo adeguata e sufficiente.

Occorre prendere atto degli effetti ormai scomparsi delle norme a favore della quiescenza ("quota cento", p.es.) e dei conseguenti effetti di risparmio sul costo del personale: il 2022 ha registrato una riduzione di oltre il 50% dei risparmi ottenuti per pensionamenti nel 2021. Non c'è ragione di credere che nel 2023 si avrà un dato sostanzialmente differente (ca. €1,4 mln.) salvo che non intervenga una nuova norma eccezionale che torni a favorire la quiescenza, che comunque impatterà sulla circostanza che il personale aziendale è già stato "svecchiato".

È chiaro, poi, che le nuove procedure di reclutamento, ancora da rodare anche da parte del legislatore nazionale, potranno favorire una celerità di processi assunzionali (portale del reclutamento). Ma nulla più. Anzi,

poiché ancora manca un regolamento che colmi i vuoti normativi, come ad esempio il rapporto tra portale nazionale e piattaforma aziendale, si può presumere un certo ritardo nell'avvio definitivo del sistema.

Occorre, dunque, rivedere le strategie assunzionali secondo criteri di massima flessibilità, non solo a livello di reclutamento, quanto nella possibilità di allocare il personale laddove vi sia maggior bisogno: ciò che negli anni trascorsi divenne norma con la costituzione del Sitros, oggi Sitra, relativamente al personale di comparto sanitario e socio sanitario, oggi andrebbe concepito anche per le restanti categorie e ruoli. In primis quello medico. Il reclutamento di dirigenti medici dovrebbe avvenire secondo logiche di flessibilità professionale, non più, cioè, nella rigidità della uoc di appartenenza ma immaginando l'utilizzabilità del dirigente anche nelle specialità affini od equivalenti a quella posseduta: questa, d'altra parte, è la lezione che tutti hanno desunto dalla pandemia.

## **IL RUOLO DELLA FORMAZIONE**

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

Fondamentale per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'A.O. di Cosenza, come di ogni Azienda Sanitaria, è l'aggiornamento e la formazione continua delle competenze, conoscenze e abilità del Personale.

La formazione continua è l'elemento strategico per il costante allineamento delle competenze e delle performances, in uno scenario in continua evoluzione, quale è quello sanitario, dove i Professionisti sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, come ha dimostrato la recente emergenza pandemica da SARS-CoV2.

In tale ottica, il Piano Annuale della Formazione dell'Azienda – il cosiddetto P.A.F. - rappresenta lo strumento principale di programmazione, promozione e governo della formazione in cui quest'ultima è considerata come un "punto qualificante" della Struttura e viene pensata quale strumento teso a garantire l'aggiornamento professionale e culturale, con priorità allo sviluppo delle Risorse Umane attraverso una finalizzazione dei percorsi formativi, programmati non secondo una logica di adempimento burocratico, ma considerando la valorizzazione delle potenzialità esistenti.

Di non poco rilievo, per il soddisfacimento dei fabbisogni formativi, è lo status di Provider ECM attribuito all'A.O. di Cosenza, ovvero di Ente riconosciuto dall'Istituzione Pubblica come soggetto qualificato nell'Educazione Continua in Medicina e pertanto abilitato all'erogazione di Corsi di Formazione tematici.

### **Misure per incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione**

In conformità con quanto previsto dal CCNL del Comparto Sanità, l'Azienda bandisce opportuni avvisi di selezione per l'assegnazione di permessi retribuiti (c.d. 150 ore) per motivi di studio (anno 2023), riservati ai Dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

Tali permessi possono essere concessi fino ad un massimo di 150 ore, per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio di istruzione primaria, secondaria, universitaria, post-universitaria nonché di qualificazione professionale, rilasciati da scuole statali, parificate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico italiano ed europeo, nonché per sostenere i relativi esami.

### **Funzioni della Formazione**

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

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

La Formazione, per garantire l'attuazione delle finalità istituzionali e sviluppare la competenza degli Operatori, è chiamata innanzitutto ad implementare un modello che favorisca la crescita personale degli Stessi nell'ambito della vita lavorativa e cerchi di coniugare le capacità, le attese e le esigenze individuali degli

Operatori con gli specifici obiettivi dell'Ospedale e del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

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

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

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

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

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

- nella fase di raccolta del bisogno formativo, per individuare le reali necessità rispetto al ruolo professionale, alle specifiche attività sanitarie, alla tipologia di risposte assistenziali, alle problematiche esistenti, etc.;
- nella fase di progettazione delle attività formative, per individuare gli obiettivi formativi e le modalità didattiche più efficaci da utilizzare;
- nella fase di realizzazione delle attività formative, per avere un immediato feed-back rispetto all'andamento delle attività;
- nella fase di valutazione, per la verifica dell'effettiva ricaduta in termini di comportamenti e risultati organizzativi, dell'azione formativa promossa.

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

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

#### **Raccolta del fabbisogno formativo**

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

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

I Dipartimenti, le Unità Operative e le Articolazioni Aziendali hanno redatto e presentato le proprie proposte, esplicitando bisogni, obiettivi ed azioni formative, che sono state sottoposte al vaglio del Comitato Tecnico Scientifico Aziendale (giusta Deliberazione del Commissario Straordinario N.570 del 03.12.2021) che ha provveduto alla valutazione dei "Progetti Formativi".

La scelta delle proposte del costituendo "Piano della Formazione Aziendale 2023" è dettata, oltre che dal peso specifico del Progetto Formativo Aziendale, anche dalle esigue e magre risorse finanziarie ed umane attribuite alla U.O.S.D. Accreditamento, Qualità e Formazione.

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

Allo scopo di garantire la continua Formazione agli Operatori Sanitari di Questa Azienda durante la fase

pandemica, si è ritenuto opportuno dotarsi di strumenti che permettessero di superare la impossibilità di erogare una “formazione residenziale” ovvero “in presenza in aula”, con il ricorso alla “Formazione a Distanza – F.A.D.” mediante il noleggio di una piattaforma e-learning.

Di non poco rilievo, per il soddisfacimento dei fabbisogni formativi, è lo status di Provider ECM attribuito all’Azienda Ospedaliera di Cosenza ovvero di Ente riconosciuto dall’Istituzione Pubblica come soggetto qualificato nell’Educazione Continua in Medicina e, pertanto, abilitato all’erogazione i Corsi di Formazione tematici.

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

### **Criteri per l’individuazione degli Obiettivi Formativi e programmazione delle Attività Formative**

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

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

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

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

- ✚ alle finalità cui rispondono:
  - esigenze di aggiornamento professionale in risposta a vincoli normativi;
  - esigenze di sviluppo di competenze legate alle Aree di Priorità identificate dalla Direzione dell’Ospedale;
  - esigenze di sviluppo di competenze legate a bisogni identificati nelle Strutture Organizzative;
- ✚ alla fattibilità in base a:
  - modalità di realizzazione;
  - sostenibilità in termini organizzativi;
  - sostenibilità in termini economici.

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

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

garantire il coinvolgimento di tutto il Personale interessato ad una specifica tematica.

### **Obiettivi Formativi 2023**

Gli Obiettivi Formativi declinati per l'anno 2023 sono espressione delle varie Componenti che hanno partecipato alla definizione dei "bisogni formativi", in particolare:

- ✚ Direzione Generale;
- ✚ Direzione Medica di Presidio Unico;
- ✚ Direttori di Dipartimento;
- ✚ Direttori/Responsabili delle Unità Operative;
- ✚ Direzione della U.O.C. S.I.T.R.A.;
- ✚ Referenti della Formazione delle UU.OO.;
- ✚ Direzione degli Uffici di Staff (U.O.S.D. Gestione Rischio Clinico)
- ✚ Direzione degli Uffici Amministrativi.

Gli Obiettivi Formativi riguardano le competenze riconosciute come "indispensabili" per esercitare in maniera adeguata i diversi ruoli sanitari nella Nostra Azienda e migliorare la qualità del servizio erogato.

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

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

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

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

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

- l'invio, a mezzo posta elettronica, del Documento "Piano di Formazione" a tutto il Personale;
- la pubblicazione del Documento sul sito web dell'Azienda Ospedaliera, per la visualizzazione da parte di tutti gli Operatori e di chiunque fosse interessato.

Il “Piano di Formazione 2023” prevede l’inserimento di attività formative rispondenti a metodologie didattiche tradizionali e di formazione sul campo, conformi agli “obiettivi strategici”.

### **Risorse Economiche**

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

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

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

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

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

### **Politica della “Qualità della Formazione”**

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

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

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

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

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

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

Il progetto, per l’anno 2023, è quello di promuovere azioni di feed back “valutazione dell’efficacia della formazione”, in stretta collaborazione con i Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operativa e Coordinatori Infermieristici e Tecnici, per verificare il cambiamento avvenuto in termini di comportamento e ricadute organizzative, a seguito della partecipazione alle attività formative. Le modalità di valutazione saranno indicate dal C.T.S.A. nel II semestre dell’anno.

### **Considerazioni finali**

Il Piano di Formazione dell’Azienda è un documento redatto annualmente che stabilisce e descrive le iniziative formative interne, enunciando i principi e gli obiettivi strategici che l’Azienda intende attivare, ma non esaurisce la complessità dei bisogni di sviluppo professionali di tutti gli Operatori Sanitari per i quali è prevista, nel rispetto delle norme contrattuali, la possibilità di usufruire delle opportune occasioni di formazione esterna e/o individuale per aggiornare costantemente il proprio percorso formativo.

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza, in qualità di Provider ECM, nel rispetto dei principi e degli obiettivi identificati nel Piano Formativo, può provvedere all'accREDITAMENTO di attività formative a seguito di:

- proposte provenienti dagli Operatori dell'Azienda che rilevano il bisogno di attivare iniziative formative finalizzate a sviluppare particolari tematiche per Categorie Professionali (come si è verificato in seguito alla Pandemia da SARS-CoV2/COVID-19);
- proposte che provengono da Istituzioni (richiesta di partnership della Regione Calabria per la realizzazione dalla Linea Progettuale PNRR "Infezioni Ospedaliere").

## LE AZIONI POSITIVE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al fine di rendere effettiva la predetta disposizione, la Presidenza del Consiglio dei Ministri- Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Sottosegretario delegato alle pari opportunità con direttiva del 04.03.2011,

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

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

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

L’Azienda Ospedaliera di Cosenza, con Deliberazione n. 303 del 01/06/2022 ha rinnovato il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni – CUG (già costituito con delibere n°105 del 28.03.2017 e successiva n°141 del 14.04.2017). L’attività del CUG è stata purtroppo interrotta a seguito degli eventi pandemici ed è ripresa regolarmente, con una rinnovata composizione, nell’anno 2022. Il Programma di azioni positive proposto per l’anno 2022 riguarda in particolare la proposta di riattivazione del servizio di mensa, interrotto durante il periodo pandemico anche per l’utilizzo dei locali quale Centro Vaccinale; l’organizzazione di un corso di formazione per il personale che opera nei servizi a maggiore contatto con l’utenza – front office. Per una programmazione di medio periodo si propone inoltre la progettazione e apertura di un Asilo aziendale a beneficio delle famiglie dei dipendenti, da allocare all’interno del Presidio o nella immediata prossimità.

## **MONITORAGGIO**

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

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

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

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

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

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

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

Allegati a presente documento:

***Allegato 1 - Mappatura dei processi, analisi del rischio corruzione e individuazione misure di trattamento;***

***Allegato 2 - Piano triennale del fabbisogno del personale;***

***Allegato 3 - Piano assunzionale 2022;***

***Allegato 4 - Piano della formazione aziendale.***

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO 2023/2025

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

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Affidamento incarico di consulenza/di progettazione tra i cinquemila e i quarantamila euro	Richiesta	Affidamento incarico	parzialmente	10/15	Gestione Tecnica e Patrimonio	6

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
La Direzione Generale informa la Gestione Tecnica e Patrimonio, con nota inviata tramite scrivania virtuale, della necessità di individuare un soggetto idoneo per un incarico di consulenza/di progettazione. La richiesta può arrivare anche dalla Regione o da altro Ente esterno tramite PEC	Direzione Generale - Ente esterno					
Nel caso in cui non vi siano figure interne in grado di ricoprire il ruolo richiesto, l'ufficio chiede con nota interna alla Direzione Generale di essere autorizzato a mettere in atto una procedura di affidamento dell'incarico	Gestione Tecnica e Patrimonio		La programmazione dei lavori, può talvolta, risentire dell'avvicendamento delle Direzioni.	L'ufficio deve relazionare sulla effettiva realizzabilità del progetto Al fine di valutare il fenomeno i progetti che hanno subito variazioni consistenti o che non sono stati portati avanti a causa di una programmazione carente o incostante saranno inseriti all'interno di un file da condividere con il RPCT	Invio delle relazioni prodotte al RPCT entro il 31/10/2022	Invio del file al RPCT entro il 30/11/2022
Una volta ricevuta l'autorizzazione, la Gestione Tecnica e Patrimonio effettua una valutazione del progetto e del suo valore economico al fine di determinare il tipo di procedura da utilizzare	Gestione Tecnica e Patrimonio					
In base alle caratteristiche del servizio e se il valore economico è superiore ai cinquemila euro e inferiore ai quarantamila, l'ufficio avvierà una negoziazione diretta sottoforma di ODA sul MePa	Gestione Tecnica e Patrimonio					
Il professionista viene individuato tra i nominativi presenti nella short list, rispettando il principio di rotazione degli incarichi. E' requisito essenziale che il professionista sia iscritto al MePa	Gestione Tecnica e Patrimonio					
Una volta individuato il professionista si predispongono le discipline prestazionali in cui, oltre alle norme di gara, viene descritta l'attività da svolgere, i tempi di esecuzione, le eventuali penali, l'importo e la procedura di ribasso	Gestione Tecnica e Patrimonio					
Il disciplinare è poi caricato su MePa con l'indicazione dei termini massimi di risposta da parte del professionista individuato	Gestione Tecnica e Patrimonio					
I documenti informatici costituiscono base di contratto	Gestione Tecnica e Patrimonio					
Conclusa la procedura su MePa viene predisposto l'atto di affidamento in cui viene ripercorsa l'intera procedura e viene registrata la spesa	Gestione Tecnica e Patrimonio					
La determina, a firma del direttore dell'Unità operativa è trasmessa al professionista tramite Pec	Direttore Unità operativa					

<i>Descrizione processo</i>	<i>input</i>	<i>output</i>	<i>attività vincolata</i>	<i>n. processi/anno</i>	<i>Struttura competente</i>	<i>n. addetti</i>
<b>Bandi di assunzione a tempo pieno e indeterminato</b>	Piano assunzionale triennale e aggiornamento annuale	contratto/i	si		L'ufficio Gestione Risorse Umane - Ufficio Concorsi	

<b>as is</b>						
<b>attività</b>	<b>Responsabilità</b>	<b>tempi esecuzione medi</b>	<b>valutazione rischio</b>	<b>misure specifiche</b>	<b>indicatori di monitoraggio</b>	
Piano assunzionale triennale, con eventuale aggiornamento annuale che prevede il turnover/l'assunzione del personale che va in acquiescenza nell'anno e le eventuali espansioni	<b>Direzione strategica</b>					
La direzione strategica invita l'ufficio Gestione Risorse Umane, in forma scritta, a predisporre l'assunzione di un profilo/i	Direzione strategica					
L'ufficio Gestione risorse umane predispone controlli sulla programmazione e sulla copertura economico finanziaria del budget assunzionale annuale	Ufficio Gestione Risorse Umane					
Se i controlli hanno esito positivo si procede con gli adempimenti previsti dal Testo Unico sul pubblico impiego, dal d.lgs 165/2001 e dalle procedure sulle assunzioni nella sanità	Ufficio Gestione risorse umane					
<b>Attivazione delle procedura per la mobilità obbligatoria infine mobilità volontaria di personale appartenente ad altre aziende. Tali procedure possono coprire anche interamente il numero di personale messo a concorso</b>	Ufficio Gestione risorse umane					
Ove non ci sia personale in esubero, in mobilità obbligatoria o in mobilità volontaria, il personale dell'Ufficio Concorsi procede alla redazione del bando e alla sua pubblicazione	Ufficio Concorsi					

Scaduti i termini per la ricezione delle candidature, vengono esaminate le domande e verificata la corrispondenza dei requisiti dei candidati al bando di concorso. Infine viene redatto l'atto di ammissione/esclusione (delibera su proposta del Direttore dell'Ufficio Personale)	Direttore Ufficio Personale				
Nomina della Commissione: la composizione è scelta in base al profilo da assumere. Per il comparto, il Presidente di Commissione è un dirigente interno dell'area afferente al profilo cercato; i componenti sono nominati uno dal Direttore Generale e l'altro dal Collegio di Direzione. Il Presidente di Commissione per il reclutamento dei dirigenti è il capostruttura del dipartimento afferente al profilo cercato; per quanto riguarda i componenti uno è nominato dalla Regione (attingendo dall'elenco nazionale tramite sorteggio pubblico) e uno è sorteggiato internamente con Commissione di sorteggio (il Segretario della Commissione di sorteggio è un funzionario aziendale, generalmente dell'Ufficio personale)	Direttore Generale - Collegio di Direzione - Commissione di sorteggio		Mancata pubblicità dell'insediamento della Commissione di sorteggio	Garantire la pubblicità sul sito dell'AO Cosenza dell'insediamento della Commissione di sorteggio	Il RPCT effettua verifiche semestrali/annuali a campione sulla corretta pubblicità dell'insediamento delle Commissioni di sorteggio
			Nomine di commissari per assunzioni del comparto interessati a condizionare gli esiti della procedura	Le nomine dei componenti della Commissione per il comparto devono essere opportunamente motivate	RPCT a campione verifica le nomine dei commissari e la motivazione delle nomine stesse
Una volta costituita la Commissione vi è verbale di insediamento nel quale si da evidenza del rilascio delle dichiarazioni di incompatibilità dei commissari	Commissione				
Si fissano le date di convocazione. Prima della prova vengono stabilite generalmente tre tracce, chiuse in busta sigillata e controfirmata sui lembi.	Commissione				
Della correzione della prova la Commissione da riscontro tramite verbale di cui vengono pubblicati gli esiti	Commissione				
La Commissione procede con la valutazione dei titoli	Commissione				
Convocazione per la seconda prova. Una volta concluse le correzioni della seconda prova, la Commissione stila graduatoria in ordine di merito e la trasmette all'ufficio Gestione Risorse Umane	Commissione				
L'ufficio Gestione Risorse Umane verifica la graduatoria e ne prende atto infine la propone a sua volta al Direttore dell'Ufficio Personale che delibera l'approvazione	Ufficio Gestione Risorse Umane - Direttore Ufficio Personale				

Comunicazione tramite PEC/raccomandata/ telegramma ai vincitori dove viene chiesta disponibilità e eventuale inizio di rapporto di lavoro					
Stipula dei contratti con i vincitori o scorrimento della graduatoria					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Acquisto farmaci tramite RDO	Richiesta di acquisto	Aggiudicazioni e stipula contratto	parzialmente	250 circa (circa 20 al mese)	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	4

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
La farmacia inoltra tramite gestionale interno all'U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica la richiesta di acquisto. Alcune richieste possono essere state precedentemente inoltrate alla farmacia da un'Unità Operativa che necessita l'acquisto	Farmacia - Unità Operativa richiedente					
La richiesta riporta le specifiche tecniche del prodotto, la quantità necessaria, la disponibilità economica, il prezzo a base d'asta e il criterio di aggiudicazione della procedura da porre in essere. Inoltre la richiesta deve essere sempre motivata (anche allegando i piani terapeutici del paziente ove necessario)	Farmacia					
La richiesta può essere inoltrata dai farmacisti delegati preposti alla gestione del materiale con accesso al gestionale interno	Farmacisti delegati					
L'U.O.C. Provveditorato verifica la richiesta e la sua legittimità. Può richiedere alla Farmacia di revisionare la richiesta se la motivazione fosse carente o se vi fossero dati mancanti	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica					
Il RUP è generalmente il Direttore o un funzionario assegnato alla U.O.C. Provveditorato. Il Dec è indicato nella stessa richiesta di fabbisogno ed è un dirigente afferente alla farmacia (con competenze tecniche specifiche)						
La U.O.C. Provveditorato si occupa dell'acquisizione del CIG e della predisposizione di alcuni atti tra cui il disciplinare di gara, mentre il capitolato è ad opera dell'Unità richiedente	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica		A seguito del "Decreto Calabria" che ha fatto divieto alla Stazione unica appaltante calabrese di appaltare nuove gare sopra soglia, la UOC Provveditorato ha iniziato ad occuparsi di procedure sopra soglia. L'ulteriore carico di lavoro dato dal maggiore numero di procedure e la carenza di personale sono due fattori che potrebbero essere abilitanti di fenomeni corruttivi, in quanto potrebbero interferire con la predisposizione delle dovute misure di controllo	L'azienda ha di recente concluso l'acquisizione della Piattaforma Net4market per l'espletamento di gare sopra soglia e un servizio di consulenza per la stesura degli atti di gara e la gestione degli albo fornitori. Tale soluzione permetterà all'U.O.C. Provveditorato di avere il supporto necessario a garantire la dovuta efficienza nell'espletamento delle gare	Comunicazione al RPCT dell'avvenuto acquisto del bene e del servizio	
La procedura è dunque indetta con determina dirigenziale dell'U.O.C. Provveditorato per importi fino a € 150.000,00 e con delibera del Commissario Straordinario se di importo superiore	Direttore U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica - Commissario Straordinario					

La procedura è espletata su Mepa con Rdo aperta a tutti gli operatori economici oppure con Rdo riservata alle ditte iscritte alla categoria					
Nelle procedure da aggiudicare con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa si procede alla nomina della commissione giudicatrice dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte					
La Commissione giudicatrice è composta dal Presidente - il Direttore dell'U.O.C. P.E.G.L. o un suo delegato – e da due componenti, di cui uno prioritariamente afferente la stessa U.O.C., appartenente alla cat. "D" o cat. "C", ed uno nominato dal Direttore f.f. dell'U.O.C. di Farmacia. Ognuno dei citati componenti è tenuto a rilasciare dichiarazione di insussistenza di conflitto di interesse (anche per affinità e frequentazioni abituali), come da regolamento aziendale giusta Delibera n.328 dello 08.07.2021	Direttore U.O.C. Provveditorato				
Le ditte presentano la documentazione amministrativa e tecnica richiesta e l'offerta economica. Si procede in maniera cronologica alla valutazione e dunque a redigere la graduatoria	Commissione				
La U.O.C. Provveditorato effettua i controlli previsti e li conserva in archivi cartacei e, dopo la recente acquisizione della Piattaforma Net4market, anche telematici	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica		Precedentemente all'acquisizione della Piattaforma Net4market, la mancata archiviazione digitale della documentazione relativa ai controlli effettuati non ha permesso né di garantire sufficiente tracciabilità delle procedure, né la condivisione immediata e diffusa tra tutti i soggetti coinvolti	La piattaforma che l'Azienda ha di recente acquisito permette l'acquisizione e dunque l'archiviazione digitale dei controlli effettuati	Comunicazione al RPCT dell'avvenuto acquisto del bene e del servizio
Concluse le verifiche si procede con atto di aggiudicazione definitiva	Direttore U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica - Commissario Straordinario				
Il contratto è stipulato tramite piattaforma Mepa e digitalizzato per essere inserito nel software gestionale degli acquisti della farmacia (software fornito dalla Regione)	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
<b>Decesso in ambito intra-ospedaliero</b>	Decesso in ospedale	Ritiro della salma	parzialmente	1400 con DPR 285/90; circa 40 con L. R. Calabria 48/2019, circa 15 annui con L. 578/93.	Direzione Medica di Presidio - Obitorio	4 necrofori

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il processo parte dall'Unità Operativa dove il paziente sta per morire o da cui si ha notizia della sua dipartita.	Unità Operativa					
Il medico annota su cartella ora del decesso e informa i familiari. La salma viene sottoposta a tanatogramma da parte del coord. Inf. o infermiere di turno, che viene controllato e firmato da dirigente medico di turno. (ecg continuativo di 20 minuti ai sensi dell'art.8 del D.P.R. 285/90), oppure sosta due ore in osservazione nella U.O..	Dirigente Medico UO-Coord. Inf. O infermiere di turno UO.					
Il dirigente medico della U.O. compila e firma il modulo accompagnamento salma, la scheda Istat e il modulo di volontà di donazione da parte dei familiari delle cornee.	Dirigente medico di turno					
Il coordinatore infermieristico o l'infermiere di turno applicano il bracciale di riconoscimento alla salma e avvisano l'operatore addetto all'obitorio. Il trasferimento nella morgue avverrà ad opera del personale di reparto nelle ore diurne ed assieme al personale addetto all'obitorio in quelle notturne.	Unità Operativa - Coord. Inf. o infermiere di turno-personale obitorio					
Il necroforo accoglie la salma in obitorio, la identifica e verifica la correttezza di compilazione dei documenti, annota sul registro i dati identificativi della salma e quelli relativi a data ora e U.O. del decesso, fa compilare ai parenti il modello nel quale dichiarano la scelta dell'impresa funebre e annota anche questo dato sul registro, compone la salma e la mette a disposizione dei parenti i quali decidono sulla modalità di vestizione, vigila su integrità della salma fino a consegna all'impresa funebre, conserva in obitorio copia dell'avviso di morte dello stato civile del Comune.	Necroforo					

Il Direttore/dirigente medico di direzione medica del presidio ospedaliero o altro dirigente medico delegato dal direttore medico di presidio prende visione della documentazione e della esatta compilazione della stessa, controlla i dati identificativi della salma, ora e giorno del decesso, compila il certificato necroscopico e l'avviso di morte da inviare allo stato civile del Comune. Trasmette documentazione a stato civile del Comune della scheda ISTAT e dell'avviso di morte tramite impresa funebre incaricata dalla famiglia della salma o impresa autorizzata al disbrigo pratiche.	Direttore/Dirigenti medici di Direzione Medica o dirigente medico necroscopo delegato.				
Secondo la legge regionale 48/2019 il paziente deceduto può uscire dall'Azienda Ospedaliera anche come salma per essere trasportato dalle imprese funebri presso il luogo scelto dai familiari, nel territorio regionale. Per salma si intende il corpo umano rimasto privo di vita delle funzioni vitali fino a 24 ore dalla constatazione di decesso o prima dell'accertamento della morte.	Direzione Medica di Presidio				
La richiesta al dirigente medico U.O. di trasporto della salma da parte dei familiari, deve essere effettuata prima delle 24 ore e nei luoghi previsti dalla legge 48/2019 sul modello previsto dalla Direzione Medica. Il familiare deve indicare sul modello anche l'impresa funebre incaricata del trasporto. Il dirigente medico della U.O., in seguito alla suddetta richiesta da parte dei familiari, compilerà il modello di constatazione di decesso, precisando anche se trattasi o meno di morte da causa naturale ed il motivo della morte. Qualora non sussista pericolo per la salute pubblica o sospetto di morte dovuta a reato, potrà rilasciare il certificato di trasportabilità, ai fini del trasferimento della salma al di fuori della struttura ospedaliera.	Dirigente Medico U.O.				
Al fine di garantire tracciabilità e controllo di tutti i decessi avvenuti in ambito intra-ospedaliero la Direzione Medica di Presidio ha introdotto una procedura interna che dispone che la salma debba essere in ogni caso trasportata in obitorio, dopo essere stata identificata con bracciale e registrata in cartella, per essere registrata anche in obitorio. La salma deve essere accompagnata dalla seguente documentazione: scheda ISTAT, modulo accompagnamento salma, richiesta di trasferimento salma ai sensi della L.R. 48/2019 sul territorio regionale da parte dei familiari, constatazione di decesso, certificato di trasportabilità. Al medico spetta la compilazione della suddetta documentazione, al coord. infermieristico o ad infermiere in turno, farla pervenire in obitorio assieme alla salma.	Dirigente Medico UO-Coord. Inf. O infermiere di turno UO.				
La salma viene regolarmente identificata e registrata in obitorio da parte del personale incaricato dell'obitorio stesso. Sul registro viene annotata la dicitura "Legge 48/19".	Necroforo.				
Il dirigente medico della Direzione medica o un delegato del Direttore medico P.U., di turno, identifica la salma, verifica la correttezza della documentazione e autentica fotocopia della scheda ISTAT. Gli operatori addetti all'obitorio consegnano alla impresa funebre incaricata dalla famiglia o aagenzia autorizzata al disbrigo pratiche la fotocopia autenticata della scheda ISTAT, la constatazione di decesso ed al certificato di trasportabilità. Lo stesso dirigente medico compila avviso di morte per stato civile del Comune.	Direttore/Dirigenti medici di Direzione Medica o dirigente medico necroscopo delegato-Necrofori				
Le imprese funebri o le agenzie incaricate per il disbrigo pratiche dai familiari si recano all'obitorio negli orari di apertura per ritirare la documentazione relativa al defunto e prepararlo per il trasporto.	Addetti obitorio				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Esecuzione dei contratti di servizi	Sottoscrizione del contratto	Liquidazione amministrativa	parzialmente	5 contratti (in media) – n.12 verifiche per contratto	UOC PEGL Provveditorato Economato e Gestione Logistica	5

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Sottoscrizione del contratto con la definizione delle caratteristiche prestazionali del servizio. Dalla definizione del contratto, contenente la qualificazione delle prestazioni, discende la gestione della fase di verifica dell'esecuzione	Centro di Responsabilità		Modifica delle condizioni concorrenziali di partenza	Verifica di tutti i contratti di servizi prima della chiusura dell'anno finanziario. Predisposizione di format per verificare gli elementi essenziali del contratto	Invio entro il 31.10.2022 al RPCT del format adottato e delle risultanze delle verifiche effettuate	
Il contratto è registrato sull'applicativo in uso specificando dettagliatamente gli elementi essenziali della prestazione	UOC PEGL		Mancanza di dialogo tra applicativi in uso dai diversi servizi dell'AO Cosenza. Tale circostanza non consente completa tracciabilità digitale del processo	Verifica della possibilità di implementare gli applicativi in uso per digitalizzare l'intera filiera del processo	Invio entro il 31.10.2022 al RPCT delle risultanze della verifica effettuata	
Emissione degli ordini attraverso piattaforma nazionale NSO. Obbligo di citare gli elementi essenziali degli ordini nella fattura elettronica	DEC e RUP					
Fatturazione elettronica della prestazione: ricezione della fattura e verifica degli elementi formali e dei requisiti di ammissibilità della fattura	Gestione amministrativa codice IPA					
liquidazione tecnica: comporta la verifica e la validazione che il servizio reso all'azienda sia conforme con tutte le prescrizioni contrattuali	Il DEC		Regolamento interno (del. n. 329 del 08/07/2021) adottato, ma non applicato: i DEC non utilizzano formule standardizzate per la verifica dell'esecuzione del contratto	Predisposizione di modulo standardizzato per la rilevazione degli elementi essenziali della verifica da allegare al regolamento	Invio del modulo adottato al RPCT, entro 3 mesi dall'adozione del PTPCT 2022	
				Incontro con Rup, DEC e RPCT per la condivisione delle nuove misure introdotte dal Piano relative alla gestione dei contratti di servizi	Comunicazione al RPCT della calendarizzazione dell'evento	
Liquidazione amministrativa: completamento del processo di liquidazione attraverso controlli documentali sull'intera procedura di acquisto, entro 15 giorni dalla data di acquisizione degli atti di liquidazione tecnica	Ufficio Liquidazione amministrativa centralizzato o di struttura	15 gg	Mancanza di omogeneità tra i servizi dell'AO Cosenza e di segregazione delle funzioni	AO Cosenza si trova in fase di adozione di nuovo Regolamento che prevede l'istituzione di un ufficio centralizzato per la liquidazione amministrativa che consentirà maggiore segregazione delle funzioni	Notifica tempestiva al RPCT dell'atto di adozione del nuovo regolamento	
Pagamento fattura	UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie					

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
Sperimentazioni cliniche	Ricezione Protocollo di studio	Presenza d'atto di conclusione	si	una sperimentazione e ogni 2-3 anni	Unità Operativa Complessa Medicina Interna Valentini	3 - investigator + 2 sub-investigatori

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il processo prende avvio dall'esigenza di sperimentare un nuovo trattamento clinico da parte di un'azienda farmaceutica che agisce da promotore dello studio	Promotore dello studio					
Il promotore individua, tramite un'organizzazione intermediaria, i centri clinici che hanno i requisiti e le caratteristiche utili per la sperimentazione da mettere in atto. Dunque le sperimentazioni possono essere multicentriche e multinazionali	Promotore - Azienda Intermediaria					
La sperimentazione deve essere autorizzata dal Comitato Etico Regionale che valuta gli aspetti etici della sperimentazione stessa. L'istanza è presentata dal promotore tramite l'organizzazione intermediaria	Promotore - Azienda Intermediaria					
Lo sponsor deve presentare il protocollo anche alle Autorità regolatorie (es. AIFA), fornendo aggiornamenti costanti sull'andamento della sperimentazione	Promotore					
L'azienda intermediaria invia al centro clinico individuato il Protocollo di studio autorizzato dal Comitato Etico. Oltre al Protocollo viene fornita una disamina degli studi compiuti fino a quel momento sul farmaco da sperimentare e la proposta economica	Azienda Intermediaria					
La documentazione per l'autorizzazione aziendale deve essere presentata alla Commissione di Valutazione Sperimentazioni (CVS), che invia relazione sulla sostenibilità della sperimentazione, scientifica e contabile, alla Direzione Generale. La CVS ha anche il compito di monitoraggio contabile oltre che scientifico	CVS					
Una volta approvata dal Comitato Etico Regionale e ottenuta la relazione dalla CVS, spetta alla Direzione Generale autorizzare la sperimentazione. Fatta salva la facoltà di provvedere, con apposito atto (determina), a delegare la sottoscrizione al Direttore Sanitario Medico del P.U	Direzione Generale - Direttore Sanitario Medico					
La sperimentazione inizia con l'inaugurazione del centro di studio alla presenza del Monitor, ovvero il soggetto appartenente all'organizzazione intermedia che si occupa di tutti gli aspetti pratici dello studio e che effettua verifiche periodiche sul lavoro svolto nel centro	Monitor					
Nell'ambito dell'A.O. di Cosenza, viene individuato il Principal Investigator che partecipa alla ricerca svolgendo o collaborando all'attività assistenziale. Egli può avvalersi della collaborazione di medici e altri dipendenti dell'A.O. di Cosenza chiamati sub-investigatori	Principal Investigator - Sub-investigatori					
I volontari coinvolti nella sperimentazione sono spesso pazienti già ricoverati nell'Azienda Ospedaliera che corrispondono ai criteri e alle caratteristiche individuate dal Protocollo di studio. I pazienti possono essere reclutati solo dopo aver preso visione e sottoscritto il consenso informato	Principal Investigator - Sub-investigatori					
Le cartelle cliniche dei pazienti sono conservate sia in archivi digitali condivisi con l'organizzazione intermediaria che in archivi cartacei interni (per 15 anni). Uno dei compiti del Monitor è verificare che i dati cartacei e digitali corrispondano	Principal Investigator - Sub-investigatori - Monitor					
L'Azienda Ospedaliera può disporre ulteriori controlli sul paziente ove ritenuto necessario, ma la convenzione economica stipulata dall'Azienda deve contemplare espressamente le prestazioni ambulatoriali o di ricovero aggiuntive, precisandone la natura e la quantità prevista	Principal Investigator - Sub-investigatori					

Eventuali modifiche al protocollo vanno invece sempre autorizzate dal Comitato Etico Regionale	Comitato Etico Regionale				
Lo sponsor è tenuto ad aggiornare il centro, tramite l'intermediario, di eventuali eventi avversi rilevati in altri centri di studio e viceversa	Promotore – Centro di studio				
Ogni attività di ricerca è soggetta a rendicontazione, sia a livello aziendale che regionale. Lo sperimentatore principale deve assicurare la rendicontazione scientifica ed economica della ricerca	Principal Investigator				
Costituisce specifico obbligo dello sperimentatore responsabile della ricerca, fornire al competente ufficio amministrativo le informazioni e i dati necessari per l'emissione delle fatture, rispettando le scadenze contrattualmente previste	Principal Investigator				
Dopo aver ricevuto la relazione conclusiva da parte del Principal Investigator e solo dopo emissione di fattura a saldo, il CVS rilascerà presa d'atto di conclusione della ricerca	Principal Investigator – CVS				
I proventi derivanti da attività di ricerca clinica sono ripartiti tra i soggetti coinvolti secondo percentuali definite dal Regolamento per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche presso Azienda Ospedaliera di Cosenza, adottato con del n.461 del 07/08/2018					
La valutazione dell'efficacia del farmaco è effettuata da un ente terzo coinvolto dallo sponsor confrontando le risultanze di tutte le sperimentazioni dei centri coinvolti	Promotore				

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
<b>Prenotazione e pagamento ticket per prestazione sanitaria</b>	Prenotazione	flusso di cassa giornaliero	parzialmente		UOSD "Spedalità, Accoglienza, Specialistica Ambulatoriale ed ALPI"	6 addetti del call center (di cui uno ALPI) - 6 addetti del Front Office (di cui uno ALPI) - 2 addetti del Back Office - 2 Drop out - 1 addetto cassa

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il Centro Unico Prenotazione (CUP) dell'AO Cosenza è il CUP Provinciale Area Nord che permette ad ogni cittadino della provincia di prenotare una prestazione sanitaria erogata dall'ASP di Cosenza, dall'AO di Cosenza, dall'INRCA e dalle Strutture Accreditate.						
La prenotazione di prestazione sanitaria può essere effettuata online, tramite call center, Front Office dell'ASP e dell'AO di Cosenza, tramite farmacia o parafarmacia						
E' esclusa da questa modalità di prenotazione l'attività libero-professionale che è esclusiva dell'AO di Cosenza. Sono escluse inoltre le prenotazioni per le prestazioni di laboratorio, di virologia ed alcuni esami di medicina nucleare						
L'utente prenota la prestazione sanitaria in base alle disponibilità delle liste di attesa e della classe di priorità indicata nella prescrizione	Utente					
Le agende del CUP sono formulate sulle richieste dei direttori e vengono continuamente rimodulate in base ai tempi di attesa per garantire il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda e del Piano di governo	UOSD CUP DIRETTORI					
Se il professionista ha necessità di modificare un'agenda, egli deve farne richiesta e ottenere l'autorizzazione dell'Unità Operativa di appartenenza. Il CUP riceve l'autorizzazione tramite email o cartacea (in questo caso deve essere protocollata) e si occupa dunque di avvisare i pazienti interessati	UOSD CUP -					
Anche gli utenti possono disdire gli appuntamenti contattando gli stessi canali di prenotazione.	Utente					
Il Pagamento del ticket può essere effettuato dal paziente presso i Totem e il Front Office dell'ASP e dell'AO di Cosenza, presso farmacia o parafarmacia e tramite Pago Pa	Utente					
Ogni giorno viene individuato il flusso incassato ed ogni operatore di sportello redige il giornale di cassa. Il versamento avviene tramite l'operatore di cassa ed il trasporto valori tramite agenzia esterna che si occupa di consegnare l'incasso in banca.	UOSD CUP					

<p>Al fine di monitorare il servizio erogato, ogni ambulatorio elabora i piani di lavoro per il report mensile dell'attività erogata. Ogni mese il referente dei flussi della struttura CUP invia il flusso della specialistica ambulatoriale agli Uffici Competenti , al MEF ed alla Regione Calabria .</p>	<p>UU.OO.CC. - UOSD CUP</p>								
<p>L'ufficio effettua il monitoraggio semestrale delle sospensioni di attività legate ad indisponibilità del personale o per avaria apparecchiatura.</p>	<p>UOSD CUP</p>								

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/anno	Struttura competente	n. addetti
<b>Autorizzazione ad effettuare Attività Libero Professionale Intramuraria</b>	Richiesta di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria	Autorizzazioni e verifiche periodiche	parzialmente	variabili	UOSD "Spedalità, Accoglienza, Specialistica Ambulatoriale ed ALPI"	4

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Il professionista che intende avviare attività libero professionale intramuraria deve inoltrare richiesta alla struttura ALPI compilando modulo apposito	Professionista richiedente					
Il richiedente deve proporre i giorni, la fascia oraria, il luogo di svolgimento dell'attività, la tariffa che intende applicare e il personale di supporto che lo affiancherà nello svolgimento dell'attività. Deve inoltre indicare le prestazioni che intende erogare, le quali non devono differire da quelle istituzionali	Professionista richiedente					
La proposta deve essere preventivamente autorizzata dal Direttore della U.O.C. e dal Direttore Dipartimento di appartenenza del richiedente	Direttore U.O.C.					
Il Responsabile della struttura ALPI verifica dunque che l'attività proposta non sia in contrasto con lo svolgimento di quella istituzionale e che ci sia disponibilità degli spazi ambulatoriali adibiti a libera professione. Inoltre controlla la congruità della tariffa richiesta con il tariffario aziendale - <b>REGOLAMENTO</b>	Responsabile struttura ALPI					
Concluse le verifiche di competenza la proposta viene inviata al Direttore Medico P.U. e al Direttore Generale per la loro autorizzazione	Direttore Medico P.U. - Direttore Generale					
La struttura ALPI predispose la lettera da inviare al medico richiedente. Essa specifica tutte le caratteristiche essenziali del servizio, nonché i principi generali da rispettare per il corretto svolgimento dello stesso	Struttura ALPI					
Il Dirigente medico ad ogni turno svolto deve effettuare le timbrature, utilizzando il codice di attività (77), per la rilevazione dell'orario di lavoro.	Lo stesso professionista					
La struttura ALPI effettua verifica a campione delle timbrature. Inoltre verifica e predispono un report trimestrale sui volumi dell'attività libero-professionale, i quali non devono superare il volume dell'attività istituzionale della U.O.C. di appartenenza. Il report predisposto è inviato, per le verifiche di competenza, alla Direzione Generale, alla Regione Calabria e all'AGENAS	Struttura ALPI		La mancata condivisione con il RPCT delle attività di verifica e controllo del processo, non permette di valutare l'eventuale insorgere di situazioni a rischio corruttivo.	Al fine di permettere al RPCT di valutare il processo dal punto di vista anticorruttivo e di effettuare le verifiche di propria competenza, il Responsabile sarà informato delle risultanze delle attività di verifica effettuate	Incontro annuale tra RPCT e l'Unità Operativa per confrontarsi sui dati verificati	
Se i volumi risultano sbilanciati la struttura ALPI contatta il Direttore dell'Unità Operativa di riferimento per rimodularli	Struttura ALPI - Direttori UU.OO.					
Infine la struttura ALPI si occupa del monitoraggio dei tempi di attesa prendendo come riferimento le settimane indice indicate dall'AGENAS	Struttura ALPI					

La prenotazione e la riscossione della prestazione ALPI è gestita tramite il CUP che opera attraverso agende informatiche. L'utente può effettuare la prenotazione tramite call center o recandosi presso lo sportello dedicato. Il pagamento della prestazione richiesta può essere effettuato tramite sportello dedicato, Totem e PagoPA.

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi anno 2021	Struttura competente	n. addetti
<b>Gestione del Contenzioso assegnato a professionisti esterni</b>	Atto giudiziario	Liquidazione della fattura	parzialmente	80	Ufficio Legale/Affari Generali	1

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
Ricezione dell'atto giudiziario, protocollato in ingresso e smistato alla/alle altre strutture aziendali competenti per l'oggetto della controversia	Protocollo					
Creazione del fascicolo: le strutture aziendali interessate alla vicenda oggetto del giudizio sono tenute a fornire tempestivamente all'ufficio Legale le relazioni, i chiarimenti, le notizie e la documentazione inerenti il caso, utili e necessari per la difesa in giudizio dell'Azienda	Ufficio Legale - Responsabile struttura					
Il Commissario straordinario valutata l'opportunità di costituirsi in giudizio, individua il legale da incaricare tra gli iscritti all'Elenco degli Avvocati e degli Studi Associati per l'affidamento di incarichi professionali esterni, tenuto e aggiornato dalla U.O.C. Affari Generali. L'Elenco aziendale è utilizzato per garantire la rotazione degli incarichi, fatta salva l'ipotesi di prosecuzione del giudizio per fasi o gradi successivi	Commissario Straordinario - U.O.C. Affari Generali					
L'ufficio legale invia al professionista individuato gli atti riferiti al contenzioso e la Convenzione da sottoscrivere secondo lo schema di contratto d'opera intellettuale	Ufficio Legale					
Nella Convenzione è riportata la regolamentazione dello svolgimento dell'incarico, il valore della controversia e l'ammontare del compenso (determinato secondo i parametri del DM 55/2014, come modificato dal DM 37/2018). Il professionista sottoscrivendo la Convenzione si impegna ad accettare le modalità di affidamento incarico, a fornire costanti e tempestive notizie sullo stato della controversia, con indicazione dell'attività svolta e dichiara espressamente l'inesistenza di conflitto di interessi	Legali rappresentanti					
Delibera o determina di presa d'atto dell'incarico	Commissario Straordinario					
La liquidazione avviene dopo la pubblicazione della sentenza. L'ufficio legale verifica la congruità delle voci tabellari e procede alla liquidazione o alla modifica degli importi degli onorari per singola fase, ove necessario	Ufficio Legale					
Concluse le verifiche l'ufficio Legale provvede ad istruire il procedimento per l'adozione della Determinazione di liquidazione delle spese, all'esito del quale l'avvocato emetterà fattura elettronica	Ufficio Legale	Entro 90 gg	A seguito di ristrutturazione aziendale, all'ufficio Legale è stata assegnata un'unica unità. Tale circostanza obbliga l'AO Cosenza ad affidare tutti gli incarichi legali all'esterno e non permette di effettuare un'opportuna segregazione delle funzioni, esponendo l'Azienda a possibili eventi corruttivi	L'Azienda ha avviato e avvierà concorsi pubblici per l'acquisizione di personale qualificato da assegnare anche all'ufficio Legale	Invio al RPCT di una relazione circa l'organizzazione e l'assegnazione delle funzioni agli addetti dell'ufficio Legale acquisiti a seguito di concorso pubblico	

La fattura è inviata in ragioneria per gli adempimenti di competenza	Ragioneria	Entro 90gg			
--	------------	------------	--	--	--

Descrizione processo	input	output	attività vincolata	n. processi/ anno	Struttura competente	n. addetti
<b>Rapporti con soggetti erogatori - Accreditamento istituzionale</b>	Richiesta Direzione Generale	Verbale OTA	si	3-4	UOSD Qualità e Accreditamento	3

as is						
attività	Responsabilità	tempi esecuzione medi	valutazione rischio	misure specifiche	indicatori di monitoraggio	
La Direzione Generale chiede alla UOSD Qualità e Accreditamento di procedere con gli adempimenti di competenza per l'accREDITamento di unità operative della Azienda Ospedaliera	Direzione Generale					
La UOSD Qualità e Accreditamento richiede alle Unità Operative interessate, tramite email, la documentazione necessaria per attestare il possesso dei requisiti generali e specifici previsti dal DCA 81/2016 attuativo della Legge Regionale n. 24/2008 e DCA 81/2016	UOSD Qualità e Accreditamento					
La UOSD richiede l'intervento di unità operative specifiche per la comprova di requisiti tecnici, organizzativi, specifici ( sanitari e non sanitari), tecnologici. Inoltre affianca l'unità operativa interna coinvolta nella compilazione di materiale specifico per la QUALITA', quale ad esempio il Manuale di accreditamento in cui viene dichiarata l'attività clinica dell'unità operativa stessa	UOSD Qualità e Accreditamento – Unità operative					
Nella procedura di accreditamento la UOSD Qualità e Accreditamento è responsabile dell'istruttoria della redazione di una apposita Relazione sul sistema di qualità aziendale	UOSD Qualità e Accreditamento					
La documentazione ricevuta è archiviata digitalmente e trasferita alla Direzione Generale che invia l'istanza alla Regione Calabria	UOSD Qualità e Accreditamento – Direzione Generale					
La Commissione autorizzativa dell'ASP competente (Provincia di Cosenza) effettua dunque la verifica ispettiva atta a comprovare l'effettivo possesso dei requisiti dichiarati nell'istanza dopo avere ricevuto formale investitura da parte del Settore Autorizzazioni ed AccredITamenti Regione Calabria	Commissione autotizzativa ASP competente					
Conclusa l'istruttoria la Commissione può emettere verbale di diniego, autorizzativo o autorizzativo con prescrizioni. Il verbale è trasmesso alla Regione che ne prende atto e emette decreto di diniego o di rilascio	Commissione autotizzativa ASP competente					
L'istanza di accreditamento non può essere presentata prima che i soggetti richiedenti abbiano svolto per almeno tre mesi attività in regime di Autorizzazione sanitaria. La verifica dei requisiti di accreditamento è rimessa alla Commissione dell'Organismo Tecnicamente AccredITante (OTA), organismo regionale	Commissione Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)					
Entro 90 giorni dalla visita ispettiva l'OTA rilascia verbale di diniego, di accREDITamento o di accREDITamento con prescrizioni	Commissione Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)					

Una volta ottenuto l'accreditamento le strutture sono sottoposte a visite di vigilanza periodiche atte a verificare il mantenimento dei requisiti richiesti

Commissione Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)			

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO 2023/2025

*Allegato 2: Piano triennale del fabbisogno del personale*

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI					
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI. Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab. 2.9 pag 16 del DCA 192/2019.
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti						
		CHIRURGIA EPATOBILIOPANCHEATRICA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		5	1	6	
CHIRURGIA GENERALE "FALCONE"	AREA CHIRURGICA	27	1	28	DEA II LIV, HUB		8	11	19			-
CHIRURGIA D'URGENZA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		7	4	11			-
CHIRURGIA TORACICA	AREA CHIRURGICA	10	1	11	DEA II LIV, HUB		4	6	10			-
CHIRURGIA VASCOLARE	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		8	2	10			-
NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO (VEDI NEFROLOGIA)	AREA CHIRURGICA		-	-	DEA II LIV, HUB		-		-			-
NEUROCHIRURGIA	AREA CHIRURGICA	21	-	21	DEA II LIV, HUB		9	1	10			-
CHIRURGIA ONCOLOGICA (ASSORBITA NELLA CHIRURGIA GENERALE "FALCONE")	AREA CHIRURGICA	10		10	DEA II LIV, HUB		-		-			-
OCULISTICA	AREA CHIRURGICA	2	2	4	DEA II LIV, HUB		3	4	7			-
ODONTOIATRIA	AREA CHIRURGICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		4	2	6			-

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI					
	Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI . Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab.2.9 pag 16 del DCA 192/2019.
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	AREA CHIRURGICA	30	1	31	DEA II LIV, HUB	Rete trauma	12	4	16		-
OTORINOLARINGOIATRIA	AREA CHIRURGICA	6	4	10	DEA II LIV, HUB		4	4	8		-
UROLOGIA	AREA CHIRURGICA	14	1	15	DEA II LIV, HUB		4	5	9		-
CHIRURGIA SENOLOGICA (accorpata alla Chirurgia Generale" Falcone")	AREA CHIRURGICA	10		10	DEA II LIV, HUB		-	-	-		-
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		21	13	34		-
MEDICIA D'URGENZA	AREA EMERGENZA-URGENZA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		5	3	8		-
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (VEDI CARDIOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		3	3	6		-
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		3		3		-
TERAPIA INTENSIVA FAMILIARE (VEDI EMERGENZA-URGENZA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	17	1	18	DEA II LIV, HUB		31	7	38		-

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:56:16  
 FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005  
 DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI						
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015							
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )		Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti	Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI . Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab.2.9 pag 16 del DCA 192/2019.
NEONATOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	20	-	20	DEA II LIV, HUB		27	1	28			-
NIDO (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA MATERNO INFANTILE	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-			-
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	48	2	50	DEA II LIV, HUB		11	16	27			-
PEDIATRIA	AREA MATERNO INFANTILE	14	6	20	DEA II LIV, HUB		6	7	13			-
CHIRURGIA PEDIATRICA	AREA MATERNO INFANTILE	15	5	20	DEA II LIV, HUB		9	3	12			-
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	AREA MATERNO INFANTILE	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-		1	1
RIANIMAZIONE PEDIATRICA (VEDI TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	4	-	4	DEA II LIV, HUB		-		-			-
CARDIOLOGIA	AREA MEDICA	13	2	15	DEA II LIV, HUB	Rete infarto	11	5	16			-
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		8		8			-
DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	AREA MEDICA	-	8	8	DEA II LIV, HUB		-		-			-

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI					
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI . Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab.2.9 pag 16 del DCA 192/2019.
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti						
		DERMATOLOGIA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		3	3	6	
EMATOLOGIA	AREA MEDICA	16	4	20	DEA II LIV, HUB		15	8	23			-
GASTROENTEROLOGIA	AREA MEDICA	21	1	22	DEA II LIV, HUB		4	5	9			-
GERIATRIA	AREA MEDICA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		6	3	9			-
MALATTIE INFETTIVE	AREA MEDICA	17	2	19	DEA II LIV, HUB		7	1	8			-
MEDICINA GENERALE + LUONGODEGENZA + DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA + ABLAZIONE PERCUTANEA	AREA MEDICA	90	2	92	DEA II LIV, HUB		11	15	26			-
NEFROLOGIA (SONO INCLUSI I POSTI LETTO RELATIVI AI TRAPIANTI)	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB		23		23			-
NEUROLOGIA	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB	Rete ictus: Stroke II liv.	13	3	16			-

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI				
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )		Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza					
ONCOLOGIA MEDICA	AREA MEDICA	16	7	23	DEA II LIV, HUB	7	3	10			-
PNEUMOLOGIA + ALLERGOLOGIA + FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	AREA MEDICA	36	4	40	DEA II LIV, HUB	4	6	10			-
BRONCOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA			-	DEA II LIV, HUB	1	3	4			-
REUMATOLOGIA (VEDI MEDICINA GENERALE "VALENTINI")	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB	-	-	-			-
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	AREA RIABILITATIVA	11	-	11	DEA II LIV, HUB	4	3	7			-
PSICHIATRIA	AREA SALUTE MENTALE	13	3	16	DEA II LIV, HUB	-	-	-			-
TERAPIA DEL DOLORE	AREA MEDICA	6	4	10	DEA II LIV, HUB	6	3	9			-
BLOCCO OPERATORIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB	-	-	-			-
FARMACIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB	1		1	4	5	9
FISICA SANITARIA (SI RICHAMA PAG. 17 DELLA METODOLOGIA)	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB	-	-	-			-
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB	10		10			-
MEDICINA NUCLEARE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	5		5	DEA II LIV, HUB	3	4	7			-
Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26											
FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e s.m.											
DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022											

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI						
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016		D.M. n. 70/2015		Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI . Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab.2.9 pag 16 del DCA 192/2019.	
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza							Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti
		RADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		1	14	15	
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		1	4	5			-
ANATOMIA PATOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		6	3	9	1	1	2
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		7	9	16	5		5
LABORATORIO ANALISI	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		1	3	4	8	1	9
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	0	0	-			10	3	13	6	2	8
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	0	0	-			1	6	7			-
RISK MANAGEMENT (include il Medico di Medicina Legale)	AREA SERVIZI GENERALI	0	0	-			1	2	3			
MONITORAGGIO E CONTROLLO ATTIVITA' DI RICOVERO	AREA SERVIZI GENERALI	0	0	-			1	1	2			
DETENUTI		2	0	2			-	-	-			
DAY SURGERY		0	14	14			-	-	-			
ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA ATTIVITA' SANITARIE	AREA SERVIZI GENERALI			-			1		1			
QUALITA', ACCREDITAMENTO E FORMAZIONE	AREA SERVIZI GENERALI			-			1	1	2			
Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da PROTEZIONE E PREVENZIONE FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:56:26	AREA SERVIZI GENERALI			-			1	3	4			

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI							
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015								
NOTA ASP se la stessa disciplina è presente in più presidi ospedalieri le ASP dovranno specificarlo nello stesso foglio indicando il fabbisogno per ogni singolo presidio (esempio : Ortopedia Castrovillari - Ortopedia Paola )		Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti	Fabbisogno Dirigenti Medici	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI . Per la valorizzazione dei dirigenti sanitari non medici, consultare le tab.2.9 pag 16 del DCA 192/2019.
STAFF DIREZIONE GENERALE		AREA SERVIZI GENERALI			-			-		-			
SITRA		AREA SERVIZI GENERALI			-					-	2		2
			630	79	709			359	220	579	26	10	36

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO		
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016		D.M. n. 70/2015		Fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno Personale Infermieristico
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza			
CHIRURGIA EPATOBILIOPANCHEATRICA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		11		11
CHIRURGIA GENERALE "FALCONE"	AREA CHIRURGICA	27	1	28	DEA II LIV, HUB		16	4	20
CHIRURGIA D'URGENZA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		5	4	9
CHIRURGIA TORACICA	AREA CHIRURGICA	10	1	11	DEA II LIV, HUB		8	4	12
CHIRURGIA VASCOLARE	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		7	5	12
NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO (VEDI NEFROLOGIA)	AREA CHIRURGICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-	-	-
NEUROCHIRURGIA	AREA CHIRURGICA	21	-	21	DEA II LIV, HUB		15	7	22
CHIRURGIA ONCOLOGICA (ASSORBITA NELLA CHIRURGIA GENERALE "FALCONE")	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		5	-	5
OCULISTICA	AREA CHIRURGICA	2	2	4	DEA II LIV, HUB		3	5	8
ODONTOIATRIA	AREA CHIRURGICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		1	5	6
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	AREA CHIRURGICA	30	1	31	DEA II LIV, HUB	Rete trauma	19	6	25
OTORINOLARINGOIATRIA	AREA CHIRURGICA	6	4	10	DEA II LIV, HUB		7	5	12
UROLOGIA	AREA CHIRURGICA	14	1	15	DEA II LIV, HUB		9	6	15
CHIRURGIA SENOLOGICA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		5	-	5
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		17	38	55
MEDICIA D'URGENZA	AREA EMERGENZA-URGENZA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		11	-	11
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (VEDI CARDIOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		23	-	23
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		35	-	35
TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE incluso ( TIP)	AREA EMERGENZA-URGENZA	17	1	18	DEA II LIV, HUB		62	-	62
NEONATOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	20	-	20	DEA II LIV, HUB		31	-	31
NIDO (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA MATERNO INFANTILE	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-	-	-

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO		
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016		D.M. n. 70/2015		Fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno Personale Infermieristico
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza			
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	48	2	50	DEA II LIV, HUB		44	20	64
PEDIATRIA	AREA MATERNO INFANTILE	14	6	20	DEA II LIV, HUB		16	2	18
CHIRURGIA PEDIATRICA	AREA MATERNO INFANTILE	15	5	20	DEA II LIV, HUB		16	2	18
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	AREA MATERNO INFANTILE	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-
RIANIMAZIONE PEDIATRICA (VEDI TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	4	-	4	DEA II LIV, HUB		-		-
CARDIOLOGIA	AREA MEDICA	13	2	15	DEA II LIV, HUB	Rete infarto	16		16
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		10	10	20
DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	AREA MEDICA	-	8	8	DEA II LIV, HUB		-		-
DERMATOLOGIA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		2	3	5
EMATOLOGIA	AREA MEDICA	16	4	20	DEA II LIV, HUB		30	5	35
GASTROENTEROLOGIA	AREA MEDICA	21	1	22	DEA II LIV, HUB		21	3	24
GERIATRIA	AREA MEDICA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		13	3	16
MALATTIE INFETTIVE	AREA MEDICA	17	2	19	DEA II LIV, HUB		14	4	18
MEDICINA GENERALE + LUONGODEGENZA + DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA + ABLAZIONE PERCUTANEA	AREA MEDICA	90	2	92	DEA II LIV, HUB		52	5	57
NEFROLOGIA (SONO INCLUSI I POSTI LETTO RELATIVI AI TRAPIANTI)	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB		49	5	54
NEUROLOGIA	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB	Rete ictus: Stroke II liv.	16	3	19
ONCOLOGIA MEDICA	AREA MEDICA	16	7	23	DEA II LIV, HUB		23		23
PNEUMOLOGIA + ALLERGOLOGIA + FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	AREA MEDICA	36	4	40	DEA II LIV, HUB		24	5	29
BRONCOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		0	4	4
REUMATOLOGIA (VEDI MEDICINA GENERALE "VALENTINI")	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	AREA RIABILITATIVA	11	-	11	DEA II LIV, HUB		3	7	10

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO		
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno Personale Infermieristico
		Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
PSICHIATRIA	AREA SALUTE MENTALE	13	3	16	DEA II LIV, HUB				
TERAPIA DEL DOLORE	AREA MEDICA	6	4	10	DEA II LIV, HUB	5	6	11	
BLOCCO OPERATORIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB		20	54	
FARMACIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB				
FISICA SANITARIA (SI RICHIAMA PAG. 17 DELLA METODOLOGIA)	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB				
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB	9		9	
MEDICINA NUCLEARE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	5		5	DEA II LIV, HUB	2	4	6	
NEURORADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	1	9	10	
RADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	4	6	10	
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		6	6	
ANATOMIA PATOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	2		2	
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	6	4	10	
LABORATORIO ANALISI	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	1		1	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB	9		9	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB				
RISK MANAGEMENT (include il Medico di Medicina Legale)	AREA SERVIZI GENERALI	-	-	-	DEA II LIV, HUB				
MONITORAGGIO E CONTROLLO ATTIVITA' DI RICOVERO	AREA SERVIZI GENERALI	-	-	-	DEA II LIV, HUB				
DETENUTI		2	-	2	DEA II LIV, HUB				
DAY SURGERY		-	14	14	DEA II LIV, HUB				
ACCETTAZIONE E ACCOGLIENZA ATTIVITA' SANITARIE	AREA SERVIZI GENERALI								
QUALITA', ACCREDITAMENTO E FORMAZIONE	AREA SERVIZI GENERALI								

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO			
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno Personale Infermieristico
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
PROTEZIONE E PREVENZIONE AMBIENTALE	AREA SERVIZI GENERALI									
STAFF DIREZIONE GENERALE	AREA SERVIZI GENERALI									
SITRA	AREA SERVIZI GENERALI						40	40		
		630	79	709			682	265	981	

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO FABBISOGNO O.S.S.			
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Tot. fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno O.S.S.
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
CHIRURGIA EPATOBILIOPANCHEATRICA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		7		7	
CHIRURGIA GENERALE "FALCONE"	AREA CHIRURGICA	27	1	28	DEA II LIV, HUB		9		9	
CHIRURGIA D'URGENZA	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		3		3	
CHIRURGIA TORACICA	AREA CHIRURGICA	10	1	11	DEA II LIV, HUB		5		5	
CHIRURGIA VASCOLARE	AREA CHIRURGICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		5		5	
NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	AREA CHIRURGICA		-	-	DEA II LIV, HUB		-		-	
NEUROCHIRURGIA	AREA CHIRURGICA	21	-	21	DEA II LIV, HUB		10		10	
CHIRURGIA ONCOLOGICA	AREA CHIRURGICA	10		10	DEA II LIV, HUB		3		3	
OCULISTICA	AREA CHIRURGICA	2	2	4	DEA II LIV, HUB		1		1	
ODONTOIATRIA	AREA CHIRURGICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	AREA EMERGENZA-URGENZA	30	1	31	DEA II LIV, HUB	Rete trauma	10		10	
OTORINOLARINGOIATRIA	AREA EMERGENZA-URGENZA	6	4	10	DEA II LIV, HUB		4		4	
UROLOGIA	AREA EMERGENZA-URGENZA	14	1	15	DEA II LIV, HUB		5		5	
CHIRURGIA SENOLOGICA	AREA EMERGENZA-URGENZA	10		10	DEA II LIV, HUB		3		3	
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		23		23	

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete			CALCOLO FABBISOGNO O.S.S.			
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016		D.M. n. 70/2015		Tot. fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno O.S.S.
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza			
MEDICINA D'URGENZA	AREA EMERGENZA-URGENZA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		5		5
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (VEDI CARDIOLOGIA)	AREA MATERNO INFANTILE	10	-	10	DEA II LIV, HUB		3		3
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA MATERNO INFANTILE	10	-	10	DEA II LIV, HUB		3		3
TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE incluso ( TIP)	AREA MATERNO INFANTILE	17	1	18	DEA II LIV, HUB		6		6
NEONATOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	20	-	20	DEA II LIV, HUB		13		13
NIDO (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	AREA MEDICA	48	2	50	DEA II LIV, HUB		25		25
PEDIATRIA	AREA MEDICA	14	6	20	DEA II LIV, HUB		7		7
CHIRURGIA PEDIATRICA	AREA MEDICA	15	5	20	DEA II LIV, HUB		10		10
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-
RIANIMAZIONE PEDIATRICA (VEDI TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE)	AREA MEDICA	4	-	4	DEA II LIV, HUB		-		-
CARDIOLOGIA	AREA MEDICA	13	2	15	DEA II LIV, HUB	Rete infarto	6		6
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	10	-	10	DEA II LIV, HUB		4		4
DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	AREA MEDICA	-	8	8	DEA II LIV, HUB		-		-
DERMATOLOGIA	AREA MEDICA	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Driver n. 1 - Organizzazione della rete				CALCOLO FABBISOGNO O.S.S.			
			Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Tot. fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno O.S.S.
			Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
EMATOLOGIA	AREA MEDICA	16	4	20	DEA II LIV, HUB		8		8	
GASTROENTEROLOGIA + ENDOSCOPIA	AREA MEDICA	21	1	22	DEA II LIV, HUB		-		-	
GERIATRIA	AREA MEDICA	20	-	20	DEA II LIV, HUB		6		6	
MALATTIE INFETTIVE	AREA MEDICA	17	2	19	DEA II LIV, HUB		6		6	
MEDICINA GENERALE + ABLAZIONE PERCUTANEA + LUONGODEGENA	AREA MEDICA	90	2	92	DEA II LIV, HUB		21		21	
NEFROLOGIA	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB		8		8	
NEUROLOGIA	AREA MEDICA	18	2	20	DEA II LIV, HUB	Rete ictus: Stroke II liv.	6		6	
ONCOLOGIA MEDICA	AREA MEDICA	16	7	23	DEA II LIV, HUB		9		9	
PNEUMOLOGIA + ALLERGOLOGIA + FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	AREA RIABILITATIVA	36	4	40	DEA II LIV, HUB		10		10	
BRONCOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA SALUTE MENTALE			-	DEA II LIV, HUB		-		-	
REUMATOLOGIA (VEDI MEDICINA GENERALE "VALENTINI")	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		-		-	
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	11	-	11	DEA II LIV, HUB		-	6	6	
PSICHIATRIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	13	3	16	DEA II LIV, HUB		-		-	
TERAPIA DEL DOLORE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	6	4	10	DEA II LIV, HUB		3		3	
BLOCCO OPERATORIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB		13		13	

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:26

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:20 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019	Disciplina	Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO FABBISOGNO O.S.S.		
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Tot. fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno O.S.S.
		Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
FARMACIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB				
FISICA SANITARIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO			-	DEA II LIV, HUB				
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		3	3	
MEDICINA NUCLEARE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	5		5	DEA II LIV, HUB		2	2	
NEURORADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		4	4	
RADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		8	8	
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		3	3	
ANATOMIA PATOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		2	2	
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	-	-	-	DEA II LIV, HUB		3	3	
LABORATORIO ANALISI		-	-	-	DEA II LIV, HUB		2	2	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		-	-	-	DEA II LIV, HUB		2	2	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		-	-	-	DEA II LIV, HUB				
PROTEZIONE E PREVENZIONE AMBIENTALE		-	-	-	DEA II LIV, HUB				
SITRA		0	0	-	DEA II LIV, HUB		15	15	
DETENUTI		2	0	2	DEA II LIV, HUB				

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete					CALCOLO FABBISOGNO O.S.S.		
		Posti letto da D.C.A. n. 64/2016			D.M. n. 70/2015		Tot. fabbisogno da produzione (MAX) (HUB)	INTEGRAZIONE FABBISOGNO FUNZIONALE	Fabbisogno O.S.S.
Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Degenza ordinaria	Day Hospital	Posti letto totali	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti			
DAY SURGERY		0	14	14	DEA II LIV, HUB				
		630	79	709			258	50	308

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete		Driver n. 2 - Produzione PRODUZIONE ANNO 2021			CALCOLO DEL FABBISOGNO TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO		
		D.M. n. 70/2015		PRESTAZIONI ABULATORIALI					
Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti	Prestazioni a favore del Pronto Soccorso	Prestazione a favore di pazienti ricoverati	Prestazioni ambulatoriali esterne	Quota integrativa fabbisogno funzionale (FTE)	Fabbisogno aggiuntivo da produzione	Fabbisogno TLBM
ANATOMIA PATOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB			73.751	8.296			
GENETICA MEDICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB							
LABORATORIO ANALISI	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB		355.996	1.277.808	621.476	18	22	40
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB		1.190	207.154	40.373			
TIPIZZAZIONE TISSUTALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB							
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB		3.152		25.224	12		12
PERSONALE AGGIUNTIVO (VEDI RELAZIONE)								14	14
				360.338	1.558.713	695.369	30	22	66

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

DETERMINAZIONE PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		Driver n. 1 - Organizzazione della rete		Driver n. 2 - Produzione PRODUZIONE ANNO 2021			CALCOLO DEL FABBISOGNO TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA		
		D.M. n. 70/2015		PRESTAZIONI ABULATORIALI					
Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	Ruolo della struttura nella rete emergenza-urgenza	Ruolo della struttura nelle reti tempo dipendenti	Prestazioni a favore del Pronto Soccorso	Prestazione a favore di pazienti ricoverati	Prestazioni ambulatoriali esterne	Quota integrativa fabbisogno funzionale (FTE)	Fabbisogno aggiuntivo da produzione	Fabbisogno TSRM
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	AREA MEDICA	DEA II LIV, HUB				37.988			
MEDICINA NUCLEARE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB			372	7.619	18	44,02	62
NEURORADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB		11.411	4.829	5.831			
RADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	DEA II LIV, HUB		24.994	22.748	16.278			
PERSONALE AGGIUNTIVO (VEDI RELAZIONE)								18,00	18
				36.405	27.949	67.716	18	44	80

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA		PRODUZIONE ANNO 2021		CALCOLO FABBISOGNO PERSONALE PER SALA OPERATORIA				
DETERMINAZIONE DEL PIANO DI FABBISOGNO DEL PERSONALE - Applicazione metodologia da D.C.A. n. 192/2019		INTERVENTI CHIRURGICI		Sedute medie per ricoveri ordinari (Tab. 6 Parametro 1)	Sedute medie per DS e APA (Tab. 6 Parametro 2)	Anestesisti per sale operatorie	Infermieri per sala operatoria	OSS per sala operatoria
Disciplina	N. interventi chirurgici in degenza ordinaria	N. interventi chirurgici in Day Surgery e APA						
CHIRURGIA EPATOBILIOPANCHEATRICA	197		2	4	0,49	1,34	0,45	
CHIRURGIA GENERALE "FALCONE"	447	748	2	4	1,97	4,75	1,87	
CHIRURGIA D'URGENZA	302	-	2	4	0,76	2,06	0,69	
CHIRURGIA TORACICA	314		3	5	0,52	1,43	0,48	
CHIRURGIA VASCOLARE	343	63	3	5	0,63	1,67	0,58	
EUROCHIRURGIA	367	10	2	5	0,93			
OCULISTICA	2	4.080	6	12	1,55	3,10	1,55	
ODONTOIATRIA		513	3	5	0,47	0,93	0,47	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	661		3	5	1,10	3,00	1,00	
OTORINOLARINGOIATRIA	106	131	4	6	0,23	0,56	0,22	
UROLOGIA	323	4	3	5	0,54	1,48	0,49	
CHIRURGIA SENOLOGICA			2	4	-	-	-	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.149	653	3	5	2,51	6,41	2,33	
CHIRURGIA PEDIATRICA	312	311	3	5	0,80	1,98	0,76	
CARDIOLOGIA	448		3	5	0,75	2,04	0,68	
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	375		3	5	0,63	1,70	0,57	
GASTROENTEROLOGIA	7		3	5	0,01	0,03	0,01	
MEDICINA GENERALE + ABLAZIONE PERCUTANEA + REUMATOLOGIA + LUONGODEGENZA + DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA	59		3	5	0,10	0,27	0,09	
TERAPIA DEL DOLORE	326		3	5	0,54	1,48	0,49	
	5.738	6.513			14,52	34,24	12,71	

PERSONALE OSTETRICO		
AZIENDA	N. PARTI ANNO 2021	FABBISOGNO OSTETRICHE
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	1.707	33

tab 3,7 pag 22

NUMERO PARTI			
Valori minimi Min FTE	500-1500	1500-2000	>2000
<b>OSTETRICHE</b>	da 12 a 24	da 24 a 33	da33 a 60

**FABBISOGNO DEL PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE**  
 punto 10 pag 27

INDICATORE	AREA AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALE	TOT FABBISOGNO PERSONALE AMMINISTRATIVO - PROFESSIONALE
11% del totale delle unità di personale risultante dal piano del fabbisogno	TOTALE PERSONALE DA FABBISOGNO	225
Dopo aver calcolato il personale di AREA AMMINISTRATIVO-PROFESSIONALE, si chiede di ordinarlo nella seguente tabella.	2049,66	
<b>CATEGORIA A</b>		
PROFILI PROFESSIONALI		
Operatore tecnico		
Operatore tecnico addetto all'assistenza (a esaurimento)		
Commesso	4	
Puericultrice		
Operatore Socio Sanitario		
Operatore tecnico specializzato		
<b>CATEGORIA B</b>		
Coadiutore amministrativo	20	
Coadiutore amministrativo esperto	5	
Operatore Tecnico		
<b>CATEGORIA C</b>		
PROFILI PROFESSIONALI		
Operatori professionali sanitari		
Personale infermieristico		
Infermiere: DM 739/1994		
Ostetrica: DM 740/1994		
Dietista	3	
Assistente sanitario: DM 69/97		
Infermiere pediatrico: DM 70/1997		
Podologo: DM 666/1994		
Igienista dentale: DM 669/1994		
Puericultrice Esperta		
Infermiere Generico e Psichiatrico Esperto		
-----		
Personale tecnico sanitario		
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico: DM 745/1994		
Tecnico sanitario di radiologia medica: DM 746/1994		
Tecnico di neurofisiopatologia: DM 183/1995		
Tecnico ortopedico: DM 665/1994		
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare: DM 316/1998		
Odontotecnico: art. 11 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992		
Ottico: art. 12 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992		
-----		
Personale della riabilitazione		
Tecnico audiometrista: DM 667/1994		
Tecnico audioprotesista: DM 668/1994		
Fisioterapista : DM 741/1994		
Logopedista: DM 742/1994		
Ortottista: DM 743/1994		
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: DM 57/1997		
Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale: DM 57/1997		
Terapista occupazionale: DM 136/1997		
Massaggiatore non vedente: legge 19 maggio 1971, n. 403		
Educatore professionale: DM 10 febbraio 1984.		
Massaggiatore e Massofisioterapista esperto		
-----		
Personale di vigilanza ed ispezione		
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: DM 58/1997		
Personale dell'assistenza sociale		
Operatore professionale Assistente sociale		

**FABBISOGNO DEL PERSONALE DEL RUOLO TECNICO** punto 9 pag 27

INDICATORE	TOTALE PERSONALE DA FABBISOGNO	TOT FABBISOGNO PERSONALE RUOLO TECNICO
7% del totale delle unità di personale risultante dal piano del fabbisogno	1774,369295	124
Dopo aver calcolato il personale di RUOLO TECNICO, si chiede di ordinarlo nella seguente tabella.		
<b>CATEGORIA A</b>		
PROFILI PROFESSIONALI		
Operatore tecnico		
Operatore tecnico addetto all'assistenza (a esaurimento)		
Commesso		
Puericultrice		
Operatore Socio Sanitario		
Operatore tecnico specializzato		
<b>CATEGORIA B</b>		
Coadiutore amministrativo		
Coadiutore amministrativo esperto		
Operatore Tecnico	46	
<b>CATEGORIA C</b>		
PROFILI PROFESSIONALI		
Operatori professionali sanitari		
Personale infermieristico		
Infermiere: DM 739/1994		
Ostetrica: DM 740/1994		
Dietista: DM 744/1994		
Assistente sanitario: DM 69/97		
Infermiere pediatrico: DM 70/1997		
Podologo: DM 666/1994		
Igienista dentale: DM 669/1994		
Puericultrice Esperta		
Infermiere Generico e Psichiatrico Esperto		
-----		
Personale tecnico sanitario		
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico: DM 745/1994		
Tecnico sanitario di radiologia medica: DM 746/1994		
Tecnico di neurofisiopatologia: DM 183/1995	2	
Tecnico ortopedico: DM 665/1994		
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare: DM 316/1998		
Odontotecnico: art. 11 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992		
Ottico: art. 12 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992		
-----		
Personale della riabilitazione		
Tecnico audiometrista	3	
Tecnico audioprotesista: DM 668/1994		
Fisioterapista : DM 741/1994		
Logopedista: DM 742/1994		
Ortottista: DM 743/1994	3	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: DM 57/1997		
Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale: DM 57/1997		
Terapista occupazionale: DM 136/1997		
Massaggiatore non vedente: legge 19 maggio 1971, n. 403		
Educatore professionale: DM 10 febbraio 1984.		
Massaggiatore e Massofisioterapista esperto		
-----		
Personale di vigilanza ed ispezione		
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: DM 58/1997		
Personale dell'assistenza sociale		
Operatore professionale Assistente sociale		

I contenuti e le attribuzioni del profilo di Assistente sociale sono quelli previsti dall'art. 1 della legge 23 marzo 1993, n. 84	
----- Personale tecnico Assistente tecnico Programmatore	5
Operatore Tecnico specializzato esperto ----- Personale amministrativo Assistente amministrativo	59
<b>CATEGORIA D</b> <b>PROFILI PROFESSIONALI</b>	
Collaboratore professionale sanitario nei profili e discipline corrispondenti a quelle previste nella categoria C sottostante.	
Assistente religioso Collaboratore professionale Assistente sociale	7
Collaboratore tecnico - professionale Collaboratore amministrativo - professionale	98
<b>PROFILI PROFESSIONALI DEL LIVELLO ECONOMICO SUPER ( Ds)</b>	
Collaboratore professionale sanitario esperto Collaboratore professionale Assistente sociale esperto Collaboratore tecnico - professionale Collaboratore amministrativo - professionale esperto	14
<b>DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO</b>	
Psicologo	
Fisici	
Personale di ruolo Tecnico	
Dirigente delle professioni sanitarie	
Dirigente analista	
Dirigente Statistico	
Dirigente Sociologo	
Personale di ruolo professionale	
Dirigente Avvocato	
Dirigente Ingegnere	
Dirigente Architetto	
Dirigente Geologo	
Personale di ruolo Amministrativo	10
Dirigente Amministrativo	225

I contenuti e le attribuzioni del profilo di Assistente sociale sono quelli previsti dall'art. 1 della legge 23 marzo 1993, n. 84	
----- Personale tecnico Assistente tecnico Programmatore	28
Operatore Tecnico specializzato esperto ----- Personale amministrativo Assistente amministrativo	
<b>CATEGORIA D</b> <b>PROFILI PROFESSIONALI</b>	
Collaboratore professionale sanitario nei profili e discipline corrispondenti a quelle previste nella categoria C sottostante.	
Assistente religioso Collaboratore professionale Assistente sociale	
Collaboratore tecnico - professionale Collaboratore amministrativo - professionale	22
<b>PROFILI PROFESSIONALI DEL LIVELLO ECONOMICO SUPER ( Ds)</b>	
Collaboratore professionale sanitario esperto Collaboratore professionale Assistente sociale esperto Collaboratore tecnico - professionale Collaboratore amministrativo - professionale esperto	5
<b>DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO</b>	
Psicologo	3
Fisici	7
Personale di ruolo Tecnico	
Dirigente delle professioni sanitarie	
Dirigente analista	1
Dirigente Statistico	
Dirigente Sociologo	
Personale di ruolo professionale	
Dirigente Avvocato	
Dirigente Ingegnere	4
Dirigente Architetto	
Dirigente Geologo	
Personale di ruolo Amministrativo	
Dirigente Amministrativo	124

FABBISOGNO DI ALTRO PERSONALE DEL COMPARTO SANITARIO, TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE 3.8 pag 22		
AZIENDA	PERSONALE INFERMIERISTICO DA FABBISOGNO	FABBISOGNO
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	981	49,04480376

Riferito al personale di comparto sanitario, tecnico sanitario e della riabilitazione, non precedentemente descritto.

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO 2023/2025

*Allegato 3: Piano assunzionale 2022*

PIANO ASSUNZIONALE 2022

Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
IRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA	AREA CHIRURGICA	6	1	5	499.258,22	4			0		0	-			
IRURGIA GENERALE "FALCONE"	AREA CHIRURGICA	19		14	1.462.692,67	14		1	0		0	-			
IRURGIA D'URGENZA	AREA CHIRURGICA	11	1	8	778.180,46	7			0		0	-			
IRURGIA TORACICA	AREA CHIRURGICA	10	1	7	708.436,71	6			0		0	-			
IRURGIA VASCOLARE	AREA CHIRURGICA	10	1	8	800.440,72	7			0		0	-			
FROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO (VEDI NEFROLOGIA)	AREA CHIRURGICA	0	0	0					0		0	-			
UROCHIRURGIA	AREA CHIRURGICA	10	2	10	1.121.881,57	8			0		0	-			
IRURGIA ONCOLOGICA (ASSORBITA NELLA CHIRURGIA GENERALE ALCONONE)	AREA CHIRURGICA	0	0	0					0		0	-			
ULISTICA	AREA CHIRURGICA	7	0	6	599.728,50	6			0		0	-	1		
ONTOIATRIA	AREA CHIRURGICA	6		6	496.279,79	6			0		0	-			
OTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	AREA CHIRURGICA	16	2	12	1.273.656,83	10			0		0	-			
ORINOLARINGOIATRIA	AREA CHIRURGICA	8	1	6	623.441,45	5			0		0	-			
IOLOGIA	AREA CHIRURGICA	9	1	7	716.147,07	6			0		0	-			
IRURGIA SENOLOGICA (accorpata alla Chirurgia Generale "Icane")	AREA CHIRURGICA	0	0	0					0		0	-			
EDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	34	9	31	2.956.820,21	22	3		0		0	-			
EDICINA D'URGENZA	AREA EMERGENZA-URGENZA	8		4	400.281,16	4			0		0	-			
RAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA (VEDI CARDIOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	6	0	0					0		0	-			
RAPIA INTENSIVA NEONATALE (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA EMERGENZA-URGENZA	3	0	0					0		0	-			
RAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE incluso ( TIP)	AREA EMERGENZA-URGENZA	38	5	31	3.413.820,32	26			0		0	-			
ONATOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	28	2	16	1.706.890,31	14			0		0	-			
DO (VEDI NEONATOLOGIA)	AREA MATERNO INFANTILE	0	0	0					0		0	-			
ETRICIA E GINECOLOGIA	AREA MATERNO INFANTILE	27	5	22	2.044.730,61	17		2	0		0	-			
DIATRIA	AREA MATERNO INFANTILE	13		13	1.375.873,53	13			0		0	-			
IRURGIA PEDIATRICA	AREA MATERNO INFANTILE	12	1	10	1.004.556,10	9			0		0	-			
OPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE (confluita nell'Ostetricia e necologia)	AREA MATERNO INFANTILE	0	0	0					1		1	-	1		
ANIMAZIONE PEDIATRICA (VEDI TERAPIA INTENSIVA ANIMAZIONE)	AREA EMERGENZA-URGENZA	0	0	0					0		0	-			
RDIOLOGIA	AREA MEDICA	16		14	1.571.836,12	14			0		0	-			
RDIOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	8	0	6	719.362,96	6			0		0	-			
Y HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	AREA MEDICA	0							0		0	-			
RMATOLOGIA	AREA MEDICA	6	2	6	612.659,71	4			0		0	-			
MATOLOGIA	AREA MEDICA	23	2	14	1.533.718,50	12			0		0	-			
STROENTEROLOGIA	AREA MEDICA	9	2	9	854.636,98	7			0		0	-			
RIATRIA	AREA MEDICA	9	1	9	885.425,43	8	1	1	0		0	-			
ALATTIE INFETTIVE	AREA MEDICA	8	1	8	703.726,81	7			0		0	-			

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:27

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:22 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

## PIANO ASSUNZIONALE 2022

Disciplina	Classificazione per Aree Omogenee da D.C.A. n. 64/2016	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
EDICINA GENERALE + LUONGODEGENZA + DIABETOLOGIA ED DOCRINOLOGIA + ABLAZIONE PERCUTANEA	AREA MEDICA	26	4	26	2.542.909,63	22		1	0		0	-			
FROLOGIA (SONO INCLUSI I POSTI LETTO RELATIVI AI TRAPIANTI)	AREA MEDICA	23	1	15	1.464.646,42	14			0		0	-			
UROLOGIA	AREA MEDICA	16	1	12	1.205.080,67	11			0		0	-			
ICOLOGIA MEDICA	AREA MEDICA	10	3	11	1.022.803,02	8			0		0	-			
IEUMOLOGIA + ALLERGOLOGIA + FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	AREA MEDICA	10	1	9	856.964,30	8			0		0	-			
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA MEDICA	4		3	305.221,53	3			0		0	-			
UMATOLOGIA (VEDI MEDICINA GENERALE "VALENTINI")	AREA MEDICA	0	0	0					0		0	-			
CUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (fisiatria)	AREA RIABILITATIVA	7	2	4	337.082,66	2			0		0	-			
ICHIATRIA	AREA SALUTE MENTALE	0	0	0					0		0	-			
RAPIA DEL DOLORE	AREA MEDICA	9	0	7	706.152,42	7			0		0	-			
OCCO OPERATORIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	0	0	0			1		0		0	-			
RMACIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	1	0	0					9	2	9	901.229,36	7		1
ICA SANITARIA (SI RICHIAMA PAG. 17 DELLA METODOLOGIA)	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	0	0	0					0		0	-			
DIOTERAPIA ONCOLOGICA	AREA MEDICA	10	3	10	973.291,58	7			0		0	-			
EDICINA NUCLEARE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	7		7	760.280,70	7			0		0	-			
URORADIOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	13		12	1.334.296,22	12			0		0	-			
DIODOLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	15		15	1.577.983,10	15	2	1	0		0	-			
DIODOLOGIA INTERVENTISTICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	5	1	5	470.046,61	4			0		0	-			
IATOMIA PATOLOGICA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	9	1	6	498.409,41	5		1	2		2	180.738,24	2		
RVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	15	1	9	994.352,93	8			5	1	2	195.738,24	2		1
BORATORIO ANALISI	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	4	1	4	299.539,26	3		2	9	1	7	521.292,33	6	1	
ICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	13	2	9	647.524,04	7			8		6	541.214,73	6		
REZIONE MEDICA DI PRESIDIO	AREA SERVIZI DI SUPPORTO	7		7	722.316,94	7	1		0			-			
SK MANAGEMENT (include il Medico di Medicina Legale)	AREA SERVIZI GENERALI	3		3	210.206,91	3		1				-			
ONITORAGGIO E CONTROLLO ATTIVITA' DI RICOVERO	AREA SERVIZI GENERALI	2		2	147.462,66	2		1				-			
TENUTI		0										-			
Y SURGERY		0										-			
CCETTAZIONE E ACCOGLIENZA ATTIVITA' SANITARIE	AREA SERVIZI GENERALI	1		1	104.306,92	1						-			
JALITA', ACCREDITAMENTO E FORMAZIONE	AREA SERVIZI GENERALI	2		2	170.645,65	2						-			
OTEZIONE E PREVENZIONE AMBIENTALE	AREA SERVIZI GENERALI	4	1	3	241.597,33	2						-			
AFF DIREZIONE GENERALE	AREA SERVIZI GENERALI			2	196.785,72	2						-			
TRA	AREA SERVIZI GENERALI	1							2	1	2	162.815,84	1		
VERNO CLINICO, RISK MANAG., MED. LEGALE	AREA SERVIZI GENERALI											-			
Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da															
FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:27															
46.654.389,37 404 8 11 36 5 29 2.503.028,75 26 1 2															

PIANO ASSUNZIONALE 2022	CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO					Nella tabella vanno inserite anche le ostetriche	
	Fabbisogno Personale Infermieristico	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
TOTALI	981	50	758	28.501.165,19 €	658		
infermieri professionali		35,00	640	26.035.645,41 €	605	18	14
infermieri pediatrici		10,00	28	927.605,78 €	18	0	1
infermieri coordinatori infermieristici			3	120.009,55 €	3	0	
ostetriche		5,00	36,00	1.381.547,93 €	31	0	
ostetrica coordinatrice			1	36.356,52 €	1	0	

24/10/2022

PIANO ASSUNZIONALE 2022	CALCOLO DEL FABBISOGNO OSS						
	Fabbisogno OSS	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
TOTALI	308	40	275	8.958.431,86 €	235	22	1

24/10/2022

24/10/2022

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

PIANO ASSUNZIONALE 2022	TECNICI DI LABORATORIO BIOMEDICO						
	Fabbisogno TLBM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
TOTALI	66	2,00	52,00	1.824.317,39 €	50	2	2

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

PIANO ASSUNZIONALE 2022	TECNICI DI RADIOLOGIA MEDICA						
	Fabbisogno TSRM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
TOTALI	80	7,00	68,00	2.735.327,98 €	61	3	2

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

PIANO ASSUNZIONALE 2022	ULTERIORE PERSONALE COMPARTO SANITARIO, TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE						
	Totale Fabbisogno	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
TOTALI	49	7,00	12,00	477.456,58 €	5	0	0

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

PIANO ASSUNZIONALE 2022	INFERM. PER FUNZ. CENTRALI E COORD. TRASVERS. (CIO, RISCHIO CLINICO, MONIT. ATT. RIC., SITRO, ECC.)						
	Fabbisogno	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA															
PIANO ASSUNZIONALE 2022	CALCOLO FABBISOGNO PERSONALE PER SALA OPERATORIA														
Disciplina	Fabbisogno Anestesiisti per sale operatorie*	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	N. PERSONALE CESSATO	Fabbisogno Infermieri per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	N. PERSONALE CESSATO	Fabbisogno OSS per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	N. PERSONALE CESSATO
Totale	15	0	5	550.615,00 €	0	34	0	31	1.240.000,00 €	0,00	13	0	11	330.000,00 €	0,00

24/10/2022

	PERSONALE SANITARIO/AMMINISTRATIVO/PROFESSIONALE/TECNICO	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO
<b>CATEGORIA A</b>							
PROFILI PROFESSIONALI				0			
Ausiliario specializzato				0			
Commesso				0			
<b>CATEGORIA B</b>				0			
Operatore tecnico				0			
Operatore tecnico addetto all'assistenza (a esaurimento)				0			
Commesso	4	3	10	229945	7	0	
PROFILI PROFESSIONALI DEL LIVELLO ECONOMICO SUPER (Bs)				0			
Puericultrice				0			
Operatore Socio Sanitario				0			
Operatore tecnico specializzato				0			
<b>CATEGORIA B</b>				0			
Operatore tecnico	46		42	1114348	42	0	
Operatore tecnico addetto all'assistenza (a esaurimento)				0			
Operatore tecnico disabile (disabili) art. 1		12	12	0			
Coadiutore amministrativo (disabili art.1)	20	3	3	0			1
PROFILI PROFESSIONALI DEL LIVELLO ECONOMICO SUPER (Bs)				0			
Puericultrice				0			
Operatore Socio Sanitario				0			
Operatore tecnico specializzato				10	10	0	
Coadiutore amministrativo				14	14	0	
Coadiutore amministrativo esperto	5		4	106128	4	0	
<b>CATEGORIA C</b>				0			
PROFILI PROFESSIONALI				0			
Operatori professionali sanitari				0			
Personale infermieristico				0			
Infermiere: DM 739/1994				0			
Ostetrica: DM 740/1994				0			
Dietista: DM 744/1994	3		1	0	1	0	
Assistente sanitario: DM 69/97				0			
Infermiere pediatrico: DM 70/1997				0			
Podologo: DM 666/1994				0			
Igienista dentale: DM 669/1994				0			
Puericultrice Esperta				0			
Infermiere Generico e Psichiatrico Esperto				0			
-----				0			
Personale tecnico sanitario				0			
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico: DM 745/1994				0			
Tecnico sanitario di radiologia medica: DM 746/1994				0			
Tecnico di neurofisiopatologia: DM 183/1995	2		2	70752	2	0	
Tecnico ortopedico: DM 665/1994				0			
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare: DM 316/1998				0			
Odontotecnico: art. 11 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992				0			
Ottico: art. 12 del RD 31 maggio 1928, n. 1334 e DM 23 aprile 1992				0			
-----				0			
Personale della riabilitazione				0			
Tecnico audiometrista: DM 667/1994	3		1	35376	1	0	
Tecnico audioprotesista: DM 668/1994				0			
Fisioterapista : DM 741/1994				0		0	
				0			

Logopedista: DM 742/1994				0			
Ortottista: DM 743/1994	3		1	35376	1	0	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: DM 57/1997			0	0			
Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale: DM 57/1997			0	0			
Terapista occupazionale: DM 136/1997			0	0			
Massaggiatore non vedente: legge 19 maggio 1971, n. 403			0	0			
Educatore professionale: DM 10 febbraio 1984.			0	0			
Massaggiatore e Massofisioterapista esperto			0	0			
-----			0	0			
Personale di vigilanza ed ispezione			0	0			
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: DM 58/1997			0	0			
Personale dell'assistenza sociale			0	0			
Operatore professionale Assistente sociale			0	0			
I contenuti e le attribuzioni del profilo di Assistente sociale sono quelli previsti dall'art. 1 della legge 23 marzo 1993, n. 84			0	0			
-----			0	0			
Personale tecnico			0	0			
Assistente tecnico (di cui 1 autista e 12 assistente tecnico)	28	13	20	402403	7	0	
Programmatore	5			0			
Operatore Tecnico specializzato esperto			0	0			
-----			0	0			
Personale amministrativo			0	0			
Assistente amministrativo	59	23	45	1392935	22	0	
<b>CATEGORIA D</b>			0	0			
<b>PROFILI PROFESSIONALI</b>			0	0			
Collaboratore professionale sanitario nei profili e discipline corrispondenti a quelle previste nella categoria C sottostante.			0	0			
Assistente religioso			0	0			
Collaboratore professionale Assistente sociale	7		1	35376	1	0	
Collaboratore tecnico - professionale	22	10	15	530642	5	0	
COLLABORATORE AMM.VO PROF.LE (T.D. 36 MESI ECONOMICO)		5	5	0			
Collaboratore amministrativo - professionale	98	26	79	2671970	53	0	1
<b>PROFILI PROFESSIONALI DEL LIVELLO ECONOMICO SUPER ( Ds)</b>			0	0			
Collaboratore professionale sanitario esperto			0	0			
Collaboratore professionale Assistente sociale esperto			0	0			
Collaboratore tecnico - professionale esperto	5		0	0			
Collaboratore amministrativo-professionale esperto	14		4	0	4	0	
<b>DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO</b>			0	0			
Psicologo	3	1		57486	1	0	
Fisici	7	1	5	287431	4	0	
biologi				0			
farmacisti				0			
Personale di ruolo Tecnico			0	0			
Dirigente delle professioni sanitarie		1	2	57486	1	0	
Dirigente analista	1	1	1	57486			
Dirigente Statistico			0	0			
Dirigente Sociologo			0	0			
Personale di ruolo professionale			0	0			
Dirigente Avvocato			0	0			
Dirigente Ingegnere	4	1	3	57486	2	0	
Dirigente Architetto			0	0			
Dirigente Geologo			0	0			
Personale di ruolo Amministrativo (GREF)			0	0			
Dirigente Amministrativo	10	4	10	760587	6		
	349	104	292	8.514.764,91 €	188	0	2

Inserire le unità (MAX 5), previste dall' art. 16 septies, comma 2, lett.b) del D.L. n 146/2021 conv in L. n.215 del 17/12/2021, evidenziandone esclusivamente il numero, senza alcun calcolo di costo, essendo indipendente dal tetto di spesa.

## AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI MEDICI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	62	466,00	46.654.389,37 €	404	8	11,00	
TOT. FABBISOGNO DIRIGENTI SANITARI	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	5	29,00	2.503.028,75 €	26	1	2,00	
Fabbisogno Personale Infermieristico	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	50,00	758,00	28.501.165,19 €	658	18	15,00	
Fabbisogno OSS	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	40,00	275,00	8.958.431,86 €	235	22	1,00	
Fabbisogno TLBM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	2,00	52,00	1.824.317,39 €	50	2	2,00	
Fabbisogno TSRM	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	7	68,00	2.735.327,98 €	61	3	2,00	
Fabbisogno Ulteriore personale comparto sanitario, tecnico sanitario e della riabilitazione	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP

Riproduzione cartacea del documento informatico sottoscritto digitalmente da

FILIPPELLI GIANFRANCO il 25/10/2022 08:36:27

FILIPPELLI GIANFRANCO il 24/10/2022 14:23:22 ai sensi dell'art. 20 e 23 del D.lgs 82/2005

DELIBERAZIONE CON CONTROLLO REGIONALE: 2022 / 623 del 25/10/2022

	7,00	12,00	477.456,58 €				-
Fabbisogno inf.per funz. Centrali e coord.trasvers. (CIO,RISCHIO CLINICO,MONIT.ATT.RIC, SITRO ecc)	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	-	-	- €				-
Fabbisogno Anestesisti per sale operatorie	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	-	5,00	550.615,00 €	5			-
Fabbisogno Infermieri per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	-	31,00	1.240.000,00 €	31			-
Fabbisogno OSS per sala operatoria	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle ASP
	-	11,00	330.000,00 €	11			-
Fabbisogno Personale sanitario/amministrativo/prof/tecnico	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri, servizi generali e di supporto delle ASP
	104,00	292,00	8.514.764,91 €	188	0	2,00	
Fabbisogno Area Assistenza Distrettuale della Prevenzione e del restante Personale	PIANO ASSUNZIONALE 2022	DOTAZIONE POTENZIALE 2022	COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	Somma tutte le rilevazioni di foglio sette delle aziende sanitarie provinciali
	-	-	- €				-
Altro Personale in servizio ( es. profili professionali a esaurimento) per i quali non è stato definito alcun fabbisogno			COSTO 2022	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)	DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)	N. PERSONALE CESSATO	

<b>COSTO DOTAZIONE POTENZIALE 2022</b>
102.289.497,03 €

<b>VINCOLO DI SPESA</b>	<b>DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SENZA PERSONALE COVID)</b>	<b>DOTAZIONE ORGANICA AL 31/12/2021 (SOLO PERSONALE COVID)</b>	<b>N. PERSONALE CESSATO</b>
<b>103.050.789,00 €</b>	<b>1669</b>	<b>54</b>	<b>35,00</b>

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO 2023/2025

*Allegato 4: Piano della formazione aziendale*

## PIANO FORMAZIONE ANNO 2023

### DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Obiettivi	Titolo	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile Scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UDC	Note
Obiettivo Nazionale n. 18	Tumori delle vie urinarie: Clinica, classificazione, profilo molecolare, chirurgia e nuove prospettive terapeutiche	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri, Tecnici di laboratorio, TRSM, Farmacisti	Dr. G. Giannotta	1 <sup>a</sup> /2 <sup>a</sup> semestre 2023	U.O.C. Anatomia Patologica	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	L'antibiogramma: referenziazione, interpretazione e impatto metodica molecolare	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri, Tecnici di laboratorio e di Radiologia, Farmacisti	Dott.ssa F. Greco	1 <sup>a</sup> /2 <sup>a</sup> semestre 2023	UOC Microbiologia e Virologia	n. 2 edizioni

DIPARTIMENTO CHIRURGICO POLISPECIALISTICO

Obiettivi	Titolo	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UOC	Note
Obiettivo nazionale n. 18	La realtà della Chirurgia senologica e ricostruttiva nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza	Corso di aggiornamento	Medici, infermieri TRSM, Biologi, Fisioterapisti	Dr. B. Nardo	1° semestre 2023	U.O.S. Chirurgia Falcone/Chirurgia Senologica	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 2	La gestione delle stomie e ustioni	Corso di aggiornamento	Infermieri	Dr. B. Nardo	2° semestre 2023	U.O.C. Chirurgia Falcone	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 12	Io e gli altri: come gestire i conflitti in tempo di Covid	Corso di aggiornamento	Tutti gli Operatori Sanitari	Dott.ssa A. Bartelli	2° semestre 2023	U.O.C. Chirurgia Falcone	n. 2 edizioni

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

Obiettivi	Titolo	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile Scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UOC	Note
Obiettivo Nazionale n. 18	Urgenze in Oculistica	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri	Dr. P. Fava	2° semestre 2023	U.O.C. Oculistica	n. 1 edizione
Obiettivo Nazionale n. 18	Macroadenoma ipofisario: trattamento e complicanze	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri, Tecnici di Neuroradiologia	Dr. S. Aiello	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Neurochirurgia	n. 2 edizioni

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO

Obiettivi	Titolo	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UOC	Note
Obiettivo Nazionale n. 18	Approccio Multidisciplinare al Paziente con emorragia digestiva superiore	Corso di aggiornamento	Medici	Dr. M. Vera	1°/2° semestre 2023	U.O.C. GASTROENTEROLOGIA	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	Gestione della terapia antitrombotica e anticoagulante nei pazienti che devono essere sottoposti a procedure interventistiche ecoguidate	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri	Dr. G. Vallone	1°/2° semestre 2023	U.O.S.D. Ablazione Percutanea Ecoguidata	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	Ablazione percutanea ecoguidata mediante alcolizzazioni, laser e termoblazione dei noduli tiroidei	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri	Dr. G. Vallone	1°/2° semestre 2023	U.O.S.D. Ablazione Percutanea Ecoguidata	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	Covid-19: dagli antivirali al plasma convalescente iperimmune ed ai monoclonali per contrastare la "cytokine storm". Dai clinical trials alle terapie innovative nella "real life"	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri, Farmacisti	Dr. A. Mastroianni	gennaio-marzo 2023	U.O.S.D. Malattie infettive e tropicali	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	Le Anemie nei reparti medici: inquadramento diagnostico e terapeutico	Corso di aggiornamento	Medici, Biologi, Infermieri, Tecnici di laboratorio	Dr. F. Finognari	1° semestre 2023	U.O.C. Geriatria	n. 2 edizioni

Obiettivo nazionale n. 18	Coinvolgimento cuore-rene nelle malattie rare d'accumulo (M. di Fabry - Amiloidosi AL/TR)	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri	Dr. F. Finognari	marzo - aprile 2023	U.O.C. Nefrologia Dialisi e Trapianti	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 18	Tiroide e dintorni: focus terapeutico	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri, Tecnici di laboratorio, Tsm	Dr. G. Cersosimo	2° semestre 2023	U.O.S. Malattie endocrine e del ricambio	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 3	Focus sul PDVA del piede diabetico	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri, Tecnici di laboratorio, Tsm	Dr. G. Cersosimo	mar-23	U.O.S. Malattie endocrine e del ricambio	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	Il rischio metabolico	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri, Tecnici di laboratorio, Tsm	Dr. G. Cersosimo	mar-23	U.O.S. Malattie endocrine e del ricambio	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	Malattia renale cronica e gestione medico- infermieristica: stato dell'arte	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri	Dott.ssa T. Papalia	1° semestre 2023	U.O.C. Nefrologia Dialisi e Trapianti	n. 3 edizione
<b>DIPARTIMENTO DI URGENZA-EMERGENZA</b>							
Obiettivi	TITOLO	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile Scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UOC	Note
Obiettivo nazionale n.18	BLSD	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Pasqua	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	n. 12 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	P-BLSD	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Pasqua	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	n. 12 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	Triage di pronto Soccorso	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Pasqua	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Pronto Soccorso	n. 12 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	ECOFAST in Pronto Soccorso	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Scrivano	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Pronto Soccorso	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	Trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Scrivano	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Pronto Soccorso	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	Gestione condivisa del paziente politraumatizzato	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. P. Aiello	1°/2° semestre 2023	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n.3	Nuove linee guida ed ottimizzazione PDVA temore	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. G. Cipparone	1°/2° semestre 2023	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	n. 3 edizioni

Obiettivo nazionale n.18	Insufficienza respiratoria nel bambino	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. C. Stefano	1°/2° semestre 2023	U.O.C Anestesia e Rianimazione	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	CRT in Terapia Intensiva	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. M. Ippolito	1°/2° semestre 2023	U.O.C Anestesia e Rianimazione	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	Gestione Emergenze-Urgenze di reparto	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. F. Malarota	1°/2° semestre 2023	U.O.C Anestesia e Rianimazione	n. 12 edizioni
Obiettivo nazionale n.18	Fratture da fragilità: l'approccio FLS (Fracture Liaison Service) adattato al contesto italiano	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. F. Martire	1°/2° semestre 2023	U.O.C Ortopedia e Traumatologia	n. 2 edizioni
<b>DIPARTIMENTO CARDIO - TORACO - VASCOLARE</b>							
<b>Obiettivi</b>	<b>TITOLO</b>	<b>Tipologia formazione</b>	<b>Destinatari</b>	<b>Responsabile scientifico</b>	<b>Periodo di realizzazione</b>	<b>Dipartimento /UOC</b>	<b>Note</b>
Obiettivo nazionale n. 18	Le Pneumopatie infiltrative diffuse e la Fibrosi polmonare idiopatica	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri	Dr. F. Fedele	2° semestre 2023	U.O.S.D Broncologia Interventistica	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	OSAS e cuore	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri,	Dr.A. Petrone	2° semestre 2023	U.O.C. Pneumologia	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n.18	Accessi venosi complessi per emodialisi	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri,	Dr. F. Intrieri	1° semestre 2023	U.O.C. Chirurgia vascolare	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	Inquadramento, gestione e trattamento del versamento pleurico (corso teorico pratico)	Corso di aggiornamento	Medici, Infermieri,	Dr. A. De Negri	2° semestre 2023	U.O.C.Chirurgia Toracica	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 3	La consulenza cardiologica: dal pronto soccorso ai reparti	Corso di aggiornamento.	Medici, Infermieri,	Dr. F. De Rosa	2° semestre 2023	U.O.C.Cardiologia /UTIC	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 3	L'elettrocardiografia	Corso di aggiornamento.	Medici, Infermieri,	Dr. F. De Rosa	1°/2° semestre 2023	U.O.C.Cardiologia UTIC	n. 2 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	Pericardioesenziali, PMI temporaneo, contropulsatore: tre emergenze salvavita	Corso di aggiornamento.	Medici, Infermieri,	Dr. F. Greco	2° semestre 2023	U.O.C.Cardiologia Interventistica	n. 2 edizione
Obiettivo nazionale n. 18	Aggiornamenti in patologie cardio-toraco-vascolari	Corso di aggiornamento.	Medici, Infermieri,	Dr.F. Intrieri	1° semestre 2023	Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare	n. 2 edizione

UU.OO. E UFFICI DI STAFF

Obiettivi	Titolo	Tipologia formazione	Destinatari	Responsabile Scientifico	Periodo di realizzazione	Dipartimento /UOC	Note
Obiettivo n. 27	La Radioprotezione in ambito sanitario: aspetti tecnici e scientifici	corso di aggiornamento	Tutto il personale Sanitario	Dr. R. Siciliano	1 semestre 2023	U.O.S. Fisica Sanitaria	n. 5 edizione
NON ECM	Le nuove negoziazioni Mapa: normativa, strumenti e documentazione	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Dott. V. Scoti	2 semestre 2023	U.O.C. Proveditorato Economico e Gestione Logistica	n. 1 edizione
NON ECM	L'informattizzazione/Farmacid Unità Operative: Implementazione e miglioramento programma Sec.Siv	Corso di aggiornamento	Tutto il personale Sanitario	Dott.ssa C. Oriolo	1/2 semestre 2023	U.O.C. Farmacia	n. 3 edizioni
NON ECM	Le apparecchiature elettromedicali: dall'acquisto al fuori uso. Responsabilità correlate	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Ing. R. Stefano	1/2 semestre 2023	U.O.C. Ingegneria Clinica	n. 1 edizione
NON ECM	Agente contabile -consegnario dei beni: obblighi, adempimenti e profili di responsabilità	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Ing. A. De Marco	2 semestre 2023	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	n. 1 edizione
NON ECM	La programmazione annuale e triennale dei lavori pubblici e programmazione biennale di beni e servizi	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Ing. A. De Marco	1° semestre 2023	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	n. 1 edizione
Obiettivo n. 33	Appalti, gare e contratti pubblici in Sanità	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Ing. A. De Marco	2 semestre 2023	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	n. 1 edizione
Obiettivo 33	Controllo della spesa del personale e costituzione dei fondi contrattuali	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	da definire	da definire	Dipartimento amministrativo	da definire
Obiettivo n. 33	Il PNRR e le principali novità in materia di lavori pubblici, innovazione tecnologica, digitalizzazione	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Ing. A. De Marco	1° semestre 2023	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	n. 1 edizione
Obiettivo n. 33	Gli inventari negli Enti del SSN	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Ing. A. De Marco	2 semestre 2023	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	n. 1 edizione
Obiettivo n. 33	Sistemi contabili e gestione dei costi nelle Aziende Sanitarie	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Dott. A. Gentile	1° semestre 2023	U.O.C.GREF	n. 1 edizione
Obiettivo n. 33	Contabilità generale ed aggiornamenti fiscali nelle Aziende Sanitarie	Corso di aggiornamento	Dirigenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Dott. A. Gentile	1° semestre 2023	U.O.C.GREF	n. 1 edizione

Obiettivo nazionale n. 11	La valutazione della performance organizzativa e Individuale - corso specialistico Aziende Ospedaliere	Corso di aggiornamento	Diligenti Amministrativi, collaboratori personale Assistenti amministrativi, Coadiutori Amministrativi,	Dott.ssa F. Panno	1° semestre 2023	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 11	L'organizzazione delle aziende sanitarie e il ciclo di pianificazione, programmazione e controllo	Corso di aggiornamento	Diligenti Amministrativi, collaboratori personale Assistenti amministrativi, Coadiutori Amministrativi,	Dott.ssa F. Panno	1° semestre 2023	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	n. 2 edizioni
Obiettivo nazionale n. 12	Unanizzare i percorsi di cura tra etica e qualità	Corso di aggiornamento	Tutto il personale Sanitario	Dott.ssa M. Lolzo	1° semestre 2023	U.O.S.D. Accreditemento, Qualità e Formazione	n. 1 edizione
NON ECM	Trasparenza	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dott.ssa M. Lolzo	2° semestre 2023	U.O.S.D. Accreditemento, Qualità e Formazione	n. 1 edizione
NON ECM	Anticorruzione	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dott.ssa M. Lolzo	1° semestre 2023	U.O.S.D. Accreditemento, Qualità e Formazione	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 3	La Cartella clinica	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. R. Guatieri	1/2 semestre 2023	U.O.S.D. Rischio Clinico	n. 3 edizioni
Obiettivo nazionale n. 11	Corso di formazione sugli adempimenti del PNRR sanità digitale	Corso di aggiornamento	Diligenti Amministrativi, Collaboratori, Assistenti amministrativi	Dott. T. Gabriele	1° semestre 2023	U.O.S.D. Servizi Informatici	n. 1 edizione
Obiettivo nazionale n. 11	Corso di formazione sul campo per tutte le UUOQ medici e professionisti sanitari: la riorganizzazione della UO in una logica di readiness e preparedness. Revisione dei percorsi e delle procedure per rispondere al mutato contesto organizzativo.	Corso di Formazione	tutto il personale medico e professionisti sanitari	Dssa Simona Amato	1°e 2° semestre 2023	Staff	piu' edizioni
Obiettivo nazionale n. 11	Corso di formazione manageriale: La riorganizzazione della AO CS	Corso di Formazione	tutto il personale medico e professionisti sanitari	dssa Simona Amato	1° semestre 2023	Staff	piu' edizioni
Obiettivo nazionale n. 27	Formazione dei lavoratori ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/2008- Accordo Stato Regioni del 21.12.2011 e S.M.I	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. A. Turano	1/2 semestre 2023	U.O.C. Prevenzione e Protezione Ambientale	n. 5 edizione

DIREZIONE MEDICA PRESIDIO UNICO

Obiettivo nazionale n. 18	La prevenzione delle IOS (Infezioni delle Organizzazioni Sanitarie)	Corso di aggiornamento	Tutto il personale Sanitario	Dr. F. Rose	1/2 semestre 2023	U.O.C. Direzione Medica Presidio Unico	n. 2 edizioni		
Obiettivo nazionale n. 16	Etica e principi di comportamento nel Sistema Sanitario	Corso di aggiornamento	Tutto il personale Sanitario	Dr. F. Rose	2° semestre 2023	U.O.C. Direzione Medica Presidio Unico	n. 3 edizioni		
NON ECM	Il RUP e il DEC nella gestione esecutiva dei contratti di servizi	Corso di aggiornamento	Tutto il personale	Dr. F. Rose	1° semestre 2023	U.O.C. Direzione Medica Presidio Unico	n. 1 edizione		

**Certificato di Pubblicazione**

U.O.C. Affari Generali e Assicurativi

N° 190 DEL 24/03/2023

**OGGETTO:** PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025

Si attesta che la presente Deliberazione:

- è stata pubblicata all'Albo Pretorio di questa Azienda e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi;
- è stata pubblicata sul sito internet di questa Azienda, nell'ambito dei dati della sezione “Amministrazione Trasparente”;
- è stata trasmessa al Collegio Sindacale.

Si attesta, inoltre, che la presente Deliberazione è immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 10, comma 7, della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Cosenza, 24/03/2023

**U.O.C. Affari Generali e Assicurativi**

Dott. SPIZZIRRI MARIA

(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

## **Certificato di Pubblicazione**

### **Dichiarazione di conformità della copia informatica**

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni, è copia conforme informatica del documento sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

**U.O.C. Affari Generali e Assicurativi**

Dott. SPIZZIRRI MARIA

(Sottoscritto digitalmente ai sensi  
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)