

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

DELIBERAZIONE DEL Direttore Generale N. 102 DEL 31 GEN. 2017

OGGETTO: Adozione Piano delle Performance 2017-2019 – ASP Cosenza

Il Direttore Generale, Dott. Raffaele, nominato con D.P.G.R. n° 6 del 12/01/2016, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto, assistito dal Direttore Amministrativo, Dott. Luigi Bruno, e dal Direttore Sanitario, Dott. Francesco Giudiceandrea.

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Programmazione e Controllo



IL DIRETTORE UOC
Dr. Francesco LAVIOLA

Visto del Direttore del Dipartimento _____

FIRMA

Nome e cognome

IL RESPONSABILE DEL CONTO ECONOMICO N° _____

Esprime parere favorevole.

Timbro e Firma

IL DIRETTORE DELL'U.O. SERVIZI FINANZIARI

Atteso che la spesa di € _____ scaturente dalla presente proposta è stata prenotata al conto n. _____ del bilancio economico preventivo 2017 che presenta idonea copertura.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE U.O.C.

18



PREMESSO

- che il decreto legislativo n° 150/2009 reca una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 2 comma 2 del decreto legislativo n. 165/2001, ed introduce, tra l'altro, disposizioni sulla misurazione e valutazione della performance;
- che l'articolo 15, comma 2, lettera b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilisce che il Direttore Generale pro-tempore definisce, in collaborazione con i vertici amministrativi, il Piano della Performance;
- che l'art. 10, comma 3, dello stesso decreto legislativo prevede che eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance;
- che la deliberazione della CIVIT n. 112 del 28 ottobre 2010, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, fornisce istruzioni operative su "*Struttura e modalità di redazione del Piano della performance*" (art.10, co. 1, lett. a, del D.lgs. 27/10/2009, n. 150 e s.m.i.), documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;

PRESO ATTO

- del D. Lgs. 1 agosto 2011, n. 141, avente ad oggetto "*Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3 della legge 4 marzo 2009, n. 15*";
- della legge regionale 03 febbraio 2012 n.3 riguardante "*Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Pubblica Amministrazione Regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n°150*";
- del decreto n°3957 del 27 marzo 2012, del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria con il quale sono state approvate "le linee guida regionali in materia di valutazione della performance nel S.S.R.";
- della delibera del D.G. n° 1095 del 09/05/2013 con all'oggetto "*Adozione sistema di Misurazione e Valutazione della Performance - ASP Cosenza*" con cui l'ASP di Cosenza adotta il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance proposto alla Direzione generale con nota n° 94908 del 30/04/2013 dall'OIV, competente per la definizione del sistema;
- del D.Lgs. 33 del 14/03/2013 "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni*";

TENUTO CONTO

- che con delibera n.3790 del 28/12/2012 avente ad oggetto "Avvio Contabilità analitica: presa d'atto implementazione procedure informatiche - avvio alimentazione CO.AN. - definizione procedure imputazione ai Centri di Costo" nella ASP di Cosenza è stata avviata la CO.AN. strumento essenziale alla implementazione della Contabilità Direzionale e del sistema di reporting;
- che tale implementazione, rende disponibili gli strumenti indispensabili per l'introduzione e l'avvio dei sistemi di programmazione e controllo e di budget;

RILEVATO

- che l'attivazione di un ciclo della performance è, altresì, finalizzato alla valorizzazione del merito e al conseguente riconoscimento di meccanismi premianti ai dirigenti ed ai dipendenti;
- che nell'ambito del ciclo della performance si rivela determinante l'adozione da parte della Direzione Generale di un piano delle attività ordinarie e strategiche da demandare a ciascuna Area dell'Azienda che evidenzia: il tipo di obiettivo, la descrizione dell'obiettivo, i risultati attesi, le fasi e i tempi di realizzazione, eventuali particolari adempimenti di chiusura esercizio, gli indicatori di risultato;
- che nel Piano della Performance, vanno evidenziati, oltre agli obiettivi di mantenimento delle spese anche e, soprattutto, quelli tesi a determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi;
- che detti obiettivi devono essere misurabili in termini concreti e riferibili ad un arco temporale determinato, normalmente corrispondente ad un anno;
- che detto Piano triennale della Performance potrebbe subire, nel corso dell'anno, parziali rettifiche in relazione al verificarsi di circostanze imprevedibili o in virtù di una riprogrammazione delle attività da parte della Direzione Generale;

K

- che il grado di raggiungimento degli obiettivi programmati è determinato in seguito alla misurazione della performance organizzativa operata dalla UOC programmazione e controllo, nonché alla successiva valutazione operata dall'O.I.V.;

ATTESO

- che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso (ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, della legge 190/12, del D.lgs 33/2013);
- che, altresì, il Piano della Performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza è stato predisposto in applicazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n°150 del 2009, in coerenza con le indicazioni ed i principi generali contenuti nella delibera CIVIT n°112/2010;

RITENUTO

- che occorre, pertanto, provvedere ad adottare il Piano della Performance per il triennio 2017 - 2019;

VISTO

- il D.Lgs. n° 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;
- il D.Lgs. n° 150 del 27 ottobre 2009 recante "attuazione della legge 4 marzo 2009, n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Tanto premesso, su proposta e conforme istruttoria del Direttore UOC Programmazione e Controllo formulata a seguito della istruttoria compiuta dalla struttura interessata che non ha rilevato vizi in ordine alla legittimità del presente atto, nonché della espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente preposto il quale è altresì designato quale Responsabile del procedimento ai sensi e per gli effetti di cui alla legge n° 241/90;

IL DIRETTORE GENERALE

Acquisito i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Di intendere le premesse integralmente ripetute e confermate.

Di adottare il Piano della Performance - Triennio 2017/2019, di quest'Azienda Sanitaria Provinciale, nel testo che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante;

Di pubblicare il predetto Piano sul sito dell'Azienda nell'apposita area "Trasparenza, Valutazione e merito" - sezione performance;

Di trasmettere - così come previsto dall'art. 10, comma 2, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - copia del Piano della Performance alla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze (CIVIT) - e successivo D.P.R. n° 105 del 9 maggio 2016, art. 10, c.2;

Di trasmettere copia della presente deliberazione a tutti i Direttori delle Macrostrutture, dei Dipartimenti Aziendali e alle OO.SS. affinché ne diano massima diffusione;

Di trasmettere copia della presente deliberazione all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);

Di precisare che il presente provvedimento, non è soggetto a controllo preventivo ai sensi dell'articolo 13 della Legge Regionale n.11/2004.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Raffaele Mauro

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Luigi Bruno

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Francesco Giudiceandrea

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Luigi Bruno

(Avv. CARLO BALDINI)

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza il **1 FEB. 2017** e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi ed è stata trasmessa, in pari data, al Collegio Sindacale.

Il Direttore U.O.C Affari Generali

[Handwritten signature]
DIRETTORE U.O.C AFFARI GENERALI

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Trasmessa all'Assessorato alla Tutela della Salute ed Organizzazione Sanitaria il _____

Prot. n. _____ ESECUTIVA il _____

[Handwritten mark]

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

2017/2019



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

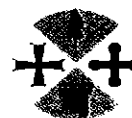
Par.	Indice	Pag.
	Premessa	3
1	Identità dell'Azienda Sanitaria.	4
2	Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione.	4
3	Il Contesto	5
4	L'Analisi Swot.	16
5	Le Risorse Finanziarie.	17
6	Il Piano di Sviluppo Triennale.	20
7	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	30
8	Albero della Performance.	33
9	Linee Programmatiche ASP	37
10	Piano di Budget Anno 2017.	41
11	I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	43
12	II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:	45
13	III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	58
14	Sistemi Informativi.	77
15	Realizzazione Obiettivi di PSN.	77
16	Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.	78



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

➤ **Premessa**

Il D.Lgs. n.150/2009 ha introdotto formalmente il Piano della Performance, un documento programmatico triennale che consente alle Amministrazioni Pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento delle prestazioni e dei servizi resi agli utenti e realizza il passaggio dalla cultura di mezzi a quella di risultati, partendo dalla visione e dalle scelte strategiche dell'Azienda ed adottando un approccio di valutazione multidimensionale attraverso il quale è possibile valutare, in modo integrato, i risultati aziendali. Nella definizione del Piano della Performance 2017/2019 dell'ASP di Cosenza, si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate, con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

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

L'analisi del contesto territoriale e la lettura dei bisogni sanitari e socio-sanitari devono condurre l'Azienda ad una programmazione di interventi finalizzati a garantire risposte coerenti alla domanda di salute, attraverso adeguati livelli di assistenza; una programmazione, dunque, che rispetti i criteri di misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance.

L'ASP di Cosenza, organizzata in Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici, attraverso l'articolazione delle attività distrettuali e ospedaliere, si impegna al raggiungimento degli obiettivi aziendali che, per il triennio 2017-2019, sono sintetizzati nel presente Piano della Performance. Gli obiettivi potranno essere raggiunti solo se la risposta della sanità, ai bisogni di ciascuno, non si limiterà all'offerta delle tecnologie professionali ed organizzative ma terrà conto della sfera umana, sociale e culturale della persona.

Cosenza, li 26/01/2017

**Il Direttore Generale
Dott. Raffaele Mauro**



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

1. Identità dell'Azienda Sanitaria.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., per cui l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato (atto aziendale), nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla normativa regionale e dalle disposizioni sul piano di rientro. Ha sede in Via degli Alimena 8, Cosenza. Il Sito Istituzionale è il seguente: www.asp.cosenza.it

2. Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione.

La **Missione** dell'Azienda Sanitaria di Cosenza è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino in condizioni di bisogno di assistenza, assicurando l'accesso a tutte le tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione: nazionale, regionale e locale. La missione organizzativa aziendale è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione assistita, nel rispetto del vincolo dell'equilibrio economico e della natura pubblica del Servizio. La **Visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla qualità ed il miglioramento dei servizi offerti e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute ed alla valorizzazione delle risorse umane presenti al suo interno. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione ed il senso di appartenenza degli operatori, promuove lo sviluppo delle relazioni interne attraverso forme di partecipazione organizzativa, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo dell'Organizzazione. L'ASP di Cosenza per orientare le proprie azioni, si configura come:

- un'Organizzazione che, a parità di opportunità qualitativo-economiche, privilegia i rapporti con il contesto socio - economico del territorio di riferimento, nell'ambito di una più generale politica di alleanza per la salute e di benessere della popolazione;
- un'Organizzazione di rete dei servizi, differenziata ed integrata internamente e nei confronti degli altri operatori pubblici presenti sul territorio provinciale e regionale, quali le altre Aziende sanitarie, con cui intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di eccellenza;
- un'Organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita culturale e di carriera ai propri operatori.

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

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

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la **Direzione Aziendale** che assicura la direzione strategica dell'ASP 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**, nominato dal Direttore Generale, è formato da tre componenti nominati: uno dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministero della Salute, dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica e controllo in ordine alla regolarità amministrativa e



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio.

3. Il Contesto

3.1 Il Contesto esterno.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto da 155 Comuni, con una popolazione di 714.400 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio esteso anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.650 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. E' caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 110 abitanti per Km²) rispetto al dato nazionale (187 abitanti per Km²). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 di Montagna, 2.693 kmq di Collina e 352 kmq di Pianura. I 155 Comuni della Provincia di Cosenza sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità, tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono: Corigliano Calabro, Rossano, Rende, Castrovillari, Acri, S. Giovanni in Fiore, Paola, Cassano allo Jonio e Trebisacce. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari. I residenti con più di 65 anni sono 140.606, con un tasso di invecchiamento pari a 19,1 anziani per ogni 100 abitanti. La riorganizzazione degli ambiti Distrettuali in base all'aggregazione degli ex Distretti Socio-Sanitari, secondo quanto indicato nelle linee guida di cui al Decreto n. 54/2011, ha comportato la definizione di 6 nuovi Distretti Socio-Sanitari in cui è attualmente organizzata l'Azienda Sanitaria con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP di Cosenza al 01.01.2016 (dati Istat)

DISTRETTI ASP	Popolazione
1 - TIRRENO	135.967
2 - POLLINO/ESARO	99.069
3- JONIO NORD	102.295
4 - JONIO SUD	89.253
5 - VALLE CRATI	144.376
6 - COSENZA/SAVUTO	143.440
TOTALE DISTRETTI	714.400

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

Densità abitativa Ab/Km ²	Valori assoluti	valori percentuali
(0 - 49)	41	26,5
(49,01 - 77)	37	23,9
(77,01 - 157)	40	25,8
(157+)	37	23,9
Totale	155	100



Zona altimetrica estesa per numero di Comuni		
	Valori assoluti	valori percentuali
Montagna interna	53	34,2
Montagna litoranea	27	17,4
Collina interna	43	27,7
Collina litoranea	25	16,1
Pianura	7	4,5
Totale	155	100

I residenti con 65 e più anni sono 140.606, nell'intera azienda, con un tasso di invecchiamento (popolazione => 65 anni/popolazione totale), per l'intera azienda, pari a 19.1 anziani per ogni 100 abitanti. L'età media della popolazione, calcolata come media dell'età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età, è di 41 anni.

3.1 Contesto Interno.

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

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

I dati relativi al periodo 2010/2015 dimostrano che, pur trattandosi di un quinquennio che ha fatto registrare esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio ed all'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario, l'Azienda ha saputo riorganizzare la propria offerta e la propria azione in modo da ottenere risultati positivi sia in termini di efficienza che di razionalizzazione della spesa.

Sono stati raggiunti importanti risultati in termini di riequilibrio economico, attraverso interventi di efficienza della spesa per beni e servizi, attraverso sistemi metodologici riguardanti i tetti di spesa per l'attività di erogazione diretta e indiretta nonché il contenimento della spesa per il personale, quale conseguenza del blocco del turnover. Sono stati implementati i sistemi di Programmazione e Controllo e completata la CO.AN. (Contabilità Analitica).

E' stata, inoltre, rimodulata l'offerta sanitaria in seguito alla riorganizzazione interna in Macro strutture operative di tipo dipartimentale, questo ha comportato una maggior attenzione all'appropriatezza delle prestazioni. Le linee strategiche che l'Azienda si è prefissata, vertono, infatti, sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, in particolare dei ricoveri, nonché sulla de-ospedalizzazione e la Continuità assistenziale.

Il periodo 2011/2016, è stato caratterizzato da un lato da una scarsità di risorse complessive che hanno reso necessarie tutta una serie di azioni straordinarie di rientro, dall'altro dal recupero di efficacia necessario dal punto di vista dell'appropriatezza per mantenere livelli di assistenza coerenti con la *mission* aziendale.

Dall'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera, si evince, nell'ultimo biennio, una lieve diminuzione dell'attività chirurgica complessiva, fenomeno legato in particolare alla riduzione dei posti letto sia in regime ordinario che in day hospital.

Il numero di ricoveri è in diminuzione, ciò coerentemente con il recupero di appropriatezza legato ai DRG a rischio di inappropriately in regime di degenza ordinario che è migliorato sensibilmente. Anche le giornate di degenza hanno visto una positiva razionalizzazione.

L'effetto complessivo è sostanzialmente stabile anche in termini di degenza media.

L'obiettivo finale è quello di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione inappropriata, a favore di altre modalità assistenziali altrettanto efficaci e meno onerose.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

L'attività di ricovero per i nostri residenti, erogata da presidi di altre Regioni, evidenzia che la mobilità passiva extraregione relativa all'ASP di Cosenza riguarda n. 23.304 ricoveri sul totale dei casi; al primo posto il flusso verso la Regione Lazio, al secondo posto segue la Puglia, quindi la Basilicata, a seguire la Lombardia, Emilia Romagna, Campania, Toscana e tutte le altre Regioni con percentuali inferiori al 5%.

In ambito regionale è da precisare che la mobilità dell'ASP di Cosenza rappresenta, in valore economico, circa il 34% della mobilità passiva extraregione dell'intera Regione Calabria.

Per i DRG Chirurgici la Percentuale standard raggiunta, sia in regime ordinario che in day hospital, è in lieve diminuzione. Sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza si evidenzia un ulteriore netto miglioramento nel corso dell'ultimo biennio, una diminuzione dei DRG non appropriati di oltre il 24% sul totale dei ricoveri risultati effettivamente inappropriati. Il trend di lungo periodo è dunque positivo, l'azienda ha quindi recuperato in termini di appropriatezza dei ricoveri praticamente in tutto il biennio considerato.

A) La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.

L'ASP di Cosenza è articolata in :

1. Distretti Sanitari;
2. Presidi Ospedalieri;
3. Dipartimenti;
4. Strutture operative complesse;
5. Strutture operative semplici a valenza dipartimentale;
6. Strutture operative semplici nell'ambito di struttura operativa complessa.

Macro articolazione organizzativa.

L'A.S.P di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa e soggette a contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda:

a. Distretti Sanitari:

I Distretti Sanitari dell'ASP di Cosenza sono attualmente sei e derivano dall'accorpamento di tredici Distretti esistenti nelle vecchie Asl, avvenuto nel rispetto delle linee guida regionali e per come di seguito specificato:

- Distretto 1 "Tirreno" con il CAPT/Casa della salute di Praia a mare;
- Distretto 2 "Pollino-Esaro" con il CAPT/Casa della salute di Lungro e Mormanno;
- Distretto 3 "Ionio Nord" con il CAPT/Casa della salute di Trebisacce;
- Distretto 4 "Ionio Sud -SGF" con il CAPT/Casa della salute di Cariati;
- Distretto 5 "Valle Crati" con il CAPT/Casa della salute di San Marco Argentano;
- Distretto 6 "Cosenza -Savuto".

b. Presidi Ospedalieri:

I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011, 106/2012, e DCA n° 9/2015 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nell'ASP di Cosenza sono:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona montana di Aciri;
- Ospedale di zona montana di S. Giovanni in Fiore;
- Struttura riabilitativa di Mormanno.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere dovrà comunque essere rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e del nuovo atto aziendale in corso di approvazione da parte del livello regionale.

c. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimenti Funzionali

- Dipartimento Area Medica;
- Dipartimento Area Chirurgica;
- Dipartimento Area Servizi e di Diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Dipartimento Emergenza/Urgenza;
- Dipartimento Farmaceutico;
- Dipartimento delle Dipendenze;
- Dipartimento Amministrativo/Tecnico-Logistico;
- Dipartimento Materno-Infantile (Interaziendale con l'A.O.).

d. Strutture Ospedaliere e Territoriali Accreditate:

- **Strutture di ricovero per acuti e post acuti:**
 - Case di Cura private accreditate;

e. Strutture di ricovero extraospedaliere:

- Residenzialità e semiresidenzialità Anziani;
- Residenzialità Disabili;
- Riabilitazione estensiva extraospedaliere;
- Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche;
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS;
- Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale;
- Residenzialità e semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
- Strutture Assistenza Domiciliare;
- Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera**, l'Azienda opera mediante tre Ospedali Spoke, due Ospedali di Zona Montana ed una Struttura di Riabilitazione/Lungodegenza così suddivise:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari - Acri;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona montana di S. Giovanni in Fiore;
- Struttura Riabilitativa di Mormanno;

La continuità dei percorsi assistenziali di cura e riabilitazione è assicurata dalla rete integrata dei servizi dei Distretti e della rete ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata.

Nel processo di riordino dell'assistenza ospedaliera, è in fase di sviluppo la rete delle Cure Primarie che rappresentano un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'**Assistenza Primaria**, con l'obiettivo di una presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine di



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

diminuire progressivamente il loro spostamento fra le strutture e favorire la possibilità del loro mantenimento al domicilio attraverso le dimissioni protette.

A tal fine si prevede lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT) che rappresentano una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali a bassa densità abitativa. Lo scopo è quello di costruire una piattaforma sperimentale, assistenziale sul modello UCCP (Unità Complessa Cure Primarie) da allocare nei CAPT (Centri di Assistenza Primaria Territoriali). L'Azienda tende a sviluppare, in modo uniforme e omogeneo, l'**Assistenza Domiciliare Integrata** con l'Assistenza Sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina Generale dovrà ricoprire un ruolo centrale. In quest'ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 di pazienti over 65 in ADI. Al fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità (DPGR n° 12/2011 "*Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*") è impegno dell'ASP garantire l'Assistenza residenziale e semiresidenziale il cui accesso è riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci previa valutazione multidisciplinare (UVM). A detto organismo è conferito il compito di predisporre i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, deve dunque garantire la necessaria multi-professionalità e l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale). Le diverse attività non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi "protetti", si collocano nella **Specialistica di II° livello** da eseguirsi in ambito ospedaliero. I distretti dovranno, dunque, condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le altre strutture accreditate per il livello ospedaliero, adeguate e condivise procedure di tutte le fasi assistenziali e di integrazione tra le risorse professionali per un percorso organizzativo comune (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA).

3.2 Analisi del contesto interno.

Sviluppare l'analisi del contesto interno significa individuare i punti di forza e i punti di debolezza dell'organizzazione. L'analisi del contesto interno riguarda le seguenti quattro dimensioni:

- 1) organizzazione;
- 2) risorse strumentali ed economiche;
- 3) risorse umane;
- 4) "salute finanziaria".

La dimensione "organizzazione" comprende l'organigramma, l'individuazione delle responsabilità (centri di responsabilità) e, ove presenti delle "corresponsabilità", l'articolazione territoriale dell'amministrazione, il personale in servizio, ecc..

L'ambito di analisi interna riconducibile alle "risorse strumentali ed economiche" è attinente alla ricognizione delle infrastrutture, tecnologiche e non, strumentali al raggiungimento degli obiettivi. Nella tecnologia devono essere compresi non solo il fattore materiale di supporto ai processi e ai sistemi informatici, ma anche i "fattori immateriali".

L'ambito di analisi "risorse umane" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini, i comportamenti, il turn-over e i valori dominanti dei soggetti che operano nell'organizzazione.

L'analisi delle risorse umane dovrà essere condotta con un approccio di genere. L'utilizzo degli indicatori tipici del capitale intellettuale facilitano la comprensione, anche verso l'esterno, della qualità oltre che della quantità di capitale umano disponibile.

La cognizione dello stato di "salute finanziaria" deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e dei sistemi contabili propri di ogni amministrazione. A tal fine è utile anche un'analisi per indici che faccia facilmente emergere situazioni di miglioramento o di peggioramento rispetto agli anni precedenti e ad amministrazioni confrontabili (benchmarking).



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



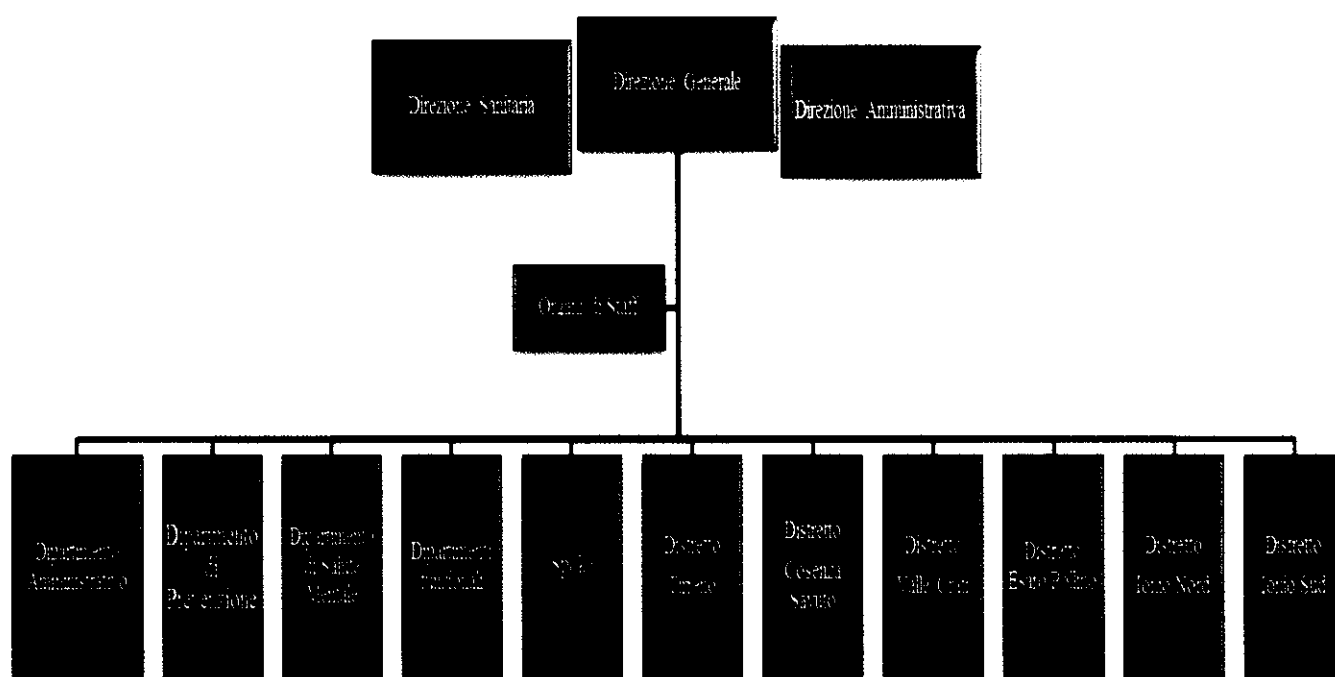
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

Sono, ad esempio, strumenti di analisi del contesto interno: le indagini del benessere organizzativo, l'analisi delle competenze, l'analisi del capitale intellettuale, le analisi di salute organizzativa, l'analisi di salute finanziaria, economica e patrimoniale, ecc..

Lo stato di "salute finanziaria", l'analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa e qualitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

Dal punto di vista organizzativo l'azienda presenta il seguente organigramma:



La struttura organizzativa aziendale è attualmente in corso di attuazione. L'insieme di provvedimenti normativi a livello nazionale e, di conseguenza, regionale nel corso degli ultimi anni in materia di spending review e di azioni di razionalizzazione nel corretto impiego delle risorse umane e strumentali ha imposto, anche nel sistema sanitario, una revisione dei propri modelli organizzativi e produttivi.

Le direttive impartite e le azioni previste hanno come obiettivo comunque il rafforzamento del *welfare* territoriale, la revisione della rete ospedaliera nonché l'ulteriore potenziamento del percorso di integrazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

In questo contesto anche i processi tecnico-amministrativi devono adattarsi alle nuove esigenze, rafforzando la loro natura di facilitatori nell'erogazione di servizi sanitari, proponendo il più possibile percorsi amministrativi di accesso, più agili sia per l'operatore sanitario che per il cittadino, in una logica di semplificazione dell'azione pubblica senza venir meno al principio della certezza del procedimento amministrativo.

La sfida che si intende affrontare, è quella di potenziare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo “virtuoso” di arricchimento in *progress* del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente.

Una prima analisi quali-quantitativa delle risorse umane disponibili nell'Azienda ha permesso di rilevarne le caratteristiche illustrate nella sottostante tabella.

Analisi Caratteri Quali/Quantitativi alla data di rilevazione (2015)		
Età media del personale ASP		54,02
Età media del personale DIRIGENTE alla data di rilevazione (2015) - IDIR	189	59,21
Età media del personale DIRIGENTE alla data di rilevazione (2015) - IIDIR	88	60,60
Età media del personale DIRIGENTE alla data di rilevazione (2015) - VDIR	25	39,60
Età media del personale DIRIGENTE alla data di rilevazione (2015) - XDIR	975	55,84
Età media del personale DIRIGENTE alla data di rilevazione (2015) - Totale Dirigenza	1.277	56,35
Tasso di crescita personale (2014)		-2,43%
Tasso di crescita personale (2013)		-7,56%

Composizione del Personale per età	N°	%		
età > 70	2	0,04%	0,04%	100,00%
65 > età > 70	112	2,08%	2,12%	99,96%
60 > età > 65	1.233	22,91%	25,03%	97,88%
55 > età > 60	1.682	31,25%	56,27%	74,98%
50 > età > 55	1.063	19,75%	76,02%	43,73%
45 > età > 50	655	12,17%	88,19%	23,98%
40 > età > 45	358	6,65%	94,84%	11,81%
35 > età > 40	168	3,12%	97,96%	5,16%
età < 35	110	2,04%	100,00%	2,04%
Totale complessivo	5.383	100,00%		

Analisi di genere	
% di dirigenti donne	39,46%
% di donne rispetto al totale del personale	52,33%
% personale donna assunto a tempo determinato	57,76%
età media del personale femminile	53,17
età media dei dirigenti donne	54,47



3.3 Il Contesto Normativo specifico di riferimento.

I riferimenti normativi principali attraverso i quali è stato redatto questo Piano della Performance, sono contenuti in alcuni articoli del titolo 1 del Decreto 150/09 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. 10 al comma 1 punto a), stabilisce che le Amministrazioni redigano, annualmente entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- l'art. 10 al comma 3, stabilisce che eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance;
- L'art. 11, comma 8, stabilisce che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso;
- 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, del Piano delle Performance;

Altri riferimenti normativi:

- la delibera Civit n. 112/2010, con cui la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, fornisce istruzioni operative su *"Struttura e modalità di redazione del Piano della performance"* (art.10, co. 1, lett. a, del D.lgs. 27/10/2009, n. 150), documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- il D. Lgs. 1 agosto 2011, n. 141, avente ad oggetto *"Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3 della legge 4 marzo 2009, n. 15"*;
- la legge regionale 03 febbraio 2012 n.3 riguardante *"Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Pubblica Amministrazione Regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n° 150"*;
- il decreto n° 3957 del 27 marzo 2012, del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, dott. Antonino Orlando con il quale sono state approvate le *"linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel S.S.R."*;
- il D.Lgs. 33 del 14/03/2013 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni"*;



3.4 Le Risorse Umane.

Come si è già avuto modo di evidenziare nei precedenti Piani delle Performance, questa ASP, negli ultimi anni, è stata impegnata in un piano di riassetto organizzativo aziendale, scandito dall'adozione di numerosi Provvedimenti. Con delibera n. 3200/2012, è stata rideterminata la dotazione organica, prevedendo complessivamente n. 7363 unità, sulla base dei requisiti organizzativi minimi previsti dalle normative vigenti (L.24/2009, ecc.); tale numero rappresentava, per l'Azienda, la situazione ideale per poter svolgere le proprie attività. Nella tabella seguente è rappresentata la situazione relativa alla composizione del personale ASP, suddiviso per ruolo e sesso, aggiornata al 31/12/2016:

Composizione del Personale per Ruolo e Sesso (Analisi dei dati aggiornati al 31/12/2016)			
Ruolo	Maschi	Femmine	Totale complessivo
Amministrativo	292	314	606
Collaborazioni/COCO	8	15	23
Convenzionato/Sanitario		6	6
Professionale	12	1	13
Sanitario	1618	1935	3553
Tecnico	575	543	1118
Totale	2505	2814	5319

A causa delle limitazioni imposte dalla normativa regionale e nazionale sulla spesa sanitaria, non solo tale obiettivo è divenuto inattuabile, ma, addirittura, ogni anno si assiste ad un assottigliamento delle unità in forza, dovuto alle cessazioni che avvengono per pensionamenti o per cause diverse; sicché si è costretti, quotidianamente, a misurarsi con le ristrette possibilità di gestione delle risorse a disposizione. Sia in fase di determinazione della dotazione organica, sia in quella della programmazione del fabbisogno triennale, effettuato con delibera n. 3436 del 30/12/2013, questa ASP, si è posta, tra i propri obiettivi, quello di ridurre la spesa attraverso una riduzione graduale di alcuni profili.

Un contingente di personale, oggetto di particolare rivisitazione, è quello degli Ausiliari Specializzati: su 450 unità di personale previsti in pianta organica, molti sono stati dichiarati in eccedenza, in previsione di una graduale sostituzione di tale figura con l'Operatore Socio Sanitario (OSS), da realizzare attraverso una riqualificazione interna previa autorizzazione regionale. Occorre, dunque, incrementare il numero degli Ausiliari Specializzati di almeno 200 unità e ridurre contestualmente delle stesse unità, il numero degli OSS, senza variazione di spesa, in attesa che la Regione avvii concorsi interni per riqualificare il personale già in possesso del titolo di OSS. In materia di personale, occorre evidenziare, sempre in una logica di risparmio della spesa, che è stata effettuata la ricollocazione in pianta organica, del personale appartenente all'ex equipe Socio Psicopedagogica, attraverso una puntuale valutazione della corrispondenza esistente con i profili omogenei previsti dall'ordinamento sanitario e senza oneri aggiuntivi per l'Azienda; la sistemazione del personale dell'equipe, costituiva un problema di vecchia data che è stato finalmente risolto dopo un percorso impegnativo, che ha coinvolto, a vario titolo, ASP, Regione ed altri Enti. Una carenza accentuata di personale, si registra nella dirigenza medica e nel profilo infermieristico, in particolare nelle aree più critiche dell'emergenza: Pronto Soccorso, Cardiologia e UTIC, Anestesia, Chirurgia, Radiologia, Ortopedia, Pediatria, Psichiatria, Neurologia.

Una forte criticità si registra nell'area amministrativa, tecnica e professionale dovuta a carenza di personale, funzionari e dirigenti di tutte le aree operative centrali e periferiche; tale criticità rischia di creare i presupposti per creare grosse difficoltà operative che potrebbero sfociare in una sorta di "collasso gestionale".

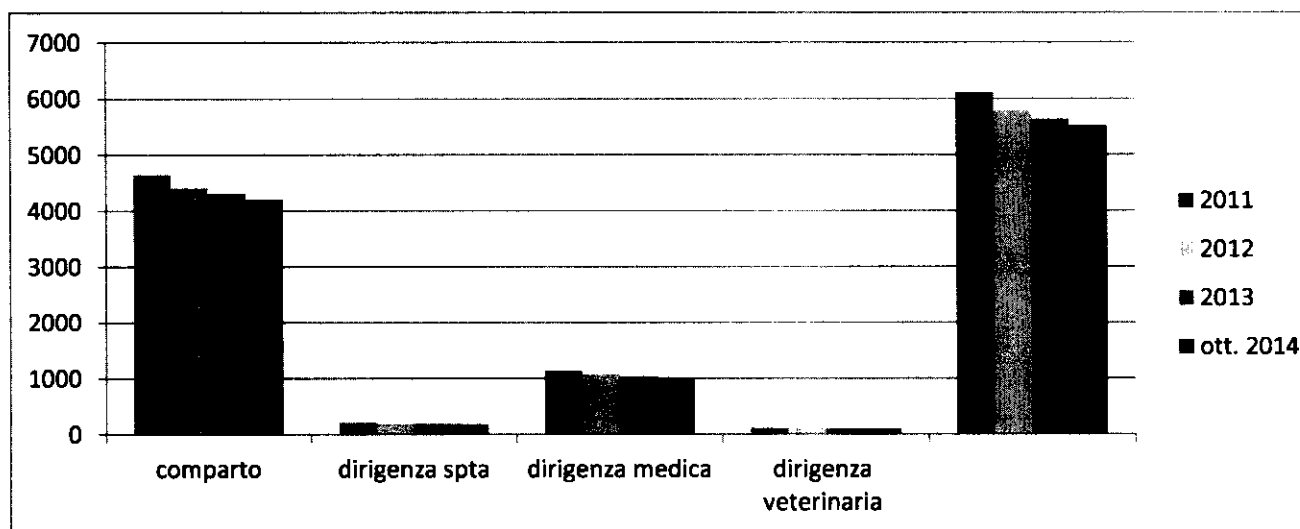


Negli Ospedali Spoke, vi sono importanti strutture ai limiti della funzionalità per carenza di personale dedicato che è possibile reperire solo attraverso procedure di mobilità o concorsuali.

Nel corso del 2015 e 2016, vi è stata una fitta corrispondenza tra l'Asp di Cosenza e la Struttura Commissariale ai fini dello sblocco del turn-over del personale, dapprima estesa a tutte le aree di attività, poi riferita alle sole aree critiche di Emergenza-Urgenza; ad oggi, da parte della Regione, si è avuta autorizzazione parziale ad assumere nuovo personale.

Nei prospetti che seguono è rappresentata la situazione del personale per il periodo di riferimento con l'evidente ridimensionamento delle unità:

	2011	2012	2013	2014
COMPARTO	4650	4410	4307	4211
DIRIGENZA SPTA	211	197	194	187
DIRIGENZA MEDICA	1136	1078	1039	1018
DIRIGENZA VETERINARIA	113	107	101	101
	6110	5792	5641	5517



Dall'analisi dei dati, emerge un sensibile decremento in tutte le aree di attività dal 2014 al 2016. Un'analisi della situazione e delle risorse umane effettuata fino al 2016, a seguito dei pensionamenti già programmati, delle previsioni delle cessazioni, dei prepensionamenti ecc., non modifica l'andamento negativo in atto:

	Ottobre 2014	Dicembre 2016
COMPARTO	4.211	4.043
DIRIGENZA SPTA	187	174
DIRIGENZA MEDICA	1.018	970
DIRIGENZA VETERINARIA	101	98
	5.517	5.285



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

I dati sopra riportati dimostrano come, ogni anno, l'Azienda subisce, in media, un decremento di personale di oltre 200 unità. Una dotazione organica che deve essere supportata da tante professionalità in tutti i ruoli, dovrà essere necessariamente potenziata, ed adeguata ai requisiti minimi organizzativi previsti, ove intenda mantenere gli standard di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità.

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

Pertanto, si rende necessario ed urgente un investimento razionale e programmato della spesa del personale su nuove assunzioni, che oltre ad apportare un beneficio in termini di ingresso di nuove risorse nelle Unità Operative più carenti, contribuirà a riqualificare l'Assistenza Sanitaria in termini prestazionali e di interventi di qualità diretti al malato, nonché a rispettare la normativa vigente in materia di turnazioni del personale (L. 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis").

A seguito del DCA n° 2 del 26/03/2015 e del DCA n° 9 del 09/04/2015, l'ASP di Cosenza ha prodotto la delibera 1305 del 23/07/2015 relativa a: "Piano Straordinario Assunzioni anno 2015; riorganizzazione rete ospedaliera; programmazione attività aziendali con definizione obiettivi"; a tale atto è seguito il decreto di autorizzazione delle assunzioni delle figure ritenute più urgenti, compatibilmente con la disponibilità economica offerta dalla struttura regionale. In seguito l'Azienda Sanitaria ha definito il programma triennale di stabilizzazioni unitamente a quello di assunzioni, di cui al DCA n°2 del 26/03/2015, adottando la deliberazione del C.S. num. 2193 del 21/12/2015.

Successivamente con delibera 241 del 25/02/2016 si è proceduto alla stabilizzazione di 123 unità lavorative a fronte delle 431 unità da stabilizzare e per le quali si provvederà secondo le modalità previste dal DCA 110/15. Infine si specifica che per l'anno 2016 questa Asp ha predisposto un piano straordinario delle assunzioni anche per garantire la corretta applicazione della L.161/14, e nel corso dell'anno sono state completate le procedure concorsuali per l'acquisizione delle seguenti professionalità: Dirigenti medici Anestesisti, Radiologi, Medici di medicina d'urgenza e pronto soccorso, Ortopedia; sono inoltre state avviate le procedure, tutt'ora in corso di svolgimento, per l'acquisizione di dirigenti medici di Chirurgia generale, Nefrologia, Pediatria, Psichiatria.



4. L'Analisi Swot.

Punti di forza	Punti di debolezza
1. Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo gli indirizzi della Regione: DPGR 18/10, il DPGR 106/11-12, il DCA 9/2015, il DCA 76/2015, il DCA 130/15, DCA 30/2016, 64/2016, DCA 113/2016 e s.m.i. 2. Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate); - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - contenimento della spesa per il personale, quale conseguenza del blocco del turnover e della razionale riorganizzazione aziendale. 3. Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale. 4. Piena consapevolezza della Dirigenza sulla necessità della riorganizzazione dei servizi. 5. Forte motivazione alla partecipazione a progetti interdisciplinari. 6. Completamento della CO.AN. (Contabilità Analitica) ed implementazione dei sistemi di Programmazione e Controllo. 7. Sblocco parziale del turnover per il personale.	1. Dotazione organica carente; 2. Resistenza al cambiamento da parte delle risorse umane. 3. Mobilità passiva extraregionale in aumento; 4. Sistema aziendale informativo ed informatico non ancora adeguato alle esigenze aziendali. 5. Tempi ristretti per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione definiti e ridefiniti con il piano di rientro. 6. Mancata disponibilità di un atto aziendale regolarmente approvato dalla Regione Calabria. 7. Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. 8. Incompleto adeguamento delle attrezzature informatiche alle esigenze emergenti. 9. Implementazione della contabilità analitica (del n.3790 del 28/12/2012) con conseguente non disponibilità a regime della Co.Di. essenziale per i sistemi di Reporting e di Programmazione e Controllo. 10. Incompleta applicazione della normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 33/2013. 11. Indice chirurgico basso sul totale dei ricoveri in alcune U.O. chirurgiche. 12. Indice chirurgico basso sul totale dei ricoveri, ed alta percentuale di interventi per frattura di femore effettuati oltre le 48 h.
Opportunità	Minacce
1) Crescita culturale degli operatori attraverso la partecipazione a progetti multidisciplinari; 2) Crescita professionale degli operatori attraverso la partecipazione a eventi formativi mirati all'acquisizione di nuove metodologie e strumenti di lavoro; 3) Le azioni mirate alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, a. innovazione del sistema organizzativo; b. miglioramento della performance e della qualità dell'offerta sanitaria; c. sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali (PDTA) coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; d. innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione. e. Introduzione del sistema informativo SEC-SISR regionale. 4) Fase di assestamento organizzativo derivante dalla situazione di start-up di tutti i livelli organizzativi scaturenti dal nuovo Atto Aziendale in corso di approvazione. 5) Obblighi all'adeguamento normativo per provvedimenti nazionali e regionali, e condivisione azioni con il Dipartimento Sanità e la Struttura Commissariale, quali l'attuazione dei PAC per la certificazione dei bilanci. 6) Implementazione del sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Legge 190/2012.	1. Depauperamento della qualità e quantità dell'offerta assistenziale per effetto della: ▪ mancata condivisione degli impegni aziendali assunti dall'Amministrazione da parte di ciascun operatore; ▪ mancata cognizione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale. 2. Resistenze delle categorie portatrici di interesse agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. 3. Mancata formazione degli Operatori allo svolgimento di nuove attività e prestazioni; ▪ limitatezza di idonee attrezzature; 4. Maggiore esposizione a comportamenti poco trasparenti a rischio corruzione, derivanti da condizionamenti esterni e/o interni. 5. Continua rimodulazione delle Reti Assistenziali senza raggiungimento di standard organizzativi adeguati. 6. Insufficiente implementazione dell'attività di mappatura del rischio ed individuazione relative misure di cui la Legge 190/2012. 7. Riduzione quote offerta sanitaria pubblica a vantaggio dei privati accreditati.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

5. Le Risorse Finanziarie.

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone, per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi. Si riportano di seguito le previsioni del Conto Economico per il 2017:

	IMPORTO
Contributi in c/esercizio	1.182.980
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.020
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.000
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	18.139
Concorsi, recuperi e rimborsi	67.022
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.705
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.218
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	
Altri ricavi e proventi	744
	1.278.788
Acquisti di beni	203.340
Acquisti di beni sanitari	201.500
Acquisti di beni non sanitari	1.840
Acquisti servizi sanitari	679.611
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	92.880
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	113.510
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	74.818
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	30.401
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	15.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	18.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	266.170
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	8.456
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	11.676
Acquisto prestazioni termali in convenzione	4.109
Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	2.938
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	33.860
Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.033
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	1.160
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.400
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.200
Costi per differenziale tariffe TUC	
Acquisti di servizi non sanitari	53.102



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

Servizi non sanitari	52.814
<i>Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	215
<i>Formazione</i>	73
Manutenzione e riparazione	9.155
Godimento di beni di terzi	9.400
<u>Costo del personale</u>	285.065
Personale del ruolo sanitario	222.359
<i>Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i>	127.991
<i>Costo del personale comparto ruolo sanitario</i>	94.368
Personale del ruolo professionale	1.101
Personale del ruolo tecnico	38.497
Personale del ruolo amministrativo	23.108
Oneri diversi di gestione	2.176
<u>Ammortamenti</u>	6.869
Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	25
Ammortamento dei fabbricati	3.256
Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.588
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
Variazione delle rimanenze	-1.840
<i>Variazione rimanenze sanitarie</i>	-1.850
<i>Variazione rimanenze non sanitarie</i>	10
Accantonamenti dell'esercizio	9.325
<i>Accantonamenti per rischi</i>	4.300
<i>Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)</i>	200
<i>Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati</i>	1.500
<i>Altri accantonamenti</i>	3.325
	1.254.302
Interessi attivi	10
Interessi passivi	2.600
	-4.590
Rettifiche di valore di attività finanziarie	
Rivalutazioni	
Svalutazioni	
Proventi e oneri straordinari	
Proventi straordinari	3.915
<i>Plusvalenze</i>	



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

<i>Altri proventi straordinari</i>	3.915
Oneri straordinari	1.840
<i>Minusvalenze</i>	
<i>Altri oneri straordinari</i>	1.840
	2.070
	20.070
IRAP	20.070
<i>IRAP relativa a personale dipendente</i>	17.000
<i>IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente</i>	3.000
<i>IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)</i>	70
<i>IRAP relativa ad attività commerciale</i>	
IRES	-
Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	
	20.070



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

6. Il Piano di Sviluppo Triennale.

a. Linee strategiche dell'Azienda e Piano Triennale.

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

Punti cardine sono:

- Riordino dei servizi ospedalieri in coerenza con la programmazione regionale;
- Integrazione Territorio-ospedale;
- Garanzia dei LEA;
- Abbattimento delle liste di attesa;
- Contenimento della spesa farmaceutica;
- Appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate;
- De-ospedalizzazione;
- Continuità Assistenziale;
- Ampliamento offerta prestazioni territoriali.

L'obiettivo del contenimento dell'attività di ricovero, garantendo una appropriata assistenza socio-sanitaria, passa, principalmente, attraverso l'efficace gestione del filtro della Medicina generale e della continuità assistenziale assicurata dal Distretto Sanitario, nella funzione di tutela della salute del cittadino e gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché nel ruolo di garanzia che i servizi sanitari territoriali applichino, in modo integrato, i percorsi di cura del cittadino. La funzione di tutela si esplica anche attraverso l'individuazione delle strutture territoriali che devono implementare la rete dei servizi che concorrono a garantire le cure. La funzione di tutela e di gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale è svolta dalle Direzioni dei Distretti Sanitari, attraverso le strutture delle Cure Primarie, che assolvono al compito di recepire le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e per i quali sia necessario attivare un percorso integrato di continuità assistenziale, al fine di dare risposte efficaci, tempestive e correlate al bisogno rilevato per il singolo paziente, anche in regime di ricovero residenziale. In questo ruolo è da ricercare e strutturare la necessaria integrazione con gli EE.LL. di cui alla L.R. 321/03, per la piena realizzazione di percorsi assistenziali, specie per la cronicità, delle necessità del cittadino, sia di natura sanitaria che sociale, e con la piena e completa attuazione delle UCCP ed AFT.

b. Integrazione dell'Azienda Sanitaria nella Rete Regionale dei Servizi Sanitari.

Nella propria attività di programmazione, l'Azienda assume come riferimento, le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie, come declinate dalla programmazione di ambito provinciale e di ambito distrettuale e dalla pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale. In tale contesto regionale si colloca lo sviluppo della collaborazione con le Aziende Sanitarie della Regione, in particolare con l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, per promuovere ed accrescere l'integrazione tra Aziende, per migliorare i servizi resi agli utenti.

c. La partecipazione del Cittadino e le relazioni con la Società Civile.

L'Azienda Sanitaria di Cosenza riconosce, tra i propri valori fondanti, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi offerti. A tal fine assicura la partecipazione del cittadino, sia come singolo che tramite le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività e valutazione della qualità, nel



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

rispetto della vigente normativa nazionale e regionale in materia. Gli strumenti principali, messi in campo e monitorati sono i seguenti:

1. la Carta dei Servizi;
2. l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e il sistema di gestione dei reclami;
3. i Comitati Consultivi Misti

La Carta dei Servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda ed i Cittadini. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' orientato ad assicurare un'informazione corretta, semplice e tempestiva su tutto il territorio provinciale e costituisce uno strumento di ascolto dei cittadini, attraverso la gestione di reclami e suggerimenti. L'URP è parte del sistema qualità dell'Azienda e contribuisce ad acquisire la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuando idonei strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti. Il sistema di gestione dei reclami si svolge attraverso procedure predefinite, sulla base di apposito regolamento di pubblica tutela. I Comitati Consultivi Misti sono Organismi costituiti presso i Presidi Ospedalieri ed i Distretti, per favorire la partecipazione al processo decisionale dell'Azienda, con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti. Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione secondo la legge 241/1990 ed il D.lgs. n.33/2013, con i limiti definiti dalla normativa specifica di settore in tema di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.), e per come programmato dall'ASP nell'ambito del Piano per la Trasparenza e l'integrità per il triennio 2017-2019. La partecipazione del cittadino è garantita anche attraverso l'attivazione di procedure di audit e attraverso questionari di gradimento. L'Azienda promuove, altresì, iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti, da realizzare con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

d. Valorizzazione del Volontariato e del Terzo Settore.

L'Azienda riconosce il volontariato e l'associazionismo, quali interlocutori privilegiati nell'attività di informazione e di educazione e come protagonisti attivi nella valutazione ed analisi dei bisogni sanitari della popolazione. L'Azienda promuove e sviluppa la partecipazione delle Organizzazioni di Volontariato e degli Enti del Terzo Settore alla programmazione aziendale.

e. L'interazione con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere calabresi.

L'Azienda concorre allo sviluppo di forme di collaborazione con le Aziende Sanitarie provinciali e le Aziende Ospedaliere, in riferimento all'obiettivo specifico riguardante lo sviluppo di una sistematica sinergia tra le Aziende Sanitarie e quelle Ospedaliere e l'integrazione delle attività da esse erogate. La collaborazione interaziendale si propone, tra gli altri, i seguenti obiettivi strategici.

- economie di scala ed accrescimento del potere contrattuale delle Aziende Sanitarie (attraverso l'aumento della massa critica dei contratti e la riduzione del numero di gare);
- razionalizzazione della spesa (per mezzo dell'omogeneizzazione dei fabbisogni a livello sovra aziendale);
- specializzazione degli operatori e rafforzamento del marketing d'acquisto;

e le seguenti azioni:

- Formazione del personale;
- Gestione procedure concorsuali del personale;
- Attività di studio e ricerca;
- Gestione degli acquisti di beni e servizi;
- Gestione dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche;
- Gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione;
- Gestione trans-murale del Dipartimento Materno Infantile;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

- Gestione e miglioramento del CUP unico interaziendale;
- Percorsi formativi interaziendali, da attivarsi preferibilmente in collaborazione con le Università Calabresi;
- Attivazione e Gestione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale) e dello STAM (Servizio Trasporto Assistito Materno).

f. L'interazione con le Università.

L'Azienda intende promuovere l'interazione con le Università degli Studi della Regione Calabria, per la diffusione e la valorizzazione delle competenze professionali disponibili, in un rapporto sinergico e multi professionale per garantire ai cittadini risposte qualificate ed integrate. Le Università rappresentano una risorsa fondamentale del Sistema Sanitario Regionale, sia per la definizione delle strategie e l'attuazione dei programmi, che per la realizzazione di progetti di ricerca e formazione professionale.

g. L'interazione con gli altri attori del Sistema Sanità.

L'Azienda, attraverso i propri strumenti di programmazione di breve, di medio e di lungo periodo, si pone come obiettivo la piena valorizzazione dei soggetti esterni che operano all'interno del sistema sanitario aziendale, provinciale e regionale secondo la pianificazione regionale e locale, in una logica strategica di integrazione tra i servizi offerti. Un ruolo importante è assegnato ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, considerati risorsa decisiva per favorire processi di responsabilità della cura e di uso appropriato dei servizi sanitari. L'Azienda favorisce, inoltre, la realizzazione di nuovi strumenti organizzativi elettivi, per offrire agli assistiti un insieme organico e strutturato, di servizi di primo livello e dare visibilità alla forte complementarità tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici di Continuità Assistenziale e gli Operatori Sanitari. Nell'ottica della verifica sulla salute dell'inquinamento ambientale, l'Azienda persegue un'integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPACAL), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti. L'Azienda, cura e potenzia i rapporti con tutti gli attori del "sistema sanità" (Istituto Zooprofilattico, INAIL, e ISPESL) anche al fine dello sviluppo delle reti di sorveglianza epidemiologica funzionalmente integrate. L'attuazione di tali principi si realizza, prevalentemente, attraverso gli strumenti della programmazione locale e gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/1992.

h. Sviluppo delle Reti Cliniche integrate.

Gli strumenti di programmazione di ambito provinciale, in attuazione della normativa regionale di riferimento, definiscono le reti cliniche integrate come:

- reti tra ospedale e territorio, attraverso le quali ci si pone l'obiettivo di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, essenziale in particolare nelle patologie cronico-degenerative;
- reti che colleghino tutte le strutture ospedaliere della provincia per sviluppare un'offerta qualificata ed omogenea su tutto il territorio provinciale, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera assegnate all'autosufficienza territoriale;
- reti tra presidi ospedalieri, in area provinciale ed in ambito regionale, attraverso le quali, in applicazione del modello Hub e Spoke, si realizza la complementarità tra esigenze di cura a diversa complessità assistenziale, per conformare le necessità di elevata qualità dell'assistenza e sostenibilità economica di sistema.

i. L'integrazione Socio-Sanitaria.

L'Azienda individua, nell'integrazione tra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria, un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e funzionamento dei servizi, in un'ottica di:

- integrazione assistenziale per rispondere in maniera efficace ai bisogni, superando settorialità, disuguaglianze e frammentazione di interventi;



- riduzione del disagio dei cittadini favorendo una erogazione unitaria e coordinata nel rapporto con l'utenza.

Per le ragioni sopra esposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale attraverso:

- l'identificazione e la condivisione di responsabilità coordinate fra i diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio, attraverso la concertazione e la formalizzazione degli impegni assunti e attraverso l'elaborazione e l'approvazione di contenuti programmatici;
- la costruzione di un welfare condiviso, locale e di comunità;
- il coordinamento dei soggetti presenti a livello distrettuale per una più funzionale gestione dei fattori organizzativi e produttivi;
- l'attuazione di una maggiore integrazione tra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore per assicurare risposte efficaci ai bisogni del territorio.

L'Azienda si farà promotrice di azioni di coinvolgimento fattivo degli Enti Locali, per realizzare in modo concertato e condiviso la definizione delle più ampie politiche di welfare, attraverso l'attuazione del Piano di Zona e interventi programmati per soggetti fragili, in stato di cronicità e per i soggetti a rischio di devianza e/o emarginazione. La programmazione distrettuale, strettamente connessa con quella sociale (*Piano di Zona*), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata e condivisa, che tenga conto delle varie realtà territoriali che la comunità rappresenta. Dall'analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale seguirà la fase di programmazione integrata (PAT - PdZ) dei servizi, secondo quanto previsto dal DPGR n° 12/2011 (*Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*), per l'accesso alle cure. Il Distretto, nell'ambito della nuova entità organizzativa, dovrà quindi far leva sulla buona funzionalità dei Punti Unici di Accesso (PUA), integrati con l'offerta sociale, al fine di prevedere una rete di front office con la funzione di orientamento della domanda e un back office che svolga una funzione di presa in carico globale dei bisogni assistenziali. A tale fine si prevede l'istituzione, in ogni Distretto, di una Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale (UVDL). A detto Organismo è conferito il compito di predisporre piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato. La composizione dell'UVDL, deve garantire la multi professionalità e conseguire l'integrazione degli Operatori Sociali espressione dell'Ente Locale (Zona Sociale).

1. Integrazione Ospedale-Territorio.

Percorsi di cura a forte integrazione ospedale territorio:

- Rete Terapia del Dolore e Cure palliative;
- Rete Hospice;
- Rete Cardiologica: percorso patologie croniche;
- Rete Neurologica: percorsi patologie croniche;
- Rete Materno - Infantile.

L'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio si attua attraverso attività concordate e condivise così come normato dal DPGR 18/2010- Rete Ospedaliera, Territoriale e dell'Emergenza. La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso l'organizzazione di un sistema a rete, individuando processi assistenziali che superino le impostazioni verticali mono disciplinari ed assumano una connotazione trasversale funzionale. Il primo progetto di rete che l'Azienda intende sviluppare è la gestione integrata delle **Emergenze Sanitarie**. La continuità dei percorsi assistenziali di cura e riabilitazione sarà assicurata attraverso la rete integrata dei servizi dei Distretti e della rete ospedaliera, sia pubblica che privata accreditata. L'azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio. A questo fine implementerà le forme associative secondo le modalità previste nell'ACN della Medicina Generale, in grado di garantire percorsi di cura autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari del servizio di continuità assistenziale. Diversamente, la continuità dei percorsi dell'assistenza ospedaliera



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

sarà garantita attraverso l'organizzazione dipartimentale dei presidi ospedalieri e per il tramite dell'integrazione dei dipartimenti che lo compongono con i distretti territoriali. Attraverso l'organizzazione dipartimentale e la sua integrazione con i Distretti territoriali (Cure primarie) l'Azienda promuove processi di assistenza e cura finalizzati a diminuire progressivamente la necessità dello spostamento dei pazienti fra le strutture e favorire le eventuali possibilità di spostare il paziente a domicilio (ospedalizzazione domiciliari) e le dimissioni protette. L'ASP di Cosenza si pone l'obiettivo di creare un percorso unitario e complessivo della continuità di cura, attraverso la presa in carico globale dell'assistito, creando modalità integrative di tutti i momenti dei percorsi assistenziali.

A questo fine l'Azienda promuove l'integrazione tra:

- **Continuità Assistenziale**, con l'obiettivo di un'assistenza continua nelle 24 ore per una presa in carico dei pazienti cronici e fragili. Con lo scopo di realizzare una piattaforma assistenziale diffusa, in forma capillare, su tutto il territorio dell'ASP e capace di prendersi cura dei pazienti nelle 24 ore e per 7 gg. a settimana, attraverso l'integrazione tra continuità assistenziale, MMG, PLS e specialisti ambulatoriali, secondo le modalità definite dal livello regionale (DCA 76/2015 e s.m.i) per l'attuazione delle UCCP/ AFT.

- **Medicina Generale e Assistenza Domiciliare Integrata** - al fine di evitare i disagi della permanenza dei pazienti, fuori dagli ambiti familiari ed evitare quelle forme di assistenza che necessitano di ricovero in Ospedale, l'Azienda punta ad incrementare l'Assistenza Domiciliare Integrata con l'Assistenza Sociale.

- **Percorsi facilitati di accesso alle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale** che trovano attuazione nella presa in carico globale dei bisogni di salute del cittadino. La UOC delle Cure Primarie e l'assistenza ospedaliera nell'ambito dell'integrazione ospedale territorio, attueranno strategie sinergiche nella gestione del paziente, sia al fine di evitare l'eventuale ricovero sia nella fase delle dimissioni protette e della continuità assistenziale (attuazione completa dei PUA distrettuali).

Area Materno Infantile - Durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, spesso l'assistenza è erogata da più servizi, in differenti strutture. Il Dipartimento Materno - Infantile rappresenta il modello organizzativo che valorizza l'integrazione tra servizi in quanto, al suo interno, è presente una **Rete di servizi** della quale fanno parte i Punti nascita, le Pediatrie, le Neonatologie, i Distretti, i Consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'Area Materno - Infantile (Neuropsichiatria infantile, Pediatria di comunità).

La Rete delle Cure Palliative aziendale consiste nell'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che operano in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico -assistenziale dei singoli componenti. Il funzionamento omogeneo può essere assicurato da una unità organizzativa di cure palliative con azione di coordinamento provinciale della Rete.

La Rete per la Terapia del Dolore, volta a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici, dedicati al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, ed al supporto dei malati e dei loro familiari.

La Rete per la Gestione dello STEMI, può considerarsi rete di tutta l'emergenza-urgenza cardiologica. Rappresenta un indispensabile strumento per garantire il miglior trattamento possibile, in qualsiasi punto di accesso si presenti il paziente, a partire dall'intervento a domicilio del paziente da parte del SUEM/118.

Rapporti Convenzionali.

L'Azienda nella sua offerta complessiva, mantiene rapporti convenzionali con l'Università della Calabria per attività di formazione e con l'Azienda Ospedaliera per l'azione comune della gestione dell'Emergenza e dell'Attività Assistenziale e di Prevenzione nel settore Materno Infantile.



Governo Clinico.

Per governo clinico si intende il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati i livelli delle prestazioni, creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica. Introdurre il governo clinico significa creare le condizioni organizzative, tecniche ed economiche che, assicurino, nel tempo, il sistematico progresso sotto il profilo della qualità professionale e manageriale. Il governo clinico si basa su due principi fondamentali:

a) sistematico monitoraggio e valutazione di standard predefiniti in grado di caratterizzare i processi clinico-assistenziali e i livelli di servizi erogati dall'Azienda sotto il profilo di:

- criteri di coinvolgimento dei pazienti, all'interno di specifici processi assistenziali definiti, rispetto ai diversi problemi di salute trattati dall'Azienda;
- criteri di gestione dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente durante l'intero processo assistenziale;
- criteri di rispetto dei livelli di assistenza;
- criteri che assicurino il rispetto dei principi di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti;
- criteri di uscita del paziente dal processo assistenziale ospedaliero;

b) sviluppo continuo delle professionalità e delle competenze degli operatori aziendali.

Dunque, i risultati clinici, sono il frutto della gestione complessiva dell'Azienda e degli obiettivi riguardanti l'intero processo di programmazione, controllo e valutazione, nonché la dimensione clinico - assistenziale.

Gli strumenti per il controllo sono:

- l'audit inteso come momento di revisione e verifica dei processi gestiti;
- la medicina basata sulle prove d'efficacia attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali;
- la gestione del rischio, incluse la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione dello stesso.

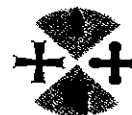
m. Controllo e Verifica dell'Appropriatezza delle Prestazioni Ospedaliere.

Il sistema di remunerazione a DRG (Diagnosis Related Group), da una parte promuove l'efficienza operativa e l'equità distributiva, dall'altra genera incentivi tali da determinare, in assenza di un efficace sistema di controllo, l'aumento dei ricoveri non appropriati ed il trasferimento di prestazioni verso livelli assistenziali più intensivi e remunerativi. Il D.Lgs n. 229 del 1999, fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse. Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza:

- di tipo clinico;
- di carattere organizzativo.

L'appropriatezza Clinica, prende in considerazione le indicazioni all'effettuazione di prestazioni sanitarie relative a specifici interventi o procedure diagnostiche: è la cosiddetta *appropriatezza specifica*, che tende a stabilire se un determinato intervento sanitario è stato eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e rischi. Il percorso per la valutazione dell'appropriatezza clinica è complesso e può avvalersi di una serie di strumenti quali Linee Guida, Audit clinici, Percorsi Clinici Formalizzati o "Clinical Pathways".

L'appropriatezza Organizzativa, considera il livello assistenziale - ricovero ospedaliero ordinario o diurno, prestazione di specialistica ambulatoriale o di medicina di base - nel quale un determinato caso diagnostico o terapeutico viene affrontato. Si parla, in questo caso, di *appropriatezza generica*, con specifico riferimento alle modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza. L'appropriatezza generica può essere valutata a partire dalla Cartella Clinica o dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), attraverso l'impiego di sistemi di controllo analitici. Il Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale della Calabria, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n.845 del 16.12.2009, ha previsto nelle ASP e nelle AO, la verifica dell'appropriatezza, allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'efficienza, l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche, in attuazione



alla normativa vigente. L'obiettivo finale è quello di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione inappropriata, ancora alto nella nostra Regione, e favorire modalità assistenziali altrettanto efficaci e meno onerose. Il controllo dell'appropriatezza deve essere rivolto a tutte le Strutture Sanitarie Pubbliche e Private Accreditate, che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero. Le attività di controllo sull'appropriatezza saranno effettuate secondo gli indirizzi per l'effettuazione rispettivamente dei **controlli ed analisi sugli archivi SDO** e dei **controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO** contenuti nel Decreto n. 53 del 4/7/2011. Per entrambe le modalità di controllo sono previsti due livelli, un controllo interno, da parte degli erogatori sul proprio erogato, ed un controllo esterno, da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie sugli erogatori privati territorialmente di competenza.

n. Accreditamento.

L'accreditamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti autorizzati, possono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale. L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale e locale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, e successive modificazioni ed integrazioni, da stipularsi nell'ambito della disciplina vigente secondo i principi di imparzialità e trasparenza. L'Azienda Sanitaria definisce e stipula contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, sulla base dei piani annuali preventivi e della valutazione dei bisogni di prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa e dei livelli assistenziali stabiliti dalla programmazione regionale, e nel rispetto delle norme sulla trasparenza e pubblicità di cui al D.Lgs. n. 33/2013 per come recepito dall'ASP di Cosenza con delibera del D.G.

o. Innovazione gestionale e tecnologica

Con l'innovazione tecnologica l'azienda intende rispondere alle esigenze di innovazione organizzativa e tecnologica dell'ASP raggruppando le fasi di studio, progettazione, sviluppo, implementazione, supporto e gestione soprattutto nel settore delle architetture telematiche (reti, telefonia fissa e mobile).

Settore strategico per un'azienda sanitaria che, nel fornire una risposta alle esigenze della popolazione, ha il compito di far dialogare un elevato numero di professionisti, operanti in strutture dislocate anche a notevole distanza tra loro.

I principi di economia aziendale la rendono di difficile applicazione nell'ambito delle aziende sanitarie, che si trovano a bilanciare l'importanza delle economie di scala e della specializzazione da una parte, e del governo di fenomeni complessi dall'altra. Ciò implica la necessità di superare logiche obsolete di gestione e di considerare l'innovazione organizzativa l'espressione della capacità di intuire ed assecondare i mutamenti del contesto socio-ambientale di riferimento.

In questa prospettiva, un ruolo fondamentale hanno le seguenti dimensioni:

- innovazione tecnologica (Health Technology Assessment);
- decentramento gestionale e sistema "per progetti";
- processi comunicativi della gestione aziendale;
- gestione integrata dei flussi informativi;
- implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Le nuove frontiere tecnologiche sono opportunità che aprono spazi d'interventi che consentono di recuperare il gap assistenziale e di modulare meglio la spesa.

Parte degli investimenti che necessita la nostra sanità devono essere indirizzati verso l'innovazione tecnologica che può ridurre il gap tecnologico con altre realtà consentendo, con la disponibilità di una mole di informazioni, una migliorata capacità gestionale del management, ed un potenziamento delle attività sanitarie attraverso la telemedicina.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

p. Le criticità da affrontare nella ASP di Cosenza sono:

L'orografia del nostro territorio, il sistema di urgenza-emergenza in rete, la popolazione tendente all'invecchiamento e residente spesso in zone difficilmente raggiungibili, la carenza di personale Medico e Paramedico, le liste d'attesa lunghe ed un parco macchine obsoleto.

Per far fronte a queste gravi problematiche, già da qualche anno anche le strutture ospedaliere della provincia cosentina hanno aderito alla Information Technology, conciliando il bisogno di efficienza con quello di abbattimento dei costi.

Il passaggio dal cartaceo alla modalità paperless permette di velocizzare i tempi di completamento dell'indagine diagnostica, eliminando i tempi morti legati alla gestione dei dati e al loro recupero nel tempo, riduce i costi legati alla gestione degli archivi e allo smaltimento dei materiali di rifiuto, ottimizza le condizioni di lavoro del personale, facilita e velocizza la condivisione di dati fra colleghi fisicamente distanti, grazie a differenti procedure integrate fra loro.

Il Progetto di Telemedicina per l'ASP di Cosenza ha già interessato diversi settori quali:

p.1. Telecardiologia

p.2. Teleradiologia

p.3 Telemedicina

p.1. Telecardiologia:

In alcune realtà aziendali già da tempo è stato acquisito un Sistema Informativo Cardiovascolare che inizialmente coinvolgeva operativamente l'U.O. di Cardiologia di Castrovillari come "Centro Consulente", i reparti dello stesso P.O., il Pronto Soccorso e le ambulanze del 118 di Castrovillari, Lungro, Mormanno e San Marco Argentano. Il Progetto prevedeva infatti un sistema intraospedaliero ed un sistema extraospedaliero, per la creazione di una banca data di immagini ecografiche e referti, molto utile per il confronto del dato in emergenza.

Nel corso del 2015 e del 2016, si è concretizzata l'estensione del Sistema alle ambulanze (con l'utilizzo di monitor-defibrillatori che, oltre a trasmettere via etere il tracciato ECG possono, in caso di necessità, effettuare una immediata scarica di rianimazione), che permette di definire, durante il trasporto, sia immediata diagnosi e intervento che destinazione dello stesso paziente presso il servizio/presidio ospedaliero più idoneo (UTIC, Emodinamica, ecc.), evitando spostamenti impropri ed inutili perdite di tempo.

Il sistema, è già proteso a tutto il territorio dell'Azienda con l'obiettivo di coinvolgere non solo le emergenze, ma anche pazienti cardiopatici "cronici" come i portatori di pacemaker/ICD o con scompenso cardiaco, in tutti i punti di assistenza dell'Azienda, nonché gli ambulatori, le sedi UCCP/AFT, il domicilio del pz., ecc.

p.2 Teleradiologia:

Nella ASP di Cosenza da anni è stato attivato un progetto di Teleradiologia che ha coinvolto diversi Presidi dell'Azienda integrato con il sistema RIS-PAX. L'Azienda ha realizzato collegamenti tra diversi Presidi e strutture anche se le diverse tecnologie ereditate da ASL diverse prima dell'accorpamento in ASP ancora rappresentano una difficoltà nel completamento della rete.

L'obiettivo nel corso dell'anno 2015 è stato quello di istituzionalizzare il servizio di teleradiologia, con abbattimento dei costi, che da anni veniva gestito attraverso un progetto sperimentale; altro traguardo raggiunto è stato quello di ampliare la rete a tutti i presidi e servizi dotati di diagnostica strumentale unificando tutti i sistemi RIS-PACS esistenti sul territorio, con l'utilizzo di un unico database RIS, integrato con l'anagrafica regionale, e database PACS condivisi comportando un miglioramento del servizio stesso. Ciò diviene ancora più importante in considerazione della trasformazione di alcuni presidi ospedalieri in CAPT/Case della salute che continueranno ad erogare servizi con modalità diverse e per questo si rende necessario un collegamento telematico in rete ed integrato con tutte le strutture. Il sistema garantisce l'assistenza continua radiologica, basandosi su un unico sistema RIS, con anagrafica unica dei pazienti, e quindi possibilità di consultazione retroattive. Il servizio di tele-radiologia è attivo su tutto il



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

territorio aziendale, e nel corso dell'anno 2017 potrà sicuramente essere perfezionato con l'ampliamento della tele-gestione all'interno di ogni singolo reparto e l'integrazione con altre forme di gestione delle informazioni relative al paziente.

p.3 Telemedicina:

Nel corso dell'anno 2016, la gestione si è posta come obiettivo a medio termine quello di continuare a favorire lo sviluppo della telemedicina in tutte le sue forme nell'ambito aziendale, in modo da migliorare l'offerta dei servizi sanitari, e rendere disponibili le informazioni necessarie a ridurre i passaggi burocratici e semplificare la fruizione dei servizi.

Durante l'anno 2015 è stata portata a termine la gara per l'acquisto di n° 20 ambulanze supertecnologiche, che sono state consegnate in due tranches, a tutte le postazioni di 118 dell'azienda; sono state acquistate anche 5 ambulanze per lo STEN e STAM per le emergenze neonatali e delle donne gravide e nel corso dell'anno 2016 è stato avviato il servizio e la formazione degli operatori nell'ambito degli Spoke e dell'Hub, per come previsto nel progetto iniziale.

Nel corso del 2017, compatibilmente con i tempi dettati dalle attività regionali, si potrà dare seguito alla implementazione del fascicolo sanitario elettronico.

p.4 Revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi

a. L'obiettivo prende spunto dalla corretta applicazione delle linee guida sulla spending review, relativamente alla spesa per beni e servizi: tuttavia la natura della spending review deve essere inquadrata in un più ampio contesto di riorganizzazione e miglioramento dei processi organizzativi aziendali e delle modalità di erogazione dei servizi sanitari, tale da consentire una riduzione dei costi con invarianza dei servizi offerti. Ciò può e deve essere ottenuto attraverso una necessaria ed incisiva azione che mira ad una più efficiente organizzazione, alla eliminazione degli sprechi ed alla realizzazione di economie negli acquisti, raggiungibile con un radicale cambiamento culturale e procedurale all'interno dell'Azienda e con l'introduzione di nuovi strumenti gestionali che nell'arco del triennio possano consentire una gestione budgetaria puntuale e completa.

Infatti l'incremento continuo dei costi dei farmaci innovativi e delle nuove tecnologie emergenti non consentono un sensibile controllo dei costi senza incidere anche sulla qualità dell'assistenza, se non attraverso una esatta ripartizione di quelli che sono i costi sorgenti, per come già annunciato in sede di definizione del documento finanziario nazionale.



q. Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza.

Con la legge n° 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", meglio nota come "Legge Anticorruzione", il legislatore ha introdotto nell'ambito dell'ordinamento giuridico italiano una specifica normativa intesa a rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto della corruzione all'interno delle PP.AA.

Il comparto disciplinare in materia di prevenzione della corruzione è stato completato dai seguenti principali decreti attuativi:

- il D.Lgs. n° 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", entrato in vigore il 20 aprile 2013, il quale pone in capo alle PP.AA. specifici obblighi di pubblicazione sui propri siti informatici per le attività amministrative di competenza;
- il D.Lgs. n° 39 dell'8 aprile 2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n° 190", entrato in vigore il 4 maggio 2013, che disciplina le cause di inconferibilità e incompatibilità degli esponenti della P.A., e delle entità privatistiche partecipate (con Delibera ANAC n° 149 del 22 dicembre 2014 è stato peraltro chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario);
- il Decreto del Presidente della Repubblica n° 62 del 16 aprile 2013 (Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, approvato in attuazione dell'art. 54 del d.lgs. n° 165 del 2001, come sostituito dalla legge n° 190/2012).

In attuazione della legge 190/2012, con Delibera dell'ANAC (ex C.I.V.I.T.) n° 72 dell'11 settembre 2013, è stato altresì adottato il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), aggiornato, e la cui funzione principale è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, elaborate a livello nazionale e internazionale, prevedendo l'adozione di specifiche azioni e misure finalizzate alla prevenzione della corruzione. Il Piano è stato revisionato con l'adozione del Piano Nazionale Anticorruzione anno 2016, adottato dall'ANAC con delibera n° 831 del 3 agosto 2016. In attuazione delle disposizioni sopracitate questa ASP con Delibera del D.G. n° 207 del 30/01/2014 si è dotata del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2014-2016, aggiornata con delibera n° 245 del 28/01/2015 e con delibera n° 26 del 29/01/2016, pubblicati sul sito dell'ASP di Cosenza, contenente le attività, le aree a rischio, i rischi specifici, le misure obbligatorie da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici. La stessa programmazione è stata definita ed approvata per la Trasparenza, con l'adozione del Piano Triennale per la Trasparenza negli anni 2014 (Delibera 206 del 30/01/2014) 2015 (Delibera n° 247 del 28/01/2015) e 2016 (Delibera n° 26 del 29/01/2016), ai sensi del D.Lgs. 33/13. L'ASP di Cosenza si è altresì dotata di un Codice di comportamento con Delibera del Direttore Generale n°3374 del 15/12/2013. La programmazione sopra indicata è stata portata avanti negli anni, con l'approvazione delle diverse misure obbligatorie, primariamente la misura relativa alla trasparenza, con l'allestimento ed aggiornamento del sito aziendale www.asp.cosenza.it, l'adozione della Policy sul Wistleblowing, la formazione generale del personale sulle tematiche relative all'etica ed alla legalità e la formazione specifica destinata ai Responsabili e ai dipendenti operanti nelle aree a rischio, la individuazione delle aree a rischio e la mappatura dei processi. Si è poi aperta la discussione per la individuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione, sia obbligatorie che ulteriori, ed in particolare della misura relativa alla rotazione del personale.

Nel corso dell'anno 2016, in considerazione della prevista scadenza, a seguito di avviso pubblico, è stato nominato un nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione (del. 1614 del 6 ottobre 2016) tenendo conto anche delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 e nel recente nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottato dall'ANAC ad agosto scorso con determina n° 831.

L'impegno della Direzione strategica dell'ASP di Cosenza, per il 2017 ed anni seguenti, sarà quello di favorire in ogni modo la corretta e completa applicazione delle indicazioni specifiche fornite dal PNA e delle misure previste nel relativo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, in costante soluzione,



affinamento e miglioramento, concretamente attuabili con gli opportuni adattamenti di contesto e con gli strumenti disponibili, con lo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto di eventuali fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo. In particolare, questa ASP si pone quale obiettivo strategico di medio-lungo termine quello di innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario aziendale, a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative in cui si articola. Per realizzare questi obiettivi, saranno necessari interventi tra loro correlati la cui realizzazione richiede necessariamente un forte investimento formativo, soprattutto sul RPC e, a cascata, su tutti coloro che intervengono nei processi di costruzione ed attuazione delle azioni dei PTPC. Ciò affinché tutti i soggetti siano in grado di realizzare al meglio le misure e le indicazioni contenute nel PNA, per come recepite dal PTPCT per realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione, e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

7. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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

7.1 Ambiti di Valutazione:

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

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

7.2 Criteri e Scale di valutazione.

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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

La puntuale temporizzazione delle attività e le modalità di negoziazione e assegnazione dei budget, sono legate a fattori esogeni (la programmazione regionale) ed endogeni (organizzazione e stili di direzione).

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

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

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

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

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

* Legenda:

R = Regione;

DG = Direttore Generale;

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

I = Individuo;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

CG = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo;

RU = Risorse Umane;

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

OO.SS. = Sindacato o RSU;

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

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

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

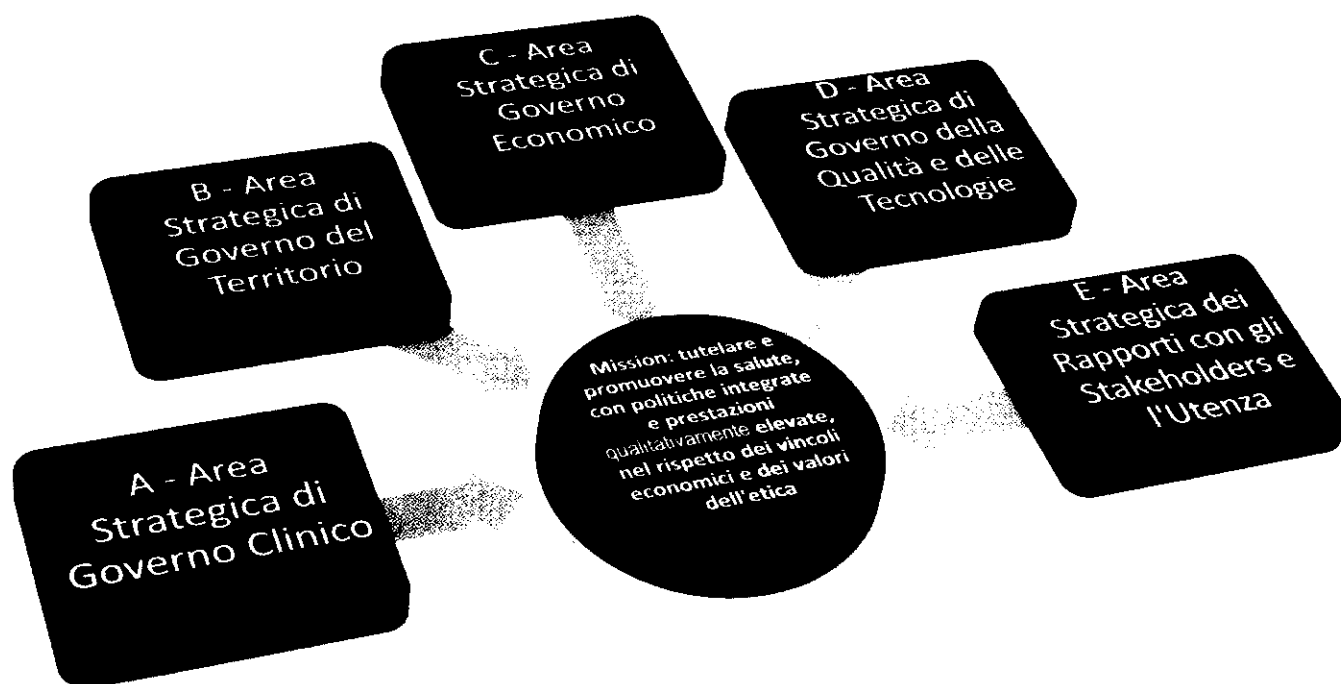
3	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	OO.SS.	TEMPI (ENTRO)
	1. Definizione scheda di valutazione		☐				☒		☐	
	2. Compilazione scheda di valutazione			☐			☒			Giugno
	3. Pesatura obiettivi competenze		☒	☐						
	4. Verifica di benchmark schede						☐	☒		
	5. Colloquio su scheda			☒	☐					
	6. Valutazione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



8. Albero della Performance.

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

Le funzioni fondamentali svolte dall'ASP di Cosenza si articolano in 5 Aree Strategiche che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:





**A)
Area
Strategica
Governò
Clinico**

Miglioramento qualità
e ottimizzazione degli
attuali LEA

Riorganizzazione
Reti assistenziali

Riduzione Liste
d'attesa

Gestione del
rischio clinico

**B)
Area Strategica
Governò del
Territorio**

Cure Primarie e
Rete
Territoriale

Assistenza
ospedaliera.
Integrazione
territorio-
ospedale

Definizione di
linee guida per
l'individuazione
dei PDTA e
riabilitativi

**C)
Area
Strategica
Governò
Economico**

Monitoraggio
spesa sanitaria

Efficientamento
della Gestione

Percorsi
attuativi di
certificabilità
(PAC)

Riequilibrio
del saldo
della mobilità
sanitaria
aziendale

**D)
Area
Strategica
Governò
della
Qualità e
Tecnologia**

Implementazione
Flussi informativi.
Completezza e
qualità dei Dati

Adesione al piano
regionale di
efficientamento
del Fascicolo
Sanitario
Elettronico

**E)
Area
Strategica
Rapporti
con Utente**

Informazione e
comunicazione ai
cittadini.
rafforzamento del
legame di fiducia
utenti/servizio
sanitario

Implementazione
politica di
prevenzione della
corruzione e
trasparenza.
Rispetto delle
norme sulla Privacy



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

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

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

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

a. Collegamento degli obiettivi con le risorse.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili, previste dalla programmazione economica aziendale. Dunque, non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. La Struttura Programmazione e Controllo esplicita i criteri di assegnazione dei budget in coerenza con la programmazione economica aziendale (in relazione alla disponibilità di dati analitici derivanti dal sistema di Co.An.), e provvede a segnalare alla SOC Economico-Finanziaria, eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di budget.

b. Monitoraggio in corso di esercizio.

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

c. Meccanismi di retroazione.

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

d. Misurazione e Valutazione della performance.

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

e. Collegamento con il sistema premiante.

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

f. Rendicontazione.

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

g. Procedure di conciliazione.

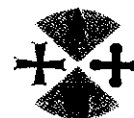
Eventuali contestazioni rispetto ai risultati della misurazione degli obiettivi sono eccepiti dal Direttore SOC e dal Responsabile della SOS dipartimentale attraverso motivata istanza di revisione formulata all'Ufficio di Conciliazione. Le conclusioni del contraddittorio sono rimesse alla Direzione Strategica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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

9. Linee Programmatiche ASP

L'Azienda Sanitaria provinciale, sottoposta ai vincoli dettati dal Piano di Rientro, ha operato e continua ad operare prettamente nella rimodulazione dell'intero sistema organizzativo, nella definizione del fabbisogno delle risorse umane e materiali, nella predisposizione di regolamenti finalizzati all'uniformità dei comportamenti, nella gestione del personale e nell'approvvigionamento di beni e servizi, nella definizione di procedure finalizzate al contenimento ed alla razionalizzazione della spesa. Tuttavia fondamentale per la gestione di un sistema complesso come l'Azienda sanitaria provinciale di Cosenza è la definizione di una organizzazione chiara e ben definita, che manca dal momento dell'accorpamento delle ASL, avvenuto nel lontano 2007.

In questa ottica, a seguito delle linee guida regionali di cui al DCA n° 130/2015 (linee guida per la redazione degli atti aziendali), l'Azienda sanitaria con la delibera n° 1397 del 29/08/2016 ha adottato l'atto aziendale, tutt'ora sottoposto al vaglio del Dipartimento salute della regione Calabria e della struttura Commissariale.

L'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione Calabria consentirà la effettiva e concreta realizzazione, sotto il profilo organizzativo e funzionale, dell'ottimizzazione della gestione, con netto miglioramento dell'efficienza, della razionalizzazione dei costi nonché della riorganizzazione di strutture e servizi amministrativi e sanitari.

La pianificazione delle attività per l'anno 2017, nonostante la mancanza di un piano sanitario regionale, di un riparto regionale sulla base di quota capitaria di finanziamento riferito ai livelli uniformi di assistenza sanitaria e dell'approvazione dell'atto aziendale, è stata elaborata nell'ottica del superamento delle criticità derivanti dal processo di accorpamento, e scaturisce da indirizzi programmatici che l'Azienda ha individuato sulla base degli obiettivi di salute nazionali, del piano di rientro e del fabbisogno aziendale di salute stimato. In questi ultimi anni la normativa nazionale e regionale, in materia di organizzazione sanitaria, ha ridimensionato fortemente il ruolo che l'ospedale deve svolgere nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne la diagnosi ed il trattamento delle patologie cronico - degenerative. Tale consapevolezza ha determinato negli ultimi anni un cambiamento - nel senso della diversificazione dei ruoli delle strutture sanitarie coinvolte nei percorsi clinico - assistenziali - che tende sempre più a valorizzare le strutture sanitarie territoriali, in quanto più adatte a fornire risposte adeguate a soddisfare la domanda espressa dalle popolazioni.

Tale situazione è sicuramente determinata dalle significative variazioni intervenute negli ultimi decenni nel quadro demografico e nello stato di salute delle popolazioni. In particolare, dati relativi ai paesi industrializzati evidenziano chiaramente un allungamento della vita media delle persone ed un significativo cambiamento delle condizioni di salute, riconducibili alla riduzione delle patologie acute ed all'incremento di quelle croniche, con maggior prevalenza nelle fasce di età superiori ai 65 anni.

Questi profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici hanno indotto, inevitabilmente, a dover riprogettare i processi assistenziali in funzione dei cambiamenti sopra indicati. In particolar modo si è dovuto procedere ad una riorganizzazione della rete ospedaliera, finalizzata a garantire la presenza sul territorio di poche e qualificate strutture ad alto contenuto tecnologico, con adeguate professionalità e condizioni strutturali conformi agli standard definiti dai sistemi per l'accreditamento istituzionale, così da garantire al cittadino prestazioni sanitarie quali - quantitativamente adeguate ed in condizioni di massima sicurezza.

In questo contesto, è risultato necessario avviare quelle azioni che potessero determinare, da un lato la presenza sul territorio di pochi ospedali in grado di garantire la diagnosi ed il trattamento delle patologie a carattere acuto, e dall'altro potenziare il ruolo e le funzioni delle strutture sanitarie territoriali necessarie per il trattamento delle patologie a carattere cronico - degenerativo.

E' stato quindi avviato anche nella ASP di Cosenza il processo di riorganizzazione, attraverso la riconversione delle attività, nella direzione della diversificazione, al fine di garantire una più ampia gamma di prestazioni sanitarie.

E' solo attraverso questo processo che si possono recuperare e riallocare quelle risorse necessarie a



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

garantire la piena efficacia ed efficienza delle strutture ospedaliere e favorire il pieno funzionamento delle attività territoriali distrettuali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ospedalizzazione domiciliare, le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché le residenze sanitarie assistite per anziani e disabili, e l'attivazione delle UCCP e delle AFT in tutti i Distretti.

Alla luce delle suddette considerazioni, le linee programmatiche della ASP di Cosenza sono state individuate nel piano di attività anno 2017 per come di seguito riportato:

- Proseguire nel processo di riorganizzazione aziendale, con l'attribuzione formale delle funzioni dirigenziali sanitarie e tecnico-amministrative, nonché individuazione di compiti e responsabilità nell'area del comparto, secondo l'atto aziendale in corso di approvazione, e disposizioni del Commissario ad Acta e del Dipartimento salute;
- Ridurre/Eliminare le carenze e le criticità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- Riordinare l'assistenza ospedaliera territoriale e potenziamento dell'emergenza/urgenza secondo le indicazioni ed il Piano definito con il livello regionale;
- Ridefinire il fabbisogno di personale nel periodo di riferimento in relazione alle mutate esigenze organizzative dell'ASP e ricostituire al minimo funzionale le dotazioni organiche della dirigenza medica e del comparto, sempre a seguito della **corretta attribuzione all'ASP, da parte del livello regionale, di risorse umane e tecnologiche** nel rispetto dei requisiti minimi organizzativi previsti dalle normative vigenti;
- Contenere ed abbattere le liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale;
- Razionalizzare e ridurre la spesa farmaceutica perseguendo le indicazioni ministeriali e regionali;
- Ridurre la mobilità sanitaria extraregionale, attraverso un incremento della attrazione qualitativa;
- Migliorare ed ottimizzare l'assistenza agli anziani ed ai disabili, l'integrazione ospedale territorio e l'assistenza domiciliare;
- Migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- Gestire la carenza e la mobilità del personale;
- Implementare il sistema di programmazione e controllo e migliorare il processo di misurazione delle performance.
- Implementare e ottimizzare il sistema di valutazione del personale.
- Implementare il sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza attraverso una sempre migliore sinergia tra le azioni definite nel Piano Triennale della Prevenzione Corruzione, ed il Piano delle Performance dell'ASP di Cosenza;
- Definire la ricognizione dei beni mobili ed immobili.
- Monitorare e rendicontare le prestazioni rese a stranieri Temporaneamente presenti (STP) e stranieri che a qualsiasi titolo usufruiscono di prestazioni sanitarie soggette a recupero dei crediti per rimborso da parte del Ministero dell'Interno o delle Nazioni di provenienza.
- Promuovere specifiche politiche aziendali finalizzate alla valorizzazione, allo sviluppo ed alla crescita professionale delle risorse umane (attraverso preventive attività di mappatura delle professionalità di tutti gli operatori dell'ASP).
- Attivare la funzione di Internal Auditing finalizzata a monitorare non solo il corretto utilizzo delle risorse economiche, finanziarie e patrimoniali, ma anche la corretta esecuzione ed attuazione dei contratti di forniture dei servizi oltre che il rispetto dell'orario di lavoro e dei beni aziendali.



9.1 Gli Obiettivi Strategici Aziendali.

Ai fini della negoziazione del budget di I° e II° livello, tenuto conto anche del DPGR n° 34/2014 e s.m.i., gli obiettivi della Direzione Strategica sono individuati per come di seguito specificato:

1. Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori.
2. Implementazione del sistema di Programmazione e Controllo e del processo di budgeting con monitoraggio della quadratura dei dati di contabilità generale con la contabilità analitica secondo il piano regionale.
3. Garantire la completezza, tempestività e qualità dei dati e delle informazioni necessarie per orientare la programmazione strategica aziendale, e garantire il debito informativo aziendale alle istituzioni richiedenti.
4. Razionalizzazione e monitoraggio della spesa;
5. Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia.
6. Favorire lo sviluppo di una riorganizzazione delle reti assistenziali per intensità di cure.
7. Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.
8. Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti).
9. Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico).
10. Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;
11. Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;
12. Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti.
13. Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.
14. Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DPGR n° 126 del 02/12/2011 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
15. Miglioramento ed ottimizzazione degli attuali livelli assistenziali.
16. Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria mediante la realizzazione dell'integrazione Ospedale-Territorio".
17. Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
18. Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
19. Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, anche attraverso la somministrazione di questionari predisposti.
20. Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione dei Dipartimenti funzionali, integrati con le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.
21. Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.
22. Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;



23. Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.
24. Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette ad efficientare la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.
25. Adesione al piano di accelerazione e efficientamento del fascicolo sanitario a seguito della messa a disposizione da parte della Regione delle infrastrutture e delle banche dati.
26. Assolvimento, da parte del Dirigente medico di presidio, a tutti i compiti assegnati allo stesso (D.lgvo 502/92, art. 4, c.9), ed in particolare per le funzioni igienico sanitarie, requisiti tecnico-organizzativi e strutturali, e sorveglianza in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

9.2 Obiettivi di miglioramento e sviluppo organizzativo

- Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali.
- Garanzia dei livelli essenziali di assistenza per come definiti dal DPCM sui LEA e dai provvedimenti attuativi regionali.
- Aggiornamento e processo di riqualificazione professionale del personale attraverso specifici precorsi formativi (applicazione piano di formazione e di educazione continua in medicina - ECM).
- Corretta gestione dei flussi informativi conforme ai tempi e contenuti previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali.
- Adeguamento dell'organico in relazione alla tipologia, ai volumi di prestazioni ed agli standards qualitativi da garantire compatibilmente con l'approvazione dell'atto aziendale e della dotazione organica da parte della Regione (piano di assunzioni).
- Contenimento, monitoraggio e verifica della spesa del personale (patto per la salute).
- Obbligo del raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio.
- Monitoraggio della spesa per come previsto dal nuovo sistema informativo sanitario.
- Completamento della implementazione della contabilità analitica per centri di costo ai fini dell'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati e quadratura CO.GE/CO.AN..
- Implementazione della contabilità direzionale e del processo di budgeting.
- Monitoraggio di eventi sentinella: nel corso del 2017 saranno monitorati costantemente gli eventi di cui alla circolare ministeriale n° 1628 DGPROG3/P del 23/01/2007 e s.m.i.
- Razionalizzazione della libera professione intramoenia secondo i dettami e le disposizioni nazionali e regionali, nei rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.

9.3 Obiettivi Aziendali Interdipartimentali.

Il piano delle attività interdipartimentali dovrà riguardare prioritariamente le seguenti integrazioni:

- Le attività di Medicina - lungodegenza e riabilitazione, con le cure primarie (Hospice, Assistenza specialistica), la tutela anziani e disabili, per la verifica e valutazione dei percorsi assistenziali di numerose patologie croniche che possono trovare adeguata risposta sul territorio.
- Il Dipartimento di Salute Mentale con le strutture territoriali del servizio cure primarie, tutela famiglie, donne ed infanzia, nell'ambito della prevenzione di numerose condizioni relative al disagio giovanile, e coordinamento delle attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale.
- Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza con il dipartimento di Prevenzione ed il servizio cure primarie per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria della Cardiopatia Ischemica, dello stroke, e delle fratture di femore.
- Il Dipartimento di Prevenzione con il Dipartimento di Chirurgia per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce di alcune patologie tumorali.
- Il Dipartimento Materno infantile con le strutture territoriali (consultori materno infantile e pediatri di libera scelta) e con l'A.O. per la tutela del percorso nascita.



- Il Dipartimento Farmaceutico Ospedale Territorio si integra a cerniera nei contesti preposti a diagnosi e cura.
- L'area Amministrativa, l'UOC Programmazione e controllo e le strutture sanitarie (Ospedali, Distretti, Dipartimenti) con il RPCT al fine di definire percorsi che garantiscano la piena applicazione della Legge 190/2012 e D.Lgs. 33/2013, e con gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali al fine di garantire, nei processi clinico/assistenziali, l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza organizzativa e gestionale.

Le integrazioni dovranno favorire lo sviluppo e l'implementazione di procedure diagnostico-terapeutiche condivise.

10. Piano di Budget Anno 2017.

L'Azienda anche per l'anno 2017 si pone come obiettivo qualificante quello di implementare l'attuazione del sistema di budget introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l'obiettivo di correggere le penalizzazioni esistenti in determinati settori di assistenza. Gli obiettivi e le attività definiti nel Piano attuativo e dettagliato nel Piano delle performance, saranno trasferiti annualmente alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di budgeting che, attivato nel corso del 2013, è stato avviato per macrostrutture nel 2014-15 (CDR di I° livello), è stato negoziato per U.O.C. e U.O.S.D. nel 2016 (CDR di II° livello), e dovrà essere ulteriormente implementato nel 2017 con il coinvolgimento a tutti i livelli.

La misurazione delle performance relative agli indirizzi, alle azioni ed ai risultati, definiti nel corso della negoziazione del budget, renderà possibile, tra l'altro, la verifica del raggiungimento dei risultati e la valutazione del personale dirigente e la conseguente retribuzione di risultato o produttività prevista.

Per il 2017 l'entità dello sviluppo del processo di budget, continuerà ad essere direttamente proporzionale alla risoluzione e superamento delle criticità ancora presenti, nelle varie fasi del sistema di programmazione e controllo, nonché allo sviluppo e completamento del sistema informativo aziendale, della contabilità direzionale, della definizione dell'assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali.

Ai fini della negoziazione, i destinatari del budget saranno tutti i Direttori di struttura complessa, i Dirigenti responsabili di Struttura semplice a valenza dipartimentale o in Staff della Direzione aziendale. Il budget sarà articolato pertanto su tre livelli di responsabilità, revisionati nel presente piano rispetto alla procedura descritta nel piano delle attività anno 2017:

- livello aziendale:** si tratta del budget generale d'azienda ed è determinato dalla somma dei budget relativi alle macroarticolazioni organizzative, integrato dal budget della Direzione Strategica e degli organismi di staff nel quale sono evidenziati i progetti aziendali;
- livello macroarticolazione organizzativa (macrostruttura/dipartimento):** con tale termine ci si riferisce ad un'aggregazione di strutture complesse autonome coordinate da un responsabile (per es. Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute mentale, Distretti - CdR I° livello). Il budget di CdR di livello I° è definito dalla somma dei budget delle unità operative afferenti alla macroarticolazione, integrata dagli obiettivi/progetti gestiti direttamente dal livello superiore;
- livello di struttura complessa autonoma o semplice dipartimentale:** rappresenta un livello di responsabilità subordinato (CdR I° livello). Il CdR di livello I° rappresenta il livello operativo dotato di autonomia gestionale, ancorché coordinati funzionalmente dai relativi dipartimenti, rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (per es. Reparto, Servizio, Unità Operativa) nella ASP di Cosenza.

Il processo di budget sarà articolato nei Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello (per ogni struttura dovrà essere predisposto un budget analitico per C.d.R.), per come di seguito specificato:



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

a. Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

- Budget di I° livello: Negoziazione con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione;
- Budget di II° livello: Negoziazione con le Strutture e semplici dipartimentali afferenti al Dipartimento di Prevenzione;

b. Budget Area Territoriale:

- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Nord;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Sud;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Tirreno
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Pollino/Esaro;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Valle Crati;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Cosenza;
- Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto-ordinate;

c. Budget Area Ospedaliera:

- Budget I° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali CdR afferenti all'area ospedaliera;

d. Budget Dipartimenti Strutturale di Salute Mentale:

- Budget I° livello: Negoziazione con la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale;
- Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto-ordinate;

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

- Budget I° livello strutture operative di supporto: negoziazione di obiettivi con le strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti al Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico, e da questi condivisi, nonché alla Direzione Strategica.,

f. Dipartimenti Funzionali:

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

g. Direzione Spoke:

- I Direttori degli Spoke negoziano un budget di I° livello per le attività specifiche igienico-sanitarie di competenza del CDR (compiti del Dirigente medico di presidio, D.lgvo 502/92, art. 4, c.9, ed in particolare per le funzioni igienico sanitarie, requisiti tecnico-organizzativi e strutturali, e sorveglianza in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro) e partecipano alla negoziazione degli obiettivi di budget di I° livello, per i CDR afferenti allo Spoke, nell'ottica di una integrazione matriciale delle azioni da intraprendere, e secondo le indicazioni derivanti dal comitato di budget della ASP di Cosenza.

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

La negoziazione del Budget sarà supportata dal comitato di Budget che per obiettivi ritenuti strategici, potrà individuare particolari modalità di assegnazione degli stessi.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

11.1° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:

Il Dipartimento di Prevenzione è caratterizzato da autonomia organizzativa e contabile, è centro di responsabilità ed è destinatario del budget complessivo dell'area alla quale rispondono le unità operative afferenti. E' preposto alla direzione tecnico-organizzativa e al coordinamento delle attività necessarie a garantire il livello essenziale "assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro". Le prestazioni e le attività che il Dipartimento deve erogare sono quelle indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. e nei provvedimenti regionali attuativi, in cui sono riportate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola. Devono essere garantite attraverso l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza e ambientali, assicurando l'intersectorialità e l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di attività. Gli obiettivi generali da perseguire saranno:

- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi nell'anno 2016;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2016;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
- Contenimento, per il 2017, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2016, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente e razionalizzazione della spesa;
- Razionalizzazione del personale;
- Miglioramento performance;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali;
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intra - aziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;

Gli obiettivi analitici, le azioni ed i relativi indicatori saranno definiti nella scheda di budget specifica del Dipartimento di Prevenzione.

APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Obiettivi aziendali per il 2017 sono il completamento della riorganizzazione del Dipartimento in Unità Operative tendenti ad accorpate attività omogenee, secondo le indicazioni regionali, e successivamente, l'individuazione da parte dei Responsabili delle UU.OO., di quelle prestazioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione per le quali è documentata la scarsa utilità, in favore di quelle per le quali è documentata l'efficacia, e di quelle programmabili e accentrabili a livello distrettuale, come indicato nell'Atto di Indirizzo alla Aziende per l'adozione degli Atti Aziendali, ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e a garantire l'equilibrio tra le attività svolte e i relativi costi.

La verifica sull'appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Responsabili dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, che semestralmente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (OIV-NAVS, P.e.C., D.G.).

OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2017:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, stabiliscono la necessità di produrre un programma di



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

lavoro caratterizzato dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici di seguito individuati per l'anno 2017, ed erogare le attività esplicitate nel piano in allegato.

Di particolare rilievo il programma regionale di controllo produzione primaria, piano sicurezza alimentare, evasione obiettivi di piano regionali per il servizio veterinario.

L'Azienda nel corso dell'anno 2016 ha erogato principalmente le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in considerazione delle risorse scarse a disposizione. Al fine di monitorare e rendicontare i costi sostenuti per le attività del PRP e dotare l'Azienda di uno strumento che le consenta di produrre un preciso flusso informativo per la Direzione Strategica nonché per la Regione Calabria, con delibera 3696/11 è stato individuato lo "strumento contabile dedicato all'impegno, al monitoraggio dei flussi economici e alla rendicontazione dei costi sostenuti per l'Attuazione del PRP".

Di conseguenza, il Dipartimento di prevenzione e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2017 e riportati nell'allegato Piano delle attività relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione, meglio specificati nel piano delle performance 2017, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting, ed in parte di seguito elencati:

- a. Garanzia dei LEA di cui al DPCM 29/11/201 e s.m.i.
- b. Gestione e monitoraggio delle politiche di screening attraverso la definizione di:
 - Raccomandazioni/Linee guida;
 - Protocolli operativi;
 - Procedure organizzative e funzionali;
 - Percorsi integrati ospedale/territorio;
 - Definizione campagne di partecipazione ai percorsi di prevenzione;
 - Rilevamento numero cittadini che partecipano alle campagne di prevenzione/screening rapportato al numero totale di popolazione interessata.
- b. Gestione ed attuazione degli obiettivi individuati nel Piano Regionale della Prevenzione vigente, compatibilmente con la disponibilità di risorse umane e tecnologiche.

*** Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget anno 2017 del singolo CDR.**



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

12. II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:

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

PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:

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

I tre principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio al fine di garantire l'assistenza distrettuale sono:

- Passare dai bisogni alle strategie di salute;
- Consentire l'integrazione sociosanitaria;
- Rimodulare l'organizzazione del Distretto;

Le prestazioni e le attività che il Livello Distrettuale dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza distrettuale ed indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di assistenza sanitaria di base, attività di emergenza sanitaria, Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, Assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale, assistenza termale, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni. Ivi sono indicate altresì le articolazioni in sottolivelli adottate. L'erogazione delle prestazioni del livello territoriale deve tenere presente i vincoli del piano di rientro e pertanto gli obiettivi generali da perseguire saranno:

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione e messa a regime dei PL delle RSA pubbliche individuate nei CAPT, Case della salute, etc..) mediante la realizzazione dell' "integrazione Ospedale-Territorio".
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Contenimento del tasso di crescita della spesa farmaceutica rispetto ai valori degli anni precedenti (mediante protocolli operativi con i MMG, ecc.) la distribuzione diretta di farmaci e presidi particolarmente costosi, controllo dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione dei farmaci generici;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale e dell'emergenza entro i tempi stabiliti dai relativi piani regionali e aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.)
- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2016;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2016 dai Distretti sanitari e comunque equilibrio di bilancio;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Razionalizzazione del personale;
- Miglioramento performance;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno e di ricovero;
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intraaziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;

Gli obiettivi generali saranno implementati mediante la individuazione di obiettivi specifici ed azioni al fine di produrre risultati incisivi sia sul piano dell'efficienza che su quella dell'efficacia e dell'appropriatezza dei Servizi. Tutto ciò potrà avvenire mediante un'attenta azione di sorveglianza e quindi di sviluppo delle attività connesse mentre i volumi di prestazioni da erogare, previsti nel piano annuale preventivo per l'anno 2017, sono modulati in funzione delle risorse umane ed economiche disponibili, delle liste di attesa, delle specialità che presentano maggiore domanda nell'ambito territoriale distrettuale, garantendo comunque lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di appropriatezza, per le attività di specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta e tenendo comunque conto degli indicatori standard di prestazioni riportati nel decreto 18/2010 e dei vincoli previsti dal piano di rientro.

APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Gli obiettivi vanno espressi in termini dei risultati attesi, di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (con idonei indicatori di efficacia) e in termini di miglioramento dei risultati attesi di miglioramento della rete di offerta e della sua qualificazione quantitativa e qualitativa.

Costituisce obiettivo aziendale anche per il 2017 l'individuazione, da parte dei Direttori di Distretto e dei Responsabili dei servizi cui afferiscono i sub livelli, di quelle attività per le quali è documentata la inappropriata, di quelle prestazioni svolte per le quali è documentata l'efficacia, e di quelle programmabili od accentrabili a livello distrettuale, ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane nell'ambito del Distretto e limitare i comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici e privati, nonché l'erogazione di prestazioni inappropriate.

La verifica sulla appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Direttori di Distretto, attraverso i responsabili dei servizi afferenti al Distretto stesso ed allo scopo individuati, che trimestralmente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (Direttore Sanitario, NAVS, P.e.C. e D.G.).

OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITÀ' ANNO 2017

Per i fini attuativi dei piani di attività, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria anche per l'anno 2017. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2017, tenuto conto delle linee di



indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il piano delle performance ed il relativo processo di Budgeting, e di seguito elencati in sintesi:

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

➤ Assistenza territoriale: SIAD/ADI; FAR/RSA; EMUR; SISM; SIND; TS; ecc;

Obiettivi ed azioni per i sottolivelli dell'assistenza distrettuale

a. Assistenza sanitaria di base:

1. Incremento integrazione territorio-ospedale:

➤ Attivazione, nei tempi e nelle modalità previste dall'atto aziendale e dagli atti regionali, delle strutture distrettuali per il riequilibrio dell'assistenza territoriale, in via prioritaria:

- Case della salute
- UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)
- AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

2. Gestione Rapporti MMG, PLS, Medici Specialisti e Distretto.

Sicuramente i MMG ed i PLS sono i riferimenti diretti degli utenti, e rappresentano coloro che gestiscono il paziente nelle varie fasi diagnostico-terapeutiche. Solo attraverso il coinvolgimento e la rivalutazione del ruolo del MMG e del Pediatra di L.S. sarà possibile migliorare la qualità dell'assistenza ed il processo di ottimizzazione delle risorse creando nel territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali della popolazione adulta e pediatrica, con riduzione conseguente del ricorso improprio alle strutture di secondo livello.

Le azioni prioritarie che saranno perseguite nell'anno 2017 per l'assistenza sanitaria di base sono:

- Mantenimento e aggiornamento continuo dell'anagrafe assistiti.
- Garantire l'applicazione degli accordi integrativi regionali e locali coerenti con le strategie del PSN.
- Favorire l'attivazione di progetti distrettuali che prevedano il coinvolgimento dei MMG e PLS con riferimento al contenimento della spesa farmaceutica, dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio inappropriati, fascicolo sanitario elettronico, assistenza agli stranieri (cod. STP-PSU).
- Riordino del servizio di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- L'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- Il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere accreditate;
- L'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.



b. Potenziamento Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è una delle funzioni da potenziare per costituire prestazioni alternative ai ricoveri ospedalieri, specie quelli inappropriati,

Considerato che nel territorio dell'A.S.P. l'esperienza di Assistenza Domiciliare è sottoposta alla disponibilità, limitata nel tempo, principalmente per carenza di risorse umane e finanziarie, si avverte la necessità di potenziare il sistema delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), di cui alla DPGR n°12/2011, avente le caratteristiche di un intervento multiprofessionale (co-presenza di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio dell'anziano, in forma "integrata", vale a dire con la partecipazione dei Servizi Sociali dei Comuni e del volontariato), inteso a fornire assistenza sanitaria agli assistiti nel loro consueto ambiente di vita, fra gli affetti familiari, migliorando così la compliance e le condizioni di benessere psicoemotivo e fisico, ed inteso altresì a contrastare il fenomeno del ricovero improprio, favorendo anche le dimissioni precoci.

Per ogni Distretto l'individuazione di una o più equipe consente di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti relativamente alle cure da erogare presso il domicilio, tramite un punto ADI distrettuale unico di accoglienza che opera con modalità concordate con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta ed i Comuni.

Nel 2017 sarà completata e potenziata l'attività dei PUA, Punti Unici di Accesso, quali strumenti fondamentali per la ricezione della domanda di salute dei cittadini e porta di accesso per i servizi socio sanitari territoriali dell'Asp, nonché la prosecuzione ed implementazione di specifiche attività diagnostico-terapeutiche territoriali quali la rete degli ambulatori di Vulnologia, la sperimentazione di un Servizio di Radiologia domiciliare, il completamento delle attività sperimentali di telemedicina nella gestione dei pazienti diabetici e cardiopatici.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare sarà necessario potenziare due tipologie di attività molto importanti e di completamento ai fini della deospedalizzazione e cioè l'assistenza respiratoria domiciliare e la nutrizione artificiale domiciliare (NAD).

REPORT ATTIVITA' CURE DOMICILIARI 2016 (dati SIGEMONA)

ASP	DISTRETTO	SEDE	NUMERO PAZIENTI ADI*	PAZIENTI ANZIANI (>= 65 ANNI)	PAZIENTI TERMINALI
COSENZA	COSENZA SAVUTO		606	514	94
		COSENZA	417	363	83
		ROGLIANO	189	151	11
	JONIO NORD		617	532	76
		CORIGLIANO	202	172	12
		TREBISACCE	415	360	64
	JONIO SUD		559	485	96
		SAN GIOVANNI IN FIORE	216	198	11
		CARIATI	134	119	35
		ROSSANO	209	168	50
	ESARO POLLINO		515	447	52
		CASTROVILLARI	304	263	27
		SAN MARCO ARGENTANO	211	184	25
	TIRRENO		876	762	42
		PAOLA - CETRARO	309	274	5
		AMANTEA	271	234	19
		PRAJA - SCALEA - DIAMANTE	296	254	18
	VALLE CRATI		598	516	132
		RENDE	189	164	74
		TAVERNA di MONTALTO UFFUGO	211	176	56
		ACRI	198	176	2
		TOTALE	3.771	3.256	492



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

c. Cure palliative: “attivazione della rete dei servizi per i malati terminali”

La realizzazione di un sistema integrato di cure a domicilio in grado di garantire i bisogni assistenziali sarà obiettivo prioritario dei Direttori di Distretto ed è anche risorsa strategica per incrementare l'efficacia e per renderne sempre più efficiente la spesa.

L'Asp, nel 2017, si pone l'obiettivo di completare e potenziare la rete delle cure palliative e terapia del dolore, sulla base del sistema Hub/Spoke.

La rete si estrinseca nelle forme assistenziali di attività ambulatoriale, assistenza domiciliare, consulenze palliative (a malati in carico al servizio ADI che hanno raggiunto la fase della terminalità o anche più precocemente per un migliore controllo dei sintomi per i malati terminali), assistenza continuativa (multidisciplinare, specialistica a pazienti multiproblematici, oncologici e non, che presentano una complessità di sintomi e, perciò, bisognevoli anche di un valido supporto di tipo psico-sociale), ricovero diurno o semiresidenziale, e ricovero a ciclo continuo in Hospice.

d. Assistenza ausilica e protesica

1. Razionalizzazione dei costi di ausilica e protesica.

Le attività prevalenti da perseguire ai fini del miglioramento delle performance per l'anno 2017 sono individuabili nella approvazione di un regolamento per il riutilizzo degli ausili dati in comodato d'uso, implementare la ventilo terapia attraverso attività formative ed informatizzazione, uniformare le procedure per l'acquisizione di ausili e monitoraggio della relativa spesa, attivazione del servizio di customer satisfaction fra gli utenti ausili e protesi.

e. Assistenza specialistica ambulatoriale

1. Verifica appropriatezza prestazioni specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni erogate per questo sottolivello ricomprendono le funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate nei poliambulatori distrettuali e nelle strutture accreditate operanti in ciascun distretto, nonché le attività specialistiche ambulatoriali erogate nelle sedi ospedaliere.

La tipologia delle prestazioni ricomprese nel sub livello assistenza specialistica ambulatoriale sono specificate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e s.m.i..

Eventuali altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non espressamente ricomprese nei LEA non sono a carico del SSN e pertanto dei costi derivanti dalla loro eventuale erogazione agli assistiti è responsabile il direttore del Distretto.

Il volume complessivo delle prestazioni da erogare per l'anno 2017 è riportato nell'allegato al presente piano; i volumi sono stati previsti tenendo conto degli standard di prestazioni da erogare riportati e previsti nel decreto n° 18/2010, e dei limiti imposti dal piano di rientro. Per le strutture private le prestazioni saranno scorporate in funzione dei volumi da acquistare e dei tetti di spesa stabiliti al livello regionale, previa contrattazione annuale con gli erogatori.

Tutti gli erogatori dovranno garantire l'erogazione delle prestazioni per tutto l'anno e sono tenuti al rispetto del debito informativo oltre che al mantenimento dei requisiti strutturali e organizzativi dell'accreditamento.

Obiettivo prioritario per l'esercizio 2017 è quello di garantire, in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale e specificamente in ciascun distretto, la corretta erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio ricomprese nel relativo LEA, coordinando e programmando le attività tra le due sedi di offerta, pubblica e privata accreditata, in termini qualitativi e quantitativi, valutando i tassi di utilizzo per categoria di prestazioni secondo gli indicatori nazionali, nonché il volume delle attività di offerta pubblica e privata anche per la riduzione dei tempi di attesa e la determinazione dei budget dei distretti.

La tipologia ed i volumi di attività correlati al sub livello assistenza specialistica devono in ogni caso essere compatibili con le risorse assegnate al distretto per tale voce di spesa.



Il programma annuale di attività 2017, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare da privato, sarà definito al momento della assegnazione dei tetti di spesa da parte della Regione.

L'Azienda sanitaria Provinciale garantisce ove possibile lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di appropriatezza, per le attività di specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per l'utilizzo ottimale delle risorse umane e strumentali, attraverso un processo di razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento quali - quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti.

Il completamento del sistema informativo è un'azione importante per far sì che si abbia la disponibilità di dati informatizzati e completi, che consentano di controllare i fenomeni e monitorare tutte le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza. Sarà potenziata la verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate.

Di seguito le tabelle riassuntive della produzione specialistica ambulatoriale dell'ultimo biennio relative ai Distretti sanitari ed ai CAPT:

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISTRETTI

DISTRETTO	PRESTAZIONI 2015	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTI 2015/2016
TIRRENO	305.272	256.779	-48493
POLLINO-ESARO	99.441	76.958	-22483
VALLE CRATI	289.937	240.764	-49173
COSENZA-SAVUTO	123.369	115.648	-7721
IONIO NORD	232.817	143.513	-89304
IONIO SUD	110.084	81.824	-28260
Totale	1.160.920	915.486	-245434

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE CAPT

CAPT	PRESTAZIONI 2015	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTI 2015/2016
PRAIA A MARE	137.009	96.468	-40541
LUNGRO	101.362	79.323	-22039
MORMANNO	79.976	68.681	-11295
SAN MARCO ARGENTANO	130.058	95.175	-34883
TREBISACCE	251.176	210.243	-40933
CARIATI	162.146	130.877	-31269
Totale	861.727	680.767	-180960

La riduzione dei volumi complessivi di prestazioni impongono una attenta analisi delle criticità presenti.

f. Liste di attesa

1. Abbattimento delle liste di attesa per l'erogazione di alcune branche specialistiche ambulatoriali (delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare).
 - a. adeguamento del tempo medio di attesa allo standard regionale definito per le singole prestazioni oggetto del monitoraggio nell'ambito di una produzione minima definita.
2. Realizzazione di un CUP d'Area volto a integrare i sistemi di prenotazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali dei Distretti sanitari e degli ospedali con l'A.O. e le Aziende area centro e sud.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

Il fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta uno dei punti critici del Servizio Sanitario, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare, costituendo, perciò uno dei determinanti negativi della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini. I lunghi tempi di attesa sono da ricondurre ad uno squilibrio tra domanda ed offerta.

Garantire ai cittadini di questa Azienda tempi di attesa adeguati per alcune prestazioni consentirà di ridurre la migrazione sanitaria, di ridurre i disagi e di migliorare l'offerta sanitaria.

Al fine di poter incidere in maniera determinante occorre continuare e potenziare, per l'anno 2017, le azioni mirate alla omogenea applicazione dei criteri sull'intero ambito aziendale:

- Per ogni ambulatorio che eroga prestazioni specialistiche ambulatoriali realizzare una gestione separata delle agende informatizzate delle prime visite rispetto alle visite di controllo successive alla prima, quest'ultime di esclusiva pertinenza del medico erogatore.
- Nell'ambito dell'ottimizzazione dell'offerta una decisa riorganizzazione dell'orario di erogazione delle prestazioni con estensione del medesimo alle ore serali ed al sabato.
- Istituzione, in tutti i Distretti, di un re-calling, un richiamo telefonico, due o tre giorni prima della data di erogazione della prestazione per conferma (nella ASP mortalità delle prenotazioni del 19%).
- Pubblicazione mensile delle liste d'attesa sul sito aziendale, pubblicazione degli erogatori di prestazioni per Aree Distrettuali con indicazione delle singole modalità di prenotazione.
- Far sì che la totalità delle prestazioni erogate giornalmente dalle strutture debbano confluire nel sistema CUP.
- Implementazione del sistema informatico che segnali l'eventuale rifiuto da parte del cittadino della prima disponibilità proposta e nel caso specifico il non inserimento della successiva scelta nel monitoraggio dei tempi d'attesa.
- Gestione attiva e puntuale dei 4 totem installati, in grado di gestire gli incassi (sia a mezzo contanti che a mezzo carte di credito) nelle postazioni con il maggior numero di affluenza di utenza. Tale sistema consente ai paganti ticket, di non occupare le code per le prenotazioni, di effettuare il pagamento in qualunque orario, di pagare, infine, i codici bianchi e verdi definiti dal Pronto Soccorso anche quando gli sportelli cup sono chiusi.
- Corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale.
- Inserimento delle prestazioni che, pur contenute nel tariffario-nomenclatore regionale, non sono ricomprese nei LEA (accertamenti richiesti dalle Commissioni di Prima Istanza, per rilascio patenti, per certificazioni ecc.) in agende parallele a quelle pubbliche ed erogate in regime extra LEA (a totale carico del cittadino da ripartire in percentuali da concordare tra Azienda e Medici erogatori). Tale regime di erogazione deve essere regolamentato con apposito protocollo tra l'Azienda e gli specialisti erogatori con modalità uniformi sull'intero territorio aziendale che contenga necessariamente il medesimo pagamento da parte dei cittadini (tariffa equivalente a quella prevista dal nomenclatore-tariffario in vigore);
- Monitoraggio obbligatorio delle sospensioni delle sedute di erogazione mediante l'implementazione sulla procedura informatica.
- Potenziamento del servizio telefonico di prenotazione al fine di aumentare le prenotazioni sull'intera offerta sanitaria.
- Attuazione di un piano di abbattimento liste d'attesa delle prestazioni con maggior criticità, mediante l'implementazione di sedute per l'erogazione di prestazioni aggiuntive con risorse individuate dai Fondi di Piano Regionali e dalle somme previste per lo specifico scopo dalle quote parti dell'attività libero-professionali, così come contemplato nel regolamento aziendale ALPI.
- Appropriately prescrittiva che non si limita, seppur va avviato in ogni Distretto, al mero controllo fra prestazione richiesta e quesito diagnostico espresso, ma significa appropriatezza nel far confluire nelle agende pubbliche tutte le richieste depurate da: controlli programmati dallo specialista, prestazioni per attività escluse dai LEA, percorsi di cura per i malati cronici, effettiva ed uniforme applicazione delle classi di priorità.



g. Assistenza farmaceutica territoriale e spesa farmaceutica

1. Mantenimento della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal II D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012, n. 135:
 - Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale nel rispetto dei tetti di spesa assegnati e degli standard nazionali previsti che per la spesa farmaceutica territoriale sono = od < a 11,35 % del FSN (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).
 - Rispetto dei dati di processo collegati quali: Farmaci generici, File F, chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi;
2. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
3. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
4. Rispetto della creazione dei flussi della farmaceutica e della tempistica determinata (obiettivo Dipartimento farmaceutico);
5. Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva e sulla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);

E' noto che la spesa farmaceutica, assorbe anche in questa Azienda una percentuale di finanziamento del FSR superiore a quello previsto. E' chiaro peraltro che le nuove norme sulla governance del farmaco renderanno sempre più sostenibile la spesa farmaceutica, in quanto prendono finalmente atto del fatto che i farmaci oncologici innovativi, i farmaci antiepatite C, il nuovo Piano nazionale vaccini con relativo fondo, non devono incidere sul FS, ma essere finanziati a parte, in quanto occorre garantire l'accesso a nuovi farmaci innovativi e vaccinazioni gratuite contro malattie pericolose.

In considerazione di ciò, l'Azienda Sanitaria assumerà tutte le iniziative specifiche per realizzare misure di razionalizzazione che, senza arrecare pregiudizio alla fruizione dell'assistenza farmaceutica da parte dei cittadini, siano finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza nell'impiego dei farmaci e della qualità del processo assistenziale ed abbiano come effetto un contenimento della stessa tale da contenere e ridurre il livello di spesa fin qui registrato, e rientrare finalmente nei parametri previsti.

Permane quindi anche per il 2017 l'obiettivo di contenere la spesa attraverso lo sviluppo del monitoraggio della spesa riferita ai singoli prescrittori, complessiva e per classi terapeutiche, e la qualificazione delle prescrizioni per qualità e quantità, attraverso la promozione e la garanzia di azioni adeguate ed un incremento dell'attività di farmacovigilanza.

h. Area materno-infantile

1. Implementare la rete STEN e STAM, già attivata nel 2016 tra A.O. e ASP, secondo quanto previsto dal DCA 48 del 25/05/2016 e compatibilmente con la disponibilità di risorse umane e tecnologiche.
2. Prevenzione osteoporosi nelle donne a rischio mediante attività informative e di divulgazione.
3. Promozione del benessere mentale degli adolescenti dal disagio alla consapevolezza del se attraverso attività di coordinamento tra le istituzioni.
4. Implementazione offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita al fine di migliorare la compliance della maternità e ridurre il tasso di tagli cesarei.

Il Dipartimento deve avere connessioni sia con l'area ospedaliera che distrettuale; si interfaccia con gli attori istituzionali presenti sul territorio elaborando programmi specifici finalizzati al coordinamento delle risposte aziendali ai bisogni di salute della donna, del bambino, della famiglia, dell'età evolutiva, del disagio e problematiche giovanili, dei soggetti fragili ed a rischio sociale di ogni età, in una logica di integrazione, continuità e presa in carico tramite l'elaborazione di percorsi di assistenza dedicata e momenti risolutivi socio sanitari.

Il Dipartimento è un ambito funzionale che assolve alla funzione di coordinamento, di indirizzo, di guida delle attività comuni alla sfera della donna, della famiglia, dell'età evolutiva, del disagio e problematiche giovanili, dei disabili adulti, dei soggetti fragili ed a rischio sociale di ogni età.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Per quanto riguarda le attività inerenti il materno infantile, nella ASP è stata realizzata una riorganizzazione dei consultori, con collocazione strutturale delle attività di competenza all'interno di ogni singolo distretto, con ampliamento delle prestazioni e degli orari di apertura per dodici ore. Ciò favorisce anche una migliore integrazione sanitario e socioassistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati.

Altra azione fondamentale da perseguire è la implementazione del codice STP a livello distrettuale, al fine di poter garantire una adeguata e dignitosa assistenza agli immigrati clandestini.

Il dipartimento materno infantile assicura il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e servizi per minori (Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Prevenzione, ecc). e garantisce la presa in carico del paziente sia in relazione ai bisogni correlati agli eventi riproduzione, nascita, sviluppo, sia all'assistenza ginecologica rivolta alla donna, in qualsiasi epoca della propria esistenza.

i. Servizi di recupero dei soggetti tossicodipendenti e alcool dipendenti (SERT)

1. sviluppo di programmi territoriali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile nell'ambito di programmi di sensibilizzazione al disagio giovanile e alla dipendenza da sostanze e ludopatia, elaborando progettualità di reti integrate rivolte alle famiglie e agli adulti di riferimento.
2. Rispetto del debito informativo interno.

L'impegno contro le tossicodipendenze e l'abuso di alcol deve indirizzarsi maggiormente verso una attività preventiva rispetto a quella attualmente prevalente di recupero del soggetto e reinserimento nella società.

La prevenzione in questo ambito coincide con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca al giovane stimoli positivi allontanandolo dall'utilizzo di stupefacenti.

Particolare attenzione al monitoraggio dell'utilizzo delle droghe sintetiche, che costituiscono la reale porta d'ingresso a tutte le dipendenze oltre a rappresentare di per sé una grave minaccia.

L'ASP di Cosenza ha attivato una convenzione con la prefettura per una collaborazione tra il servizio di tossicologia dell'ASP – laboratorio di Cassano allo Jonio afferente al dipartimento delle dipendenze– e gli organi di polizia per i controlli relativi all'uso di alcool, di droghe, ecc., al fine di potenziare queste forme di contrasto.

Tra i compiti di programmazione dipartimentale, è prioritaria la definizione di strategie aziendali, di progetti e programmi sulle dipendenze e sul loro primario fattore di rischio costituito dal disagio giovanile per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio

j. Salute mentale

1. Implementazione e messa a regime dati prime cartelle cliniche (primi accessi) inserite su Sigemona con indicatore del 100% per l'anno 2017.
2. Incremento del numero di Utenti dimessi da SPDC che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione (utenti dimessi e visitati SPDC/utenti dimessi anno > 80%).

L'attività del dipartimento sarà finalizzata a razionalizzare ed a sviluppare la rete dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in favore delle persone con problemi di salute mentale e/o delle loro famiglie, secondo criteri di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché a permettere l'evoluzione dei servizi in relazione alle modificazioni dei bisogni.

Il Dipartimento garantisce l'omogeneità delle procedure e dei LEA, l'equità e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, la gestione complessiva dei dati e dei risultati raggiunti; garantisce inoltre il coordinamento fra le unità operative afferenti, l'elaborazione e pianificazione dei piani operativi, la presa in carico delle persone residenti nella Regione, internate negli ospedali psichiatrici giudiziari ai fini della loro dimissione e della progressiva soppressione di tali strutture.

Al Dipartimento afferiscono le strutture complesse dell'SPDC di Corigliano, Cetraro e Cosenza (che aggrega i posti letto di Acri e Castrovillari), del CSM Cosenza-Sav./Valle Crati, CSM Jonio Nord/Sud, CSM Pollino-Esaro/ Tirreno (con le relative strutture semplici);



Le sedi distrettuali dei C.S.M. erogano Assistenza Territoriale specialistica, di tipo psichiatrico e psicologico-psicoterapeutico, con bacino di utenza coincidente con l'area territoriale attraverso i seguenti servizi: Centri di salute mentale, Day-Hospital Territoriale o altre strutture ambulatoriali (h.12) e simili.

Al Dipartimento di salute mentale afferiscono anche le residenzialità e semi-residenzialità che comprendono i servizi di assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale come laboratori protetti, centri diurni, case famiglia con assistenza max h12, unità di assistenza residenziale, comunità terapeutiche e simili h24, e la comunità alloggio per disabili mentali di Oriolo.

Gli obiettivi generali del dipartimento di salute mentale possono essere individuati nella razionalizzazione del personale e della spesa, nel Miglioramento performance e dell'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, nell'ottimizzazione delle attività in regime diurno e di ricovero, nel miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate e dei rapporti con l'utenza e con la dirigenza, nonché nel miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intraaziendali.

In particolare gli obiettivi specifici devono essere mirati a favorire il contenimento dei ricoveri psichiatrici in generale, e nelle strutture extra aziendali in particolare, implementare la continuità terapeutica assistenziale tra SPDC e CSM, concorrere al contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'appropriatezza prescrittiva.

Di seguito la tabella riassuntiva relativa alla produzione specialistica ambulatoriale delle Strutture del Dipartimento di Salute Mentale.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE 2015-2016

SEDE	PRESTAZIONI 2015	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016/2015
AMANTEA - CSM	3.526	2.402	-1.124
CARIATI - CSM	2	0	-2
CASTROVILLARI - CSM	6.009	5.232	-777
CORIGLIANO - CSM	3.486	3.409	-77
CS - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	19.845	20896	1.051
PAOLA - CSM	3.267	3.563	296
ROGGIANO GRAVINA - CSM	3.081	2.443	-638
ROSSANO - CSM	2.115	2.414	299
SAN DEMETRIO - CSM	53	35	-18
SAN GIOVANNI IN FIORE - CSM	1.606	1.506	-100
SCALEA - CSM	3.778	2.602	-1.176
TREBISACCE - CSM	2.129	2.106	-23
Totale	48.897	46.608	-2.289

k. Assistenza residenziale e semiresidenziale

Le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale sono quelle specificamente indicate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e sono realizzate nella A.S.P. dalle strutture pubbliche o private accreditate:

- ✓ Centri di riabilitazione diurna (per disabili e utenti psichiatrici);
- ✓ Residenze protette;
- ✓ Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- ✓ Comunità terapeutiche (per utenza psichiatrica e per tossicodipendenti) :

Consiste in prestazioni di assistenza e recupero per soggetti disabili, anziani con diversi gradi di non autosufficienza, pazienti psichiatrici e soggetti dipendenti da droghe e alcool e soggetti affetti da HIV.



Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari (rete dei servizi) sono assicurate a livello distrettuale. Esse si realizzano nel distretto competente per territorio tramite la U.V.T. e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito. Gli obiettivi generali da perseguire saranno:

- Garantire all'utenza le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale specificamente indicate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e s.m.i.
- Garantire il governo della spesa correlata ed assicurare l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni a tutti i livelli.
- Contenere la spesa nei limiti delle risorse finanziarie assegnate.
- Predisposizione di specifiche linee guida ed indirizzi per i percorsi assistenziali correlati.
- Promuovere da parte del Distretto iniziative al fine di assicurare all'interno delle strutture residenziali (RSA, ecc) una serie di aspetti che sviluppino l'offerta delle prestazioni.
- Gestire gli accessi nelle strutture residenziali.
- Garantire i flussi informativi specifici conformi alle indicazioni regionali.
- Esercitare la vigilanza sulle strutture.
- Adottare le azioni e le iniziative necessarie per il completamento della offerta residenziale e semiresidenziale.
- Perseguire il miglioramento continuo della qualità assistenziale e la reintegrazione domiciliare valorizzando al massimo l'autonomia dei soggetti e il collegamento con i servizi specialistici.
- Adottare indirizzi e proposte per la definizione della rete residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malattie mentali.

Il Distretto competente per territorio dovrà attuare un sistema informativo finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito. Dovrà essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati.

Saranno potenziate le seguenti funzioni di vigilanza:

Funzioni di vigilanza igienico sanitaria relativa alla struttura edilizia;

Funzioni di vigilanza igienico sanitaria sugli ambienti di comunità;

Funzioni di vigilanza igienico sanitaria sulle prestazioni da erogare agli ospiti

Funzioni di vigilanza e controllo sulla conservazione dei medicinali e sulla loro gestione.

RICOVERI RSA PUBBLICHE 2016

Struttura	N° Ricoveri	Posti letto attivi	Posti letto previsti
PRAIA A MARE	142	14	20
LUNGRO	58	10	20
TREBISACCE	15	10	20
CARIATI	216	10	20
Totale	333	44	80

I. Assistenza per categorie specifiche di utenti.

Sono ricomprese in questo sottolivello le prestazioni svolte dai seguenti servizi in maniera integrata e coordinata con i competenti dipartimenti misti:

- ✓ Servizio Neuropsichiatria infantile
- ✓ Servizi di tutela, cura e riabilitazione dei disabili
- ✓ Salute mentale

Gli obiettivi delle attività assistenziali rivolte a categorie specifiche di utenti che costituiscono priorità per l'A.S.P. nell'ambito dell'esercizio 2017 sono:

- ✓ fornire assistenza ambulatoriale di base e specialistica a "soggetti a rischio" ricompresi nelle diverse fasce di età o di patologie, consentendone la permanenza al proprio domicilio evitando ricoveri



- impropri di tipo ospedaliero ed integrando qualora necessario l'assistenza ambulatoriale con le funzioni svolte dai presidi residenziali a ciclo continuativo e diurno;
- ✓ individuare strategie per la tutela e la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza e la riabilitazione ai malati cronici, agli anziani e ai disabili fisici e psichici, da affrontare con nuovi mezzi e strategie, per soddisfare una domanda sempre crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale;
 - ✓ garantire la continuità delle cure;
 - ✓ favorire l'integrazione tra gli operatori dell'asse "territorio-ospedale-territorio";
 - ✓ individuare percorsi strutturati rivolti alle fasce deboli (età evolutiva, anziani, malati con patologie cronico- invalidanti, malati psichiatrici, tossicodipendenti).

m. Area sociosanitaria

1. promuovere politiche che, agendo su diversi fronti, facilitino l'integrazione di servizi sanitari e sociali al fine di favorire modifiche di comportamenti tramite interventi intersettoriali e multi-stakeholder che rispondono concretamente ai bisogni reali delle persone.

L'approccio integrato dei servizi per rispondere alle problematiche di salute e di benessere trova risposta nella legge regionale n. 23 del 5.12.2003 , di attuazione alla legge quadro n. 328/2000 *per realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

L'Azienda individua nell'integrazione socio-sanitaria un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta.

L'Azienda considera, pertanto, obiettivo strategico l'integrazione socio-sanitaria e la persegue a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale attraverso:

- l'identificazione e la condivisione di responsabilità coordinate fra i diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio, la concertazione e la formalizzazione degli impegni assunti, nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatici e nella loro realizzazione;
- la costruzione di un welfare condiviso, locale e di comunità, integrando politiche sociali e sanitarie con quelle più generali che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- il coordinamento dei soggetti presenti a livello distrettuale per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi sociosanitari e la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze;
- la realizzazione di condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, assicurando il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

L'esigenza di una programmazione e organizzazione delle attività in forma integrata tra Comuni e Aziende Sanitarie trova attuazione nei Piani di Zona.

La programmazione dei servizi alla persona su base pluriennale, così come postulano i Piani Sociali di Zona, costituisce un impegno fondamentale ed un utile strumento di programmazione, di studio, di monitoraggio e di rilevazione dei bisogni socio-assistenziali di un territorio, finalizzato a dare risposte mirate alle singole aree del disagio (maternità, infanzia e minori, giovani, anziani, persone con disabilità, tossicodipendenti, ex detenuti, immigrati ecc...).

A fronte delle scarse risorse disponibili è maturata la consapevolezza che costituisce un obiettivo prioritario dei Soggetti pubblici erogatori di servizi la difesa e il miglioramento dell'attuale livello di servizi, quali:

- 1) promuovere una migliore qualità della vita delle categorie di persone più fragili e/o più a rischio di emarginazione (minori, anziani, adulti in difficoltà, disabili, tossicodipendenti, immigrati, ecc...).
- 2) assicurare il diritto all'assistenza e alle prestazioni socio-sanitarie a tutti senza discriminazioni alcuna.

Nell'ambito della promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali particolare attenzione dal punto di vista dell'integrazione socio-sanitaria, dovrà essere rivolta quindi nei confronti di:

- Assistenza domiciliare Integrata Anziani;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

- Assistenza domiciliare Anziani socio assistenziale (promozione di interventi di sostegno agli anziani);
- Assistenza domiciliare disabili e anziani non autosufficienti (interventi a sostegno ai disabili);
- Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili non autosufficienti;
- Servizi di prevenzione sociale riguardo a soggetti a rischio criminale (ex detenuti, ex tossici)
- Assistenza a minori e donne in difficoltà (promoz. interventi di rafforzamento dei diritti dei minori);

n. Altre attività

Altre attività degne di nota sono da individuare sulla definizione del Piano di riordino delle postazioni di 118 secondo DPGR Calabria 94/2012 e DCA 9/2015, delle postazioni di guardia medica e sull'attivazione della rete STAM, che è stato formalmente individuato nel piano di riordino della rete territoriale ma nel corso del 2017, dovrà essere reso operativo secondo le disposizioni condivise con il livello regionale.

E' da segnalare che nell'ASP è stato portato a compimento anche il centro di formazione per corsi di emergenza (BLS) ad operatori, allocata presso la Centrale operativa di Serra spiga, dotata di simulatori sofisticati di ultima generazione ed all'avanguardia, unica nel meridione d'Italia, che potrà nel corso del 2017 essere utilizzato per la formazione sia di operatori interni all'azienda che di operatori provenienti da altre aziende.

*** Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget anno 2017 del singolo CDR.**



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

13. III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:

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

PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:

Le prestazioni e le attività che il Livello Assistenza Ospedaliera dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza Ospedaliera ed indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di Pronto soccorso, degenza ordinaria day hospital, day surgery, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo, conservazione e distribuzione dei tessuti, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni.

Gli obiettivi generali da perseguire per l'area ospedaliera:

- Produzione di reports;
- Razionalizzazione del personale;
- Razionalizzazione della spesa;
- Miglioramento performance;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno (D.H./DS/Day service);
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intra-aziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;
- Riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti.
- Rispetto del tasso standard di utilizzo dei posti letto non inferiore al 75% per i P.L. ordinari.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.

APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE

Costituisce obiettivo aziendale anche per il 2017 l'individuazione, da parte dei responsabili di Presidio e dei Responsabili delle UU.OO. cui afferiscono i sub livelli, di quelle attività per le quali è documentata la scarsa utilità, di quelle prestazioni svolte per le quali è documentata l'efficacia, di quelle programmabili con diversa tipologia di erogazione (ad. Es. ricovero Dh anziché Ordinario, Prestazione ambulatoriale anziché ricovero DH od ordinario, Day service anziché D.H., ecc.), ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane nell'ambito dei Presidi ospedalieri, limitare il fenomeno della erogazione di prestazioni inappropriate e di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici e/o privati.

La verifica sulla appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Direttori degli Spoke, in qualità di coordinatori dei Nuclei Operativi Controllo Interno (NOCI), di concerto con i responsabili delle UU.OO. afferenti al Presidio stessi. I NOCI trimestralmente dovranno relazionare in merito alla struttura aziendale di coordinamento che a sua volta relaziona e trasmette gli indicatori alla Regione.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Sarà potenziata la verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate e sarà adottata ogni utile iniziativa finalizzata a garantire agli utenti prestazioni appropriate ed economicamente sostenibili nonché l'integrazione ed il coordinamento con il livello territoriale ai fini della piena applicazione del DPGR n. 5/2014 sull'appropriatezza organizzativa ed il trasferimento di attività ospedaliere verso altri setting assistenziali.

OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2017

Per i fini attuativi dei piani di attività, realizzabili nell'arco di durata di vigenza del Piano Regionale per la Salute, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria anche per l'anno 2017. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Un utile strumento in tal senso è senza alcun dubbio rappresentato dall'adozione ed attuazione del programma budgeting all'interno del quale fare rientrare i piani di attività annuali.

Di conseguenza, il Presidio ospedaliero e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001, dovrà perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2017 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

1. Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso l'attivazione e/o potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione intensiva previsti).
2. Regolarità e puntualità nella trasmissione delle SDO da parte delle UU.OO. all'ufficio flussi SDO competente e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.
3. Completamento e sviluppo della riconversione degli ospedali in Spoke secondo i decreti regionali;
4. Completa attuazione, sviluppo e razionalizzazione della rete dell'emergenza secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali.
5. Ottimizzazione degenza media;
6. Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
7. Incremento dei ricoveri propri con recupero di tipologie di DRG in mobilità passiva (su tipologie specifiche);
8. Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA);
9. Ottimizzazione peso medio DRG e valore medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
10. Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
11. Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).
12. Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
13. Miglioramento tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
14. Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.
15. Rispetto dei livelli di attività e raggiungimento dei risultati nel rispetto dei volumi e delle tipologie secondo il piano di attività approvato per l'anno 2016.
16. Mantenimento/riduzione della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal II D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012, n. 135 (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
 - Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5 % FSN.
 - Rispetto dei processi collegati: generici, File F, Chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi.
17. Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

18. Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
19. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
20. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
21. Implementazione procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, in ambito ospedaliero;
22. Abbattimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
23. Trasmissione Flussi informativi completi, senza anomalie, inviati entro le scadenze previste dalla normativa:
 - Assistenza ospedaliera: SDO, CEDAP, MEF, File C, Consumi ospedalieri (CP), HSP, ecc.

Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget 2017 dei singoli C.d.R. assegnatari di budget.



13.1 Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Pubblica.

In linea con quanto stabilito dal Decreto 18 del 22/10/2010 e s.m.i. relativo all'istituzione delle tre reti assistenziali questa ASP è passata alla riqualificazione dell'offerta sanitaria Ospedaliera. Si è proceduto alla realizzazione di un piano di riorganizzazione e sviluppo per ognuno degli ospedali Pubblici, integrato con la rimodulazione delle strutture private accreditate. A tal fine, con delibera 2626 del 30/09/2011 e successivamente con delibera n°2280 del 26/07/2012 e s.m.i., l'ASP di Cosenza ha adottato l'Atto Aziendale prevedendo, quale parte integrante della rete ospedaliera, tre centri Spoke (Castrovillari-Acri, Cetraro-Paola, Rossano-Corigliano), un Ospedale di montagna (San Giovanni in Fiore), e ridisegnando la rete dell'Emergenza/ Urgenza. Contestualmente si è proceduto a definire il processo operativo di riconversione di ogni singola struttura indicata nel suddetto Decreto. Successivamente a seguito dei DCA 106/2011 e 106/2012, ed a seguito del DCA n° 9/2015, l'area ospedaliera pubblica è organizzata nel modo seguente:

1. Tre Ospedali Spoke: Rossano/Corigliano, Castrovillari, Cetraro/Paola;
2. Due Ospedali di zona Montana: Ospedale di San Giovanni in Fiore e di Acri;
4. Sei Ospedali convertiti in Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) e/o Casa della Salute:
 - CAPT/CdS di San Marco Argentano;
 - CAPT/CdS di Cariati;
 - CAPT/CdS di Lungro;
 - CAPT CdS di Praia a Mare;
 - CAPT/CdS di Trebisacce con Lungodegenza (cod.60);
 - CAPT/CdS di Mormanno (ad indirizzo Riabilitativo);

13.2 Posti letto.

I posti letto per acuti sono stati ridotti da 1231 a 805, a regime, nel piano di riorganizzazione. Attualmente 6 ospedali sono stati riconvertiti in CAPT ed i posti letto per acuti sono stati progressivamente riconvertiti in lungodegenza e riabilitazione. L'ASP conta di rendere operativi nel 2017 tutti i posti letto previsti negli Spoke, per un totale di 805, oltre quelli di Riabilitazione e Lungodegenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche per gli interventi strutturali e tecnologici, e con le risorse umane, che si spera di integrare con lo sblocco del turnover avvenuto in modo parziale ad agosto 2015, e per cui le procedure sono tutt'ora in corso. Negli Spoke, avendo completato i trasferimenti dei reparti nei relativi stabilimenti per come previsto, è in fase di completamento l'attivazione delle strutture secondo quanto previsto nel DPGR 106/2012 e s.m.i. e nell'atto aziendale. Con la disponibilità di risorse umane nel 2017 sarà possibile potenziare nei tre Spoke le UU.OO. di Pediatria con la Neonatologia, la Neurologia in alcuni Spoke, l'Ortopedia in tutti gli Spoke e le Unità operative con un forte incremento dei posti letto, nonché tutte le strutture afferenti alla rete dell'Emergenza-Urgenza.

Attualmente i posti letto attivi sono riportati in sintesi nello schema seguente:

POSTI LETTO ATTIVI 2016			
Tipologia assistenza	Ordinari	DH/DS	totale
Posti letto Lungodegenza-Riab.	70	-	70
Posti letto Acuti	458	133	591
Totale posti letto	528	133	661



13.3 Rete dell'Emergenza.

La rete dell'emergenza è costituita dai tre Spoke a cui afferiscono il Pronto Soccorso degli Ospedali di Montagna ed i PPI dei CAPT, nonché le PET. La riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza tiene

conto necessariamente del piano di attivazione dello STEN e STAM (sistema di trasporto in emergenza neonatale e di assistenza materna) secondo quanto previsto dagli obiettivi di PSN, che nel 2015 è diventato operativo a seguito del completamento dell'acquisizione delle risorse strumentali e tecnologiche indispensabili. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza, nel corso del 2017 sarà completata la razionalizzazione della Continuità Assistenziale secondo il piano redatto in conformità a quanto disposto con il DPGR. N° 94/2012 e s.m.i., anche con l'attivazione della centrale unica di ascolto, su cui far convergere tutte le chiamate relative al servizio di Continuità Assistenziale.

Di seguito si riportano le tabelle riassuntive relative al numero di accessi effettuati da pazienti presso le postazioni di Pronto soccorso (PS) e di Primo Intervento (PPI), nonché il numero delle prestazioni erogate dalle stesse postazioni nel 2016, distinte per codice di ingresso e di uscita.

NUMERO ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO E PPI							
PRESIDIO	SERVIZIO	BIANCO		GIALLO			TOTALE
ACRI	PS	136	3860	3731	68	5	7.800
CASTROVILLARI	PS	332	8579	8485	360	62	17.818
CETRARO	PS	1235	11589	3997	170	11	17.002
PAOLA	PS	418	6504	5588	203	12	12.725
CORIGLIANO	PS	284	11035	4681	42	6	16.048
ROSSANO	PS	328	12725	5707	239	21	19.020
SAN GIOVANNI IN FIORE	PS	8	3749	2518	59	4	6.338
LUNGRO *	PPI	-	-	-	-	-	820
PRAIA A MARE	PPI	292	1045	3638	91	1	5.067
SAN MARCO ARGENTANO	PPI	90	2240	753	23	0	3.106
CARIATI	PPI	327	6555	1428	42	2	8.354
TREBISACCE	PPI	60	3891	3302	56	0	7.309
Totale	12	3510	71772	43828	1353	124	121.407

* i dati a disposizione sono stati trasmessi su supporto cartaceo



		NUMERO PRESTAZIONI PER CODICE IN INGRESSO					
PRESIDIO	SERVIZIO	BIANCO		GIALLO			TOTALE
ACRI	PS	465	20.226	34.473	537	8	55.709
CASTROVILLARI	PS	819	49.343	93.872	6.551	6	150.591
CETRARO	PS	2.435	36.621	33.314	2.499	4	74.873
PAOLA	PS	827	26.840	105.071	6.572	8	139.318
CORIGLIANO	PS	258	58.877	50.650	818	0	110.603
ROSSANO	PS	781	102.739	151.150	5.910	5	260.585
SAN GIOVANNI IN FIORE	PS	82	36.617	10.637	384	5	47.725
LUNGRO	PPI						820
PRAIA A MARE	PPI	457	13.827	3885	442	0	18.611
SAN MARCO ARGENTANO	PPI	123	7.767	2084	14	0	9.988
CARIATI	PPI	611	31.191	22009	325	0	54.136
TREBISACCE	PPI	177	20.834	50505	463	0	71.979
Totale	12	7.035	404.882	557.650	24.515	36	994.938

		NUMERO PRESTAZIONI PER CODICE IN USCITA					
PRESIDIO	SERVIZIO	BIANCO		GIALLO			TOTALE
ACRI	PS	405	14.932	40.650	1.285	53	57.325
CASTROVILLARI	PS	984	48.528	99.850	5.328	1.376	156.066
CETRARO	PS	2.473	43.182	28.939	2.879	108	77.581
PAOLA	PS	1.122	37.330	100.627	4.851	208	144.138
CORIGLIANO	PS	868	56.449	55.532	1.078	135	114.062
ROSSANO	PS	950	122.234	136.479	7.096	526	267.285
SAN GIOVANNI IN FIORE	PS	31	20.572	27.893	872	42	49.410
LUNGRO	PPI						
PRAIA A MARE	PPI	475	9.701	7.919	836	23	18.954
SAN MARCO ARGENTANO	PPI	238	6.551	3.397	78	0	10.264
CARIATI	PPI	717	36.150	18.367	690	9	55.933
TREBISACCE	PPI	155	20.668	52.517	1.258	0	74.598
Totale	12	8.418	416.297	572.170	26.251	2.480	1.025.616

13.4 Pianificazione Attività Ospedaliera.

Di seguito si riportano i volumi complessivi ed il valore della produzione dell'ultimo triennio preso a riferimento per la definizione dei piani di attività per l'anno 2017. Gli effetti della riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera secondo l'ex DPGR 18/10 e 106/12, devono indurre ad un potenziamento della rete delle post acuzie al fine di poter ridurre i ricoveri impropri e le giornate di degenza in reparti per acuti dopo la stabilizzazione della malattia.

La rete post acuzie dovrà dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili con possibilità di indirizzare gli stessi verso setting diversi sia in termini di organizzazione che di costi di risorse.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

I sistemi di controllo devono essere intensificati per evitare l'invio nei reparti di post acuzie di malati non clinicamente stabili così come di pazienti che potrebbero essere inviati in strutture socio assistenziali con valenza sanitaria. La riorganizzazione in atto deve fornire alla persona con disabilità già ricoverata in acuzie, la proposta di un percorso unico integrato nei vari setting terapeutici della rete di post acuzie mediante la presa in carico del paziente all'interno di uno specifico percorso che applica i concetti di appropriatezza prescrittiva ed erogativa, e che coinvolga le strutture decentrate (CAPT/case della salute rimodulate secondo criteri innovativi) eroganti contestualmente attività di lungodegenza e riabilitazione intensiva, e residenziali (continuità assistenziale ed integrazione ospedale/territorio).

In considerazione di quanto sopra descritto, l'ASP ha istituito nel corso del 2013 le Unità di Valutazione Multidisciplinari distrettuali con il compito di procedere alle valutazioni e conseguenti autorizzazioni in relazione ai casi specifici.

Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri, nella tabella che segue si evidenziano il numero delle SDO a consuntivo nel corso dell'ultimo triennio (2014/2016).

Prestazioni 2014, 2015 e 2016 delle strutture pubbliche e relativi scostamenti:

TABELLA SINOTTICA DEI RICOVERI TRIENNIO 2014-2016											
	RICOVERI 2014			RICOVERI 2015			RICOVERI 2016			SCOSTAMENTI	SCOSTAMENTI
	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	2015/2014	2016/2015
	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	TOT	TOT
ACRI	956	364	1320	835	267	1102	858	251	1109	-218	7
CASTROVILLARI	4569	1477	6046	4651	1577	6228	4648	1206	5854	182	-374
CETRARO	3498	1885	5383	3416	1593	5009	3365	1774	5139	-374	130
PAOLA	2967	1392	4359	2929	1387	4316	2775	933	3708	-43	-608
ROSSANO	3045	849	3894	3101	775	3876	2647	354	3001	-18	-875
CORIGLIANO	6147	957	7104	6190	1004	7194	6206	1036	7242	90	48
SGF	569	228	797	682	103	785	730	89	819	-12	34
TREBISACCE	268	0	268	175	0	175	180	0	180	-93	5
Totale	22019	7152	29171	21979	6706	28685	21409	5643	27052	-486	-1633

**** PRECONSUNTIVO**



Di seguito si riporta la tabella riassuntiva dei principali indicatori di attività ospedaliera, suddivisi per presidio, relativi agli anni 2014/2015.

INDICATORI ATTIVITA' NO CANTONELLARI

REGIME OSPEDALIERO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	106	96	-10
	N° dimessi	4569	4651	82
	GG. Degenza tot.	31479	31296	-183
	Numero interventi	1175	1176	1
	N° DRG chirurgici	968	879	-89
	Tasso di occ. Ord.	81,36	89,32	7,96
	Degenza media	6,89	6,73	-0,16
	Peso medio casist.	0,94	0,94	0
	Ricavi (in EURO)	12.091.517	12.432.020	340.504

REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	37	35	-2
	N° dimessi	1477	1577	100
	N° accessi	5609	6361	752
	N° DRG chirurgici	509	518	9
	Ricavi (in EURO)	2.317.557	2.573.389	255.832

ATTIVITA' AMBULATORIALE	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° prest. X esterni	286.210	265.222	-20988
	Ricavi (in EURO)	4.936.484	4.985.089	48.605

TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	143	131	-12
	Dimessi	6046	6228	182
	Giornate	37.088	37.657	569
	DRG Chirurgici	1477	1397	-80
	Ricavi	19.345.558	19.990.498	644.940



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

RICAVI E COSTI - 2015/2014

ATTIVITA' OSPEDALIERA	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	82	82	0
	N° dimessi	3498	3416	-82
	GG. Degenza tot.	22814	22262	-552
	Numero interventi	1123	1066	-57
	N° DRG chirurgici	850	805	-45
	Tasso di occupaz.	76,22	74,38	-1,84
	Degenza media	6,52	6,52	0
	Peso medio casist.	0,78	0,78	0
	Ricavi Ord (E)	7.388.831	6.839.721	-549.110

ATTIVITA' OSPEDALIERA	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	25	25	0
	N° dimessi	1885	1593	-292
	N° accessi	5424	4580	-844
	N° DRG Chirurgici	773	664	-109
	Ricavi D.H. (E)	1.611.625	1.424.246	-187.379

ATTIVITA' AMBULATORIALE	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° prest. X esterni	126.516	126.843	327
	Ricavi Amb (E)	3.056.757	3.223.524	166.767

TOTALE ATTIVITA'	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	107	107	0
	Dimessi	5383	5009	-374
	Giornate	28.238	26.842	-1396
	DRG Chirurgici	1623	1469	-154
	Ricavi	12.057.213	11.487.491	-569.722



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

INDICATORI DESTINATI A PAG. 1

REGIONE ORDINARIO	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	84	84	0
	N° dimessi	2.967	2.929	-38
	GG. Degenza tot.	26.163	23.267	-2896
	Numero interventi	1407	1332	-75
	N° DRG chirurgici	1030	999	-31
	Tasso di occupaz.	85,33	75,89	-9,44
	Degenza media	8,82	7,94	-0,88
	Peso medio casist.	1,2	1,18	-0,02
	Ricavi (in EURO)	9.833.100	9.486.756	- 346.343

REGIONE DAY HOSPITAL	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	21	21	0
	N° dimessi	1392	1387	-5
	N° accessi	9184	7522	-1662
	N° DRG Chirurgici	487	536	49
	Ricavi (in EURO)	3.324.125	2.942.224	- 381.901

ATTIVITA' AMBULATORIALI	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° prest. X esterni	143.781	153.788	10007
	Ricavi (in EURO)	1.457.613	1.651.993	194.380

TOTALI ATTIVITA'	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	105	105	0
	Dimessi	4359	4316	-43
	Giornate	35.347	30.789	-4558
	DRG Chirurgici	1517	1535	18
	Ricavi	14.614.837	14.080.973	-533.864



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

INDICATORI GESTIONE - PG ORDINARIO

REGIME ORDINARIO	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	90	83	-7
	N° dimessi	3045	3101	56
	GG. Degenza tot.	22167	21444	-723
	Numero interventi	1328	1285	-43
	N° DRG chirurgici	1090	1078	-12
	Tasso di occupaz.	67,48	65,28	-2,2
	Degenza media	7,28	6,92	-0,36
	Peso medio casist.	1,1	1,16	0,06
	Ricavi (in EURO)	8.995.468	9.305.667	310.198
REGIME DAY HOSPITAL	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	25	22	-3
	N° dimessi	849	775	-74
	N° accessi	5253	4767	-486
	N° DRG chirurgici	167	124	-43
	Ricavi D.H. (E)	2.057.968	1.871.850	186.118
ATTIVITA' AMBULATORIALI	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° Prest. X esterni	218.177	214.660	-3.517
	Ricavi Amb. (E)	3.455.232	4.135.095	679.863
TOTALE ATTIVITA'	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	115	105	-10
	Dimessi	3894	3876	-18
	Giomate	27.420	26.211	-1.209
	DRG Chirurgici	1257	1202	-55
	Ricavi	14.508.668	15.312.612	803.944



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

ATTIVITA' DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

REDAZIONE OSPEDALIERA	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	95	95	0
	N° dimessi	6147	6190	43
	GG. Degenza tot.	33655	32459	-1.196
	Numero interventi	1465	1499	34
	N° DRG chirurgici	1194	1197	3
	Tasso di occupaz.	97,06	93,61	-3,45
	Degenza media	5,48	5,24	-0,24
	Peso medio casist.	0,63	0,63	0
	Ricavi (in EURO)	10.825.241	10.964.945	139.703

REDAZIONE OSPEDALIERA	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	16	16	0
	N dimessi	957	1004	47
	N accessi	1569	1850	281
	N° DRG chirurgici	118	116	-2
	Ricavi	450.928	542.103	91.175

ATTIVITA' AMBULATORIALI	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° Prest. X esterni	147.022	173.530	26.508
	Ricavi	1.182.179	1.218.826	36.647

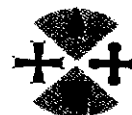
TOTALI ATTIVITA'	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	111	111	0
	Dimessi	7104	7194	90
	Giornate	35224	34309	-915
	DRG Chirurgici	1312	1313	1
	Ricavi	12.458.349	12.725.874	267.525



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

RICAVI DI ATTIVITÀ - ASP Cosenza

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
REGIME OSPEDALIERO	Posti letto	30	30	0
	N° dimessi	956	835	-121
	GG. Degenza tot.	9.032	8.225	-807
	Numero interventi	97	90	-7
	N° DRG chirurgici	69	63	-6
	Tasso di occupaz.	82,48	75,11	-7,37
	Degenza media	9,45	9,85	0,40
	Peso medio casist.	0,89	0,91	0,02
	Ricavi (in EURO)	2.216.746	1.952.829	- 263.917
REGIME DAY HOSPITAL				
	Posti letto	9	9	0
	N° dimessi	364	267	-97
	N° accessi	1322	1127	-195
	N° DRG Chirurgici	118	76	-42
	Ricavi (in EURO)	361.707	296.404	- 65.302
ATTIVITÀ AMBULATORIALI				
	N° prest. X esterni	275.133	240.305	-34.828
	Ricavi (in EURO)	2.519.307	2.316.422	-202.885
TOTALI ATTIVITÀ				
	Posti letto	39	39	0
	Dimessi	1320	1102	-218
	Giornate	10.354	9.352	-1002
	DRG Chirurgici	187	139	-48
	Ricavi	5.097.759	4.565.655	-532.105



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

INDICATORI DI ASPRINT - PD SUL CREVARE DI FIORE

REGIONE ORDINARIO	DESCRIZIONE	Definitivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	20	20	0
	N° dimessi	573	682	109
	GG. Degenza tot.	6.729	7.508	779
	Numero interventi	2	0	-2
	N° DRG chirurgici	2	0	-2
	Tasso di occupaz. Ord.	92,18	102,85	10,67
	Degenza media	11,83	11,01	-0,82
	Peso medio casist.	0,94	0,92	-0,02
	Ricavi (in EURO)	1.337.815	1.646.743	308.928

REGIONE DAY HOSPITAL	DESCRIZIONE	Definitivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	5	5	0
	N° dimessi	228	103	-125
	N° accessi	619	412	-207
	N° DRG chirurgici	187	70	-117
	Ricavi	195.983	88.829	- 107.154

REGIONE AMBITO TERRITORIALE	DESCRIZIONE	Definitivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° Prest. X esterni	221.412	229.032	7620
	Ricavi	1.614.815	1.797.401	182.586

REGIONE PEDIATRI	DESCRIZIONE	Definitivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	25	25	0
	Dimessi	801	785	-16
	Giornate	7.348	7.920	572
	DRG Chirurgici	189	70	-119
	Ricavi	3.148.613	3.532.973	384.360



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

INDICATORI DI ATTIVITA' - PG TREMURACCE - solo LONGO DEGENZA (PL 10)

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	10	10	0
	N° dimessi	268	175	-93
	GG. Degenza tot.	12.945	3.169	-9776
	Numero interventi	1	2	1
	N° DRG chirurgici	1	2	1
	Tasso di occupaz. Ord.	354,66	86,82	-267,84
	Degenza media	48,30	18,11	-30,19
	Peso medio casist.	0	0	0
	Ricavi (in EURO)	1.477.359	404.953	- 1.072.406

REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	0	0	0
	N° dimessi	28	0	-28
	N° accessi	28	0	-28
	DH attivati	28	0	-28
	Ricavi	-	-	0

ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	N° Prest. X esterni		-	0
	Ricavi		-	0

TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2014	Consuntivo Anno 2015	Scostamenti 2015/2014
	Posti letto	10	10	0
	Dimessi	296	175	-121
	Giornate	12.973	3.169	-9804
	DRG Chirurgici	1	2	1
	Ricavi	1.477.359	404.953	-1.072.406



Il piano delle attività ospedaliere per il 2017 deve mirare innanzitutto allo sviluppo dell'organizzazione dei Dipartimenti, di recente istituzione, e della tipologia organizzativa e gestionale delle reti cliniche che devono essere volte a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto agli obiettivi assegnati (es. rete oncologica, nefrodialitica, neurologica, rete punti nascita ecc.).

Obiettivo qualificante per il triennio 2017/2019 deve essere il pieno sviluppo dell'integrazione ospedale/territorio attraverso l'integrazione degli ospedali per acuti con le strutture eroganti prestazioni di lungodegenza, riabilitazione intensiva, residenzialità ed assistenza domiciliare.

Lo sviluppo delle reti nell'ottica dipartimentale comporterà la definizione di procedure e/o protocolli tra UU.OO. che potranno contribuire allo sviluppo della qualità delle prestazioni erogate nonché ad una chiara definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Nel corso dell'anno 2017 i volumi e le tipologie da produrre per stabilimento sono complessivamente sovrapponibili ai valori dell'anno 2016, al netto delle prestazioni inappropriate che dovranno registrare una riduzione, e con l'integrazione delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, oltre alle prestazioni che dovranno essere recuperate dalle tipologie in mobilità passiva extraregionale, erogabili dall'ASP.

In aggiunta dovranno essere garantite il trasferimento nel setting assistenziale APA-PAC delle prestazioni di ricovero individuate dai DCA regionali.

Di seguito la tabella riassuntiva delle prestazioni specialistiche ambulatoriali prodotte nelle strutture ospedaliere dell'ultimo biennio.

SINTESI PRODUZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALI 2015-2016

PRESIDIO	PRESTAZIONI 2015	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2015/2016
ACRI	240.305	183.002	-57.303
CASTROVILLARI	265.222	238.166	-27.056
CETRARO	126.843	101.447	-25.396
PAOLA	153.788	147.640	-6.148
ROSSANO	214.660	189.092	-25.568
CORIGLIANO	173.530	108.139	-65.391
SAN GIOVANNI IN FIORE	229.032	185.002	-44.030
Totale	1.403.380	1.152.488	-250.892

13.5 Mobilità passiva.

Dall'analisi dei dati di mobilità disponibili (anno 2013), si evince che la mobilità passiva extraregione relativa alla ASP di Cosenza riguarda n° 23.304 ricoveri pari ad un importo di euro 85.770.263,00; sul totale dei casi, al primo posto il flusso verso la Regione Lazio per il 18% circa, al secondo posto segue la Puglia con il 12,62 % dei casi, quindi la Basilicata con il 12,21% , la Lombardia con l'11,97% e l'Emilia Romagna con l'11,40, seguono la Campania con il 9,10% e la Toscana con il 7,73% tra le frequenze più significative, le altre Regioni tutte con percentuali inferiori al 5%.

In ambito regionale è da precisare che la mobilità dell'ASP di Cosenza rappresenta in valore economico circa il 34% della mobilità passiva extraregione dell'intera Regione Calabria.

Passando ad una analisi dettagliata dei casi per distretto di residenza dei pazienti, si evidenzia che un numero elevato di casi si riferiscono a ricoveri presso le Regioni limitrofe, e precisamente dal versante Jonico – Distretto Jonio Nord verso la Puglia (n° 1.155 casi) e la Basilicata (n° 975 casi), dal versante Tirrenico – Distretto Tirreno verso la Basilicata (n° 1.244 casi) e Campania (1.059 casi), dal Distretto Esaro-Pollino verso la Basilicata (n° 441 casi), verso la Puglia (n° 614 casi) . D'altra parte i casi di mobilità più elevati sono a carico del Distretto Jonio Nord (n° 4.656 casi) e Tirreno (n° 5.747 casi) che con quelli dell'Esaro-Pollino (3286 casi) su un totale di 23.304 casi, rappresentano circa il 50% della mobilità aziendale per un importo pari ad euro 18.060.905.



Nelle tabelle seguenti è riportata una analisi dettagliata dei dati di mobilità passiva extraregionale relativa all'anno 2013 (ultimo anno reso disponibile dal sistema informativo regionale) effettuata facendo riferimento alle aree corrispondenti agli ex 15 Distretti sanitari, ed ai territori degli attuali 6 Distretti attivi e cioè:

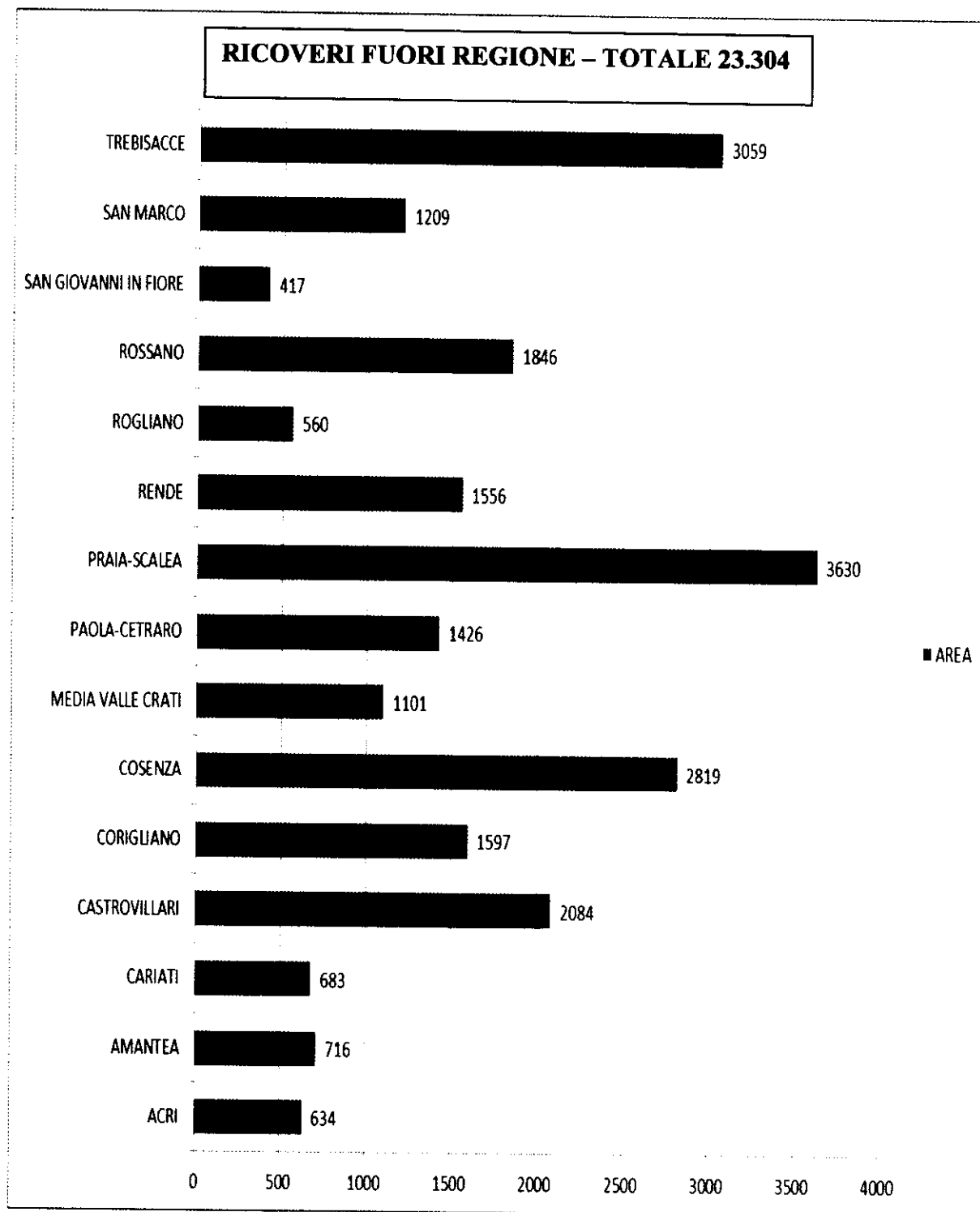
- a) Distretto Jonio Nord che ha accorpato gli ex Distretti di Trebisacce e Corigliano;
- b) Distretto Jonio Sud che ha accorpato gli ex Distretti di Rossano, Cariati e San Giovanni in Fiore;
- c) Distretto Pollino/Esaro che ha accorpato gli ex Distretti di Castrovillari e San Marco A.;
- d) Distretto Tirreno che ha accorpato gli ex Distretti di Praia a Mare/Scalea, Cetraro/Paola, Amantea;
- e) Distretto Valle Crati che ha accorpato gli ex Distretti di Rende, Montalto Uffugo e Aciri;
- f) Distretto Cosenza che ha accorpato gli ex Distretti di Cosenza e Rogliano;

Nella tabella seguente sono rappresentati i casi di Fughe extraregionali dall'ASP x regione erogante

		Casi	Importo	% casi	% importo
120	LAZIO	5.361	16.610.640	17,97	16,08
160	PUGLIA	2.946	13.944.472,00	12,62	16,26
170	BASILICATA	2.849	8.101.041,00	12,21	9,45
030	LOMBARDIA	2.794	13.806.103,00	11,97	16,10
080	EMILIA ROMAGNA	2.661	11.154.501,00	11,40	13,01
150	CAMPANIA	2.123	6.085.748,00	9,10	7,10
090	TOSCANA	1.803	5.524.929,00	7,73	6,44
190	SICILIA	538	1.776.974,00	2,31	2,07
010	PIEMONTE	523	2.539.673,00	2,24	2,96
050	VENETO	448	1.705.600,00	1,92	1,99
100	UMBRIA	382	1.184.285,00	1,64	1,38
070	LIGURIA	364	1.314.389,00	1,56	1,53
110	MARCHE	135	445.589,00	0,58	0,52
130	ABRUZZO	129	494.155,00	0,55	0,58
060	FRIULI-VENEZIA GIULIA	105	536.419,00	0,47	0,63
140	MOLISE	79	282.348,00	0,34	0,33
020	VALLE D'AOSTA	2	91.216,00	0,12	0,11
042	P.A. DI TRENTO	25	68.431,00	0,11	0,08
041	P.A. DI BOLZANO	19	71.194,00	0,08	0,08
200	SARDEGNA	18	32.556,00	0,08	0,04
Totale		23.304	85.770.263,00	100,00	100,00



Il grafico seguente rappresenta il numero di casi in mobilità extraregione distinti per i territori degli ex 15 Distretti della ASP di Cosenza, e riferiti all' anno 2013, attualmente gli ultimi disponibili a questa Direzione.





L'analisi dettagliata dei casi per distretto di residenza dei pazienti, evidenzia che un numero elevato di casi sono da riferire a ricoveri presso le Regioni limitrofe, e precisamente, verso la Puglia (n° 1.155 casi) e la Basilicata (n° 975 casi) dal versante Jonico – Distretto Jonio Nord, e verso la Basilicata (n° 1.244) casi e Campania (1.059) dal versante Tirrenico – Distretto Tirreno. D'altra parte i casi di mobilità più elevati sono a carico proprio del Distretto Jonio Nord (n° 4.656 casi) e Tirreno (5.747) su un totale di 23.304 casi, quindi circa il 50% della mobilità aziendale.

Numero casi di mobilità passiva extraregionale per Regione erogante e Distretto di residenza

REGIONE EROGANTE	COSENZA- SAVUTO	ONIO NORD	ONIO SUD	POLLINO ESARO	TIRRENO	VALLE CRATI	Totale complessivo
LAZIO	730	638	510	575	990	751	4.194
PUGLIA	262	1.155	475	614	162	278	2.946
BASILICATA	75	975	56	441	1.244	58	2.849
LOMBARDIA	532	471	350	378	644	419	2.794
EMILIA ROMAGNA	367	335	682	323	424	530	2.661
CAMPANIA	276	191	157	269	1.059	171	2.123
TOSCANA	333	263	235	271	403	298	1.803
LAZIO (Bambin Gesù)	197	192	156	87	312	218	1.162
SICILIA	180	57	45	47	78	131	538
PIEMONTE	97	91	72	60	115	88	523
VENETO	87	57	52	40	91	121	448
UMBRIA	82	57	49	54	68	72	382
LIGURIA	85	40	55	49	72	63	364
MARCHE	21	33	19	19	12	31	135
ABRUZZO	17	50	7	13	20	22	129
FRIULI-VENEZIA GIULIA	16	19	17	21	17	20	110
MOLISE	8	17	1	13	29	11	79
VALLE D'AOSTA	1			8	19	1	29
P.A. DI TRENTO	6	4	4	5	4	2	25
P.A. DI BOLZANO	4	6		1	4	4	19
SARDEGNA	3	2	4	3	4	2	18
LAZIO		3		2	1		6
Totale complessivo	3.379	4.656	2.946	3.293	5.772	3.291	23.337



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

14. Sistemi Informativi.

I Sistemi Informativi gestiscono i flussi di dati delle attività prodotte dalle varie unità operative aziendali, redatti secondo i tracciati record ed i modelli previsti dalle normative. Nel corso del 2016 l'ASP ha potenziato e migliorato l'organizzazione e la gestione dell'intero sistema informatico aziendale, dalle infrastrutture alla rete, dai servizi di supporto agli applicativi di piattaforma, attraverso :

- Progettazione e realizzazione delle attività necessarie alla raccolta, produzione, elaborazione, distribuzione dei dati e delle informazioni non ancora a regime, con il fine della costruzione e gestione di un sistema informativo aziendale completo ed efficiente;
- Supporto di natura tecnico-informatica alle strutture interne all'azienda assicurando collaborazione per il perseguimento degli obiettivi comuni;
- Ottimizzazione delle modalità di relazione informativo- informatica tra le strutture interne al fine di consentire la disponibilità costante dei dati di governo delle attività sanitarie;
- Definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali;
- Coordinamento delle richieste di acquisizione di strumenti informatici provenienti dai diversi livelli organizzativi;
- Predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzione delle procedure e delle apparecchiature informatiche e di telefonia;
- Supporto della parte tecnico-informatica del CUP aziendale;
- Supporto tecnico-informatico alle attività di programmazione e controllo (Sistema Direzionale, reporting, ecc.) e delle attività connesse allo sviluppo del processo di budget e dell'informatizzazione della scheda di budget.

L'ASP si è inoltre impegnata per garantire la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o dai Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno.

15. Realizzazione Obiettivi di PSN.

La programmazione delle attività e dei progetti relativi al 2017-2019 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla intesa Stato-Regioni del 2014 e s.m.i., e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale della Regione Calabria. Nel presente Piano della Performance si stabilisce che ciascuna macrostruttura/CDR dovrà perseguire il raggiungimento degli obiettivi di Piano, e dovrà provvedere alla conseguente rendicontazione in relazione all'area di competenza (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione, Salute mentale).

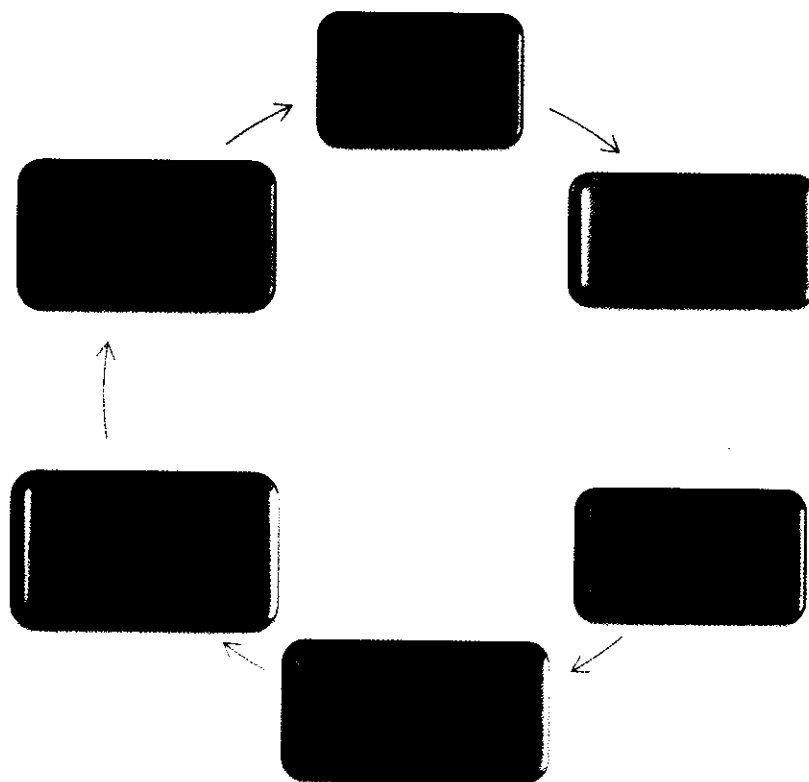
Infatti trattasi di attività dedicate e finalizzate, nelle regioni sottoposte al Piano di rientro, anche al miglioramento dell'erogazione dei LEA (Patto per la Salute 2014-2016 e Intesa Stato/Regioni del 10/07/2014). La realizzazione delle linee progettuali e la conseguente attività di rendicontazione da parte delle strutture interessate, costituirà obiettivo di budget ed l'elemento di misurazione della performance organizzativa per le stesse, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di risultato.



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

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

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





16.1 Il Ciclo di Gestione della Performance.

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

Con l'Atto Aziendale adottato dall'ASP ma ancora da approvare dal competente Assessorato, sono state individuate dall'Azienda le macrostrutture, le strutture complesse, le strutture semplici, le competenze e le funzioni di ciascuna struttura.

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

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

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

ALLEGATI:

- Scheda obiettivi strategici ed operativi per la definizione degli obiettivi di CDR ai fini della negoziazione del Budget anno 2017 (si riportano gli obiettivi di riferimento per lo sviluppo per CDR).
- Proposta di modello di scheda di negoziazione budget da utilizzare per l'anno 2017.

Gli obiettivi specifici, diversificati per ciascun CdR, saranno definiti secondo le indicazioni del comitato di budget, a conclusione del processo di negoziazione tra la Direzione strategica ed i singoli CdR ed inseriti nella scheda negoziata.

Obiettivo	obiettivo strategico	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Macro aree coinvolte
1	Efficienza economica	Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditorî. Adempimento fatturazione elettronica.	Numero fatture inserite e liquidate entro i termini/totale fatture ricevute e registrate	Punti ordinanti U.O.GEF
2	Efficienza gestionale	Implementazione del sistema di Programmazione e Controllo e del processo di budgeting con monitoraggio della quadratura dei dati di contabilità generale con la contabilità analitica secondo il piano regionale.	Rispetto cronoprogramma regionale	Direzione generale U.O. Program. e Controllo U.O. GEF - Area Amministrativa Distretti Dipartimenti Ospedali
3	Informazione e comunicazione	Garantire la completezza, tempestività e qualità dei dati e delle informazioni necessarie per orientare la programmazione strategica aziendale, e garantire il debito informativo aziendale alle istituzioni richiedenti.	SI - assolvimento completo debito informativo	Direzione generale U.O. SIA U.O. GEF Distretti Dipartimenti
4	Equilibrio economico	Implementazione sistema data warehouse aziendale e del sistema SEC-SIRS ai fini del monitoraggio della spesa.	analisi comparative costi/rendimento/risultato	Ospedali UOC Area amministrativa UOC Programm. e controllo UOC GESI
5	Accessibilità e fruibilità	Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale - Territorio;	> % pazienti trattati 2017/pazienti trattati anno 2016	Distretti sanitari Strutture di ricovero
6	appropriatezza percorsi assistenziali	Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.	sviluppo procedure	Distretti sanitari Strutture di ricovero
7	appropriatezza percorsi assistenziali	Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, dei dispositivi, attività di farmacovigilanza	monitoraggio trimestrale	Dipartimento farmaceutico
8	appropriatezza percorsi assistenziali	Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico). Monitoraggio eventi sentinella.	< n° prestazioni inappropriate e n° procedure prevenzione rischio Piano aziendale rischio clinico	Distretti sanitari Strutture di ricovero Risk amangement
9	efficienza gestionale	Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;	aggiornamento/inserimento attrezzature nel sistema CO.AN. con elaborazione ammortamenti.	Ufficio Unico sicurezza UOC Ingegneria clinica UOC Gestione tecnico/patrimoniale
10	efficienza organizzativa	Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;	attivazione/disattivazione 100% PL previsti. T.O. 90%	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero
11	Equilibrio economico	Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti.	Ripartizione Budget FSR per LEA	Centrale Operativa/118 Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero
12	Efficienza organizzativa	Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.	Acquisto e/o incremento erogazione prestazioni in mobilità passiva	Dipart. Strutturali Distretti sanitari Strutture di ricovero
13	Accessibilità e fruibilità	Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DPGR n° 126 del 02/12/2011 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strutturali in particolare. Implementazione, di concerto con il livello regionale, del CUP di Area	< tempi di attesa S(data prenotazione-data erogazione)/ n° complessivo prestazioni.	Direzione sanitaria az. CUP aziendale Distretti sanitari Strutture di ricovero
14	Equilibrio economico	Acquisto prestazioni da privato in coerenza con programmazione regionale nel rispetto dei limiti dettati dall'art. 15, comma 14, del D.L. 95/2012 così come modificato dalla legge 208/2015	(N° contratti sottoscritti/ n° contratti totali) x 100	Direzione generale UOC Spedalità

Obiettivo	obiettivo strategico	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Macro aree coinvolte
15	Integrazione ospedale-territorio	Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso l'attivazione e/o il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, ADI, Day service, P.L. Lungodegenza e riabilitazione intensiva) per integrazione "Ospedale-Territorio".	Attivazione UCCP/AFT e Case della salute	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero
16	appropriatezza percorsi assistenziali	Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.	Reporting periodici dati attività	Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali
17	appropriatezza percorsi assistenziali	Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.	Definizione linee guida/protocolli per principali PDTA	Strutture interessate dal PDTA
18	Accessibilità e fruibilità	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, e verifica attraverso la somministrazione di questionari predisposti.	Somministrazione Questionari di gradimento	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali
19	appropriatezza percorsi assistenziali	Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione dei Dipartimenti funzionali, integrati con le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.	Definizione di Regolamento di dipartimento e pubblicazione su apposito sito aziendale	Dipartimento funzionale Strutture afferenti
20	Umanizzazione assistenza	Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della ASP.	Customer satisfaction	Direzione sanitaria sanitari Strutture di ricovero DSM
21	Qualità e formazione	Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;	attuazione percorsi formativi per riqualificazione	Servizi accoglienza Direzione generale Formazione e qualità
22	Anticorruzione e trasparenza	Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT integrato con il Piano delle Performance.	Attuazione delle misure obbligatorie ed ulteriori previste nel PTPCT	Direzione generale RPCT OIV Programmazione e controllo Distretti Sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali Area amministrativa
23	Efficienza gestionale	Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette ad efficientare la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.	Piena attuazione PAC di competenza	Direzione Amministrativa Stazioni appaltanti
24	Efficienza gestionale	Adesione al piano di accelerazione e efficientamento del fascicolo sanitario a seguito della messa a disposizione da parte della Regione delle infrastrutture e delle banche dati.	Implementazione procedure di dematerializzazione cartella clinica e ricetta cartacea	Direzione generale UOC GEGSI Strutture di ricovero Distretti sanitari DSM
25	Gestione risorse umane	Verifica personale soggetto a limitazioni	(N° personale con limitazioni sottoposto a revisione medica dei requisiti/personale totale con limitazioni) x 100	Direzione generale UOC Gestione risorse um.
26	Gestione risorse umane	Verifica personale valutato non idoneo e riclassificato	(N° personale non idoneo sottoposto a revisione medica dei requisiti/personale totale non idoneo) x 100	Direzione generale UOC Gestione risorse um.
27	Gestione risorse umane	Verifica personale che usufruisce del beneficio legge 104/92	(N° personale L. 104/92 sottoposto a revisione medica dei requisiti/personale totale L. 104/92) x 100	Direzione generale UOC Gestione risorse um. UOC medicina del lavoro

Obiettivo	obiettivo strategico	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Macro aree coinvolte
28	Efficienza gestionale	Implementazione processo di dematerializzazione atti con informatizzazione archiviazione sostitutiva di Delibere/determine, protocollo, fatture	predisposizione cronoprogramma piano operativo di superamento criticità.	Direzione generale UOC GESI UOC Gestione tecnico-patrim.
29	area emergenza	completamento del processo di riordino del sistema di emergenza secondo direttive regionali	Definizione rete emergenza e piano operativo trasporto terrestre	UOC Affari generali
30	Accessibilità e fruibilità	Potenziamento delle attività territoriali: completamento attivazione PUA (Punti Unici di Accesso)	Secondo cronoprogramma	Direzione generale UOC Centrale operativa/118
31	Gestione risorse umane	Rideterminazione definitiva dei fondi contrattuali (art. 16 L.5/2009)	Provvedimento di rideterminazione fondi contrattuali	Distretti sanitari
32	Prevenzione	Mantenimento/miglioramento livelli di attività e di risultato registrati per tutti i servizi per l'anno 2016	Prestazioni anno 2017/prestazioni anno 2016 (= o >)	Direzione generale UOC risorse umane
33	Prevenzione	Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2016	Prestazioni anno 2017/prestazioni anno 2016 (= o >)	UOC Dipartimento di prevenzione
34	Prevenzione	Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi	Copertura uguale o superiore anno 2016	Dipart. Prevenzione UOC area veterinaria
35	Prevenzione	Gestione ed attuazione degli obiettivi individuati nel Piano Regionale della Prevenzione vigente	attuazione obiettivi PRP anno 2017	Dipart. Prevenzione UOC Igiene e sanità pubblica
36	Assistenza Territoriale	Gestione rapporti MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali con i distretti con coinvolgimento in piani di riordino secondo un approccio multidisciplinare ed un modello dipartimentale	Corretta applicazione ACN e piano di riordino assistenza primaria	UOC Dipartimento di prevenzione
37	Assistenza Territoriale	Razionalizzazione costi assistenza ausilia e protesica	Definizione linee guida a fini prescrittivi Definizione standard Budget distrettuali Monitoraggio trimestrale spesa Customer satisfaction	Distretti Sanitari Cure primarie MMG PLS Specialisti
38	Assistenza Territoriale	nazionali previsti che per la spesa farmaceutica territoriale sono = od < a 11,35 % del FSN (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).	spesa farmaceutica territoriale < = 11,35% del FS.	Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipartimento farmaceutico
39	Materno infantile	Implementare la rete STEN e STAM, già attivata nel 2016 tra A.O. e ASP, secondo quanto previsto dal DCA 48 del 25/05/2016 e compatibilmente con la disponibilità di risorse umane e tecnologiche.	Rispetto cronoprogramma	Area Materno infantile Centrale Operativa/118 Area emergenza/urgenza
40	Materno infantile	Promozione del benessere mentale degli adolescenti dal disagio alla consapevolezza del se attraverso attività di coordinamento tra le istituzioni.	evidenza documentale attività di coordinamento	Distretti sanitari UOC Coordinamento attività consultoriali
41	Materno infantile	Implementazione offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita al fine di migliorare la compliance della maternità e ridurre il tasso di tagli cesarei.	< % parti cesarei/tot. parti (<= 15% <= 25%).	Distretti sanitari UOC Coordinamento Attività consultoriali UOC Ostetricia e ginecologia
42	Materno infantile	Prevenzione osteoporosi nelle donne a rischio mediante attività informative e di divulgazione	< % fratture patologiche	Distretti sanitari UOC Coordinamento Attività consultoriali

Obiettivo	obiettivo strategico	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Macro aree coinvolte
43	Assistenza SERD	Sviluppo di programmi territoriali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile nell'ambito di programmi di sensibilizzazione al disagio giovanile e alla dipendenza da sostanze e ludopatia, elaborando progettualità di reti integrate rivolte alle famiglie e agli adulti di riferimento.	Elaborazione progettualità di reti integrate per prevenzione disagio giovanile	DSM SERD Distrettuali
44	Assistenza SERD	Definire e sviluppare tecniche per la misura, monitoraggio e verifica della conformità delle attività e dei processi di erogazione del servizio ai requisiti definiti. Definizione numeratore e denominatore per individuare indicatori di cui all'allegato 8.24 della legge 24/2008.	Definizione indicatori e produzione report trimestrale attività da flusso aziendale	SERD Distrettuali
45	Salute mentale	Implementazione e messa a regime dati prime cartelle cliniche (primi accessi) inserite su Sigemona con indicatore del 100% per l'anno 2017.	Evidenza primi accessi inseriti su SW regionale SIGEMONA al 100%	DSM UOC CSM territoriali
46	Salute mentale	Incremento del numero di Utenti dimessi da SPDC che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione (utenti dimessi e visitati SPDC/utenti dimessi anno > 80%).	> numero utenti con visita psichiatrica entro 14 giorni (> 80 %)	DSM UOC SPDC
47	Salute mentale	Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	DRG 430, 428 e 426 > 75%	DSM UOC SPDC
48	Assistenza residenziale	Garantire flussi informativi specifici regionali e potenziare le attività di vigilanza igienico-sanitaria e di appropriatezza prestazioni	Corretto adempimento debito informativo; Incremento attività di vigilanza con monitoraggio trimestrale	Distretti sanitari DSM
49	Area sociosanitaria	Promuovere politiche che, agendo su diversi fronti, facilitino l'integrazione di servizi sanitari e sociali al fine di favorire modifiche di comportamenti tramite interventi intersettoriali e multi-stakeholder che rispondono concretamente ai bisogni reali delle persone	Programmi intersettoriali e multistakeholder condivisi	Distretti sanitari Area servizi sociali
50	Assistenza ospedaliera	Regolarità e puntualità nella trasmissione delle SDO da parte delle UU.OO. all'ufficio flussi SDO competente e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.	rispetto debito informativo, Report NOCI, < 4 solleciti	NOCI
51	Assistenza ospedaliera	Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ostetricia/ginecologia.	adeguamento indicatori: DM - % casi chirurgici - T.O.	Strutture ricovero
52	Assistenza ospedaliera	Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure dell'area di ortopedia, e di ostetricia/ginecologia.	adeguamento indicatori: % parti cesarei/tot. parti (<= 15% <= 25%). N° Interv. chir. < 0-2 gg fratture fem. > 65aa	Strutture di ricovero UOC Ortopedia UOC Ostetricia/ginecologia
53	Assistenza ospedaliera	Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).	Piano prestazioni di ricovero erogabili e piano di acquisto	Strutture di ricovero UOC Spedalità
54	Assistenza ospedaliera	Mantenimento/riduzione della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal II D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012, n. 135; Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5 % FSN. Rispetto dei processi collegati: generici, File F, Chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi.	Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5% FSN	Strutture ospedaliere Dipartimento farmaceutico
55	Efficienza gestionale	Obbligo sviluppo e completa attuazione Linee guida inerenti le procedure amministrativo-contabili (PAC) approvate con decreto n° 96 del 04/07/2013.	Redazione PAC ASP Cosenza ed applicazione secondo cronoprogramma	Tutte le UOC area amministrativa Dip. Farmaceutico Distretti sanitari



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA
AZIENDALE - UOC/UOSD :

NUMERO SCHEDA

COGNOME E NOME

PROFILO PROFESSIONALE: DIRETTORE UOC

TIPOLOGIA DI INCARICO: DIRETTORE UOC

UNITA' OPERATIVA: UOC/UOSD

POSTO LETTO (ORD. IDI/US)

DIPARTIMENTO:

P. O. STRUTT. TERR.

VALUTATORE DI P. ISTANZA:

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

Periodo valutato

01/2017 - 12/2017

Collegato a risorse

N°	Area strategica	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Risultati Attesi	Consuntivo 2016	del cellulare e mail	% peso obiettivo	V.A. 2017	Risultato conseguito 2017	Punteggio indicatore	VINCOLI				Altro - Note
											P	T	S	Org	
1							10								
2							10								
3							10								
4							10								
5							10								
6							10								
7							15								
8							10								
9							10								
10							10								
		TOTALE PESO DELL'INDICATORE					15								
		VALORE BUDGET ASSEGNATO					100								
		BUDGET DI RISULTATO													

NOTE DEL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'U.O. IN FASE DI NEGOZIAZIONE:

IL DIRETTORE GENERALE: F.TO

PER ACCETTAZIONE: IL DIRETTORE DEL COR

1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSP alla quale afferiscono con particolare riferimento a quelli direttamente riconducibili all'incarico o alla struttura loro assegnata.

2. La Direzione strategica dell'ASP CS ha approvato con Delibera n° 1767 del 31/10/2016 il Piano delle Attività e con delibera n° /2017 il Piano delle performance. La Direzione aziendale potrà eventualmente, nel corso dell'anno, modificare o integrare gli obiettivi contenuti nella presente scheda di budget qualora riconosca importanti, motivate e oggettive modificazioni di contesto. Eventuali obiettivi e indicatori aggiuntivi assegnati in corso d'anno saranno tempestivamente comunicati ai dirigenti con relativi indicatori e pesi assegnati ad integrazione di quelli già definiti per gli altri obiettivi in sede di negoziazione.

3. Nella tabella "consuntivo 2016" di norma è riportato il dato registrato nel 2016 diversamente a margine del dato, tra parentesi, è riportato l'anno a cui il dato storico si riferisce o (n) per media. I dati relativi al 2016 disponibili sono pubblicati sul sito web aziendale nella pagina "Area di staff - Programmazione e Controllo - Sezione Budget. Per la piena farmaceutica convenzionata i costi sono riferiti al consumo di farmaci per distretto di residenza dei pazienti.

GRADO DI Efficacia Obiettivi (max 100 punti) scostamenti tra 0 e 5 % 100% punteggio
scostamento tra 10 e 15% 90% del punteggio
scostamento tra 16 e 20% 80% del punteggio
scostamento tra 21 e 25% 70% del punteggio
scostamento tra 26 e 30% 60% del punteggio

Valore minimo % raggiungimento obiettivo >60%

legenda

V.A.: Valore Atteso

P: Personale

T: Tecnologie

S: Struttura

Org: Organizzazione