

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

DELIBERAZIONE DEL Direttore Generale N. 160 DEL 31 GEN. 2018

OGGETTO: Adozione Piano delle Performance 2018-2020 – 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.

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;

- 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 2018 - 2020;

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 2018/2020, 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

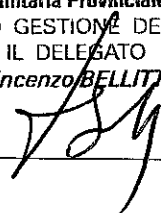
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Francesco Giudiceandrea

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. 2018** e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi ed è stata trasmessa, in pari data, al Collegio Sindacale.

Il Direttore U.O.C Affari Generali

REGIONE CALABRIA
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza
UFFICIO GESTIONE DELIBERE
IL DELEGATO
Vincenzo BELLITTI



Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

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

Prot. n. _____ ESECUTIVA il _____

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA

ALLEG. ALLA DELIBERA
N. 160 del 31 GEN. 2018

Piano della Performance

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Performance:

*"Il contributo che un soggetto apporta, attraverso la propria azione,
al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza,
alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'Organizzazione è stata costituita".*

2018/2020



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.	23
5	Le Risorse Finanziarie.	24
6	Il Piano di Sviluppo Triennale.	28
7	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	38
8	Albero della Performance.	40
9	Linee Programmatiche ASP	44
10	Piano di Budget Anno 2018.	48
11	I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	50
12	II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:	52
13	III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	66
14	Sistemi Informativi.	79
15	Coordinamento ed integrazione Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza PTPCT con la programmazione aziendale (Piano della Performance).	80
16	Realizzazione Obiettivi di PSN.	81
17	Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.	82



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. Anche nella definizione del Piano della Performance 2018/2020 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 2018-2020, 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 25/01/2018

Il Direttore Generale

Dott. Raffaele Mauro



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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 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 dai 155 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 717.535 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.650 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza è 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 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in 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 e Cassano allo Jonio. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è stato organizzato fino al 2012 in 15 Distretti Sanitari, ma a seguito della riorganizzazione, anche secondo quanto indicato nelle linee guida regionali, i vecchi Distretti socio-sanitari sono stati riaggregati in nuovi ambiti Distrettuali, che hanno comportato la definizione di 6 nuovi Distretti socio-sanitari con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat) anno 2016

DISTRETTI ASP			
		% Maschi	% Femmine
1 - "TIRRENO"	135.498	49	51
2 - "ESARO/POLLINO"	98.313	49	51
3- "JONIO NORD"	101.834	49	51
4 - "JONIO SUD"	71.344	49	51
5 - "VALLE CRATI"	144.189	49	51
6 - "COSENZA/SAVUTO"	160.561	48	52
TOTALE DISTRETTI	717.739	49	51

Di seguito si riporta in modo analitico la popolazione afferente ai nuovi Distretti, con i riferimenti ai Distretti sociosanitari aggregati (ex Distretto) e per singolo Comune:

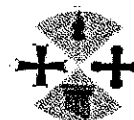
DISTRETTO ESARO/POLLINO		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Castrovillari	Acquaformosa	1.123
Castrovillari	Altomonte	4.443
Castrovillari	Castrovillari	22.160
Castrovillari	Civita	919
Castrovillari	Firmo	2.086
Castrovillari	Fascineto	2.107
Castrovillari	Laino Borgo	1.899
Castrovillari	Laino Castello	842
Castrovillari	Lungro	2.542
Castrovillari	Morano Calabro	4.485
Castrovillari	Mormanno	2.984



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

Castrovillari	San Basile	1.025
Castrovillari	Saracena	3.782
S. Marco A.	Cervicati	818
S. Marco A.	Fagnano C.	3.861
S. Marco A.	Malvito	1.760
S. Marco A.	Mongrassano	1.579
S. Marco A.	Mottafollone	1.226
S. Marco A.	Roggiano Gravina	7.230
S. Marco A.	San Donato di Ninea	1.316
S. Marco A.	San Lorenzo del Vallo	3.389
S. Marco A.	San Marco A.	7.391
S. Marco A.	San Sosti	2.180
S. Marco A.	Santa Caterina Albanese	1.213
S. Marco A.	Sant'Agata di Esaro	1.856
S. Marco A.	Spezzano A.	6.990
S. Marco A.	Tarsia	2.063
S. Marco A.	Terranova da Sibari	5.044
TOTALE AREA		98.313

DISTRETTO VALLE CRATI		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Acri	Acri	20.623
Acri	Santa Sofia d'Epiro	2.569
MVC	Bisignano	10.152
MVC	Cerzeto	1.388
MVC	Luzzi	9.309
MVC	Lattarico	3.995
MVC	Montalto Uffugo	19.930
MVC	Rota Greca	1.129
MVC	San Benedetto Ullano	1.541
MVC	San Martino di Finita	1.074
MVC	Torano C.	4.617
Rende	Rende	35.475
Rende	Castiglione Cosentino	2.932
Rende	Castrolibero	9.844
Rende	Marano M.	3.501
Rende	Marano P.	3.187
Rende	Rose	4.419
Rende	San Fili	2.692
Rende	San Pietro in Guarano	3.645
Rende	San Vincenzo la Costa	2.167
TOTALE AREA		144.189



DISTRETTO AREA COSENZA/SAVUTO		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Cosenza	Aprigliano	2.850
Cosenza	Carolei	3.374
Cosenza	Casali del Manco	10.113
Cosenza	Celico	2.763
Cosenza	Cerisano	3.157
Cosenza	Cosenza	67.563
Cosenza	Dipignano	4.361
Cosenza	Domanico	936
Cosenza	Lappano	947
Cosenza	Mendicino	9.517
Cosenza	Piane Crati	1.419
Cosenza	Pietrafitta	1.277
Cosenza	Rovito	3.136
Cosenza	Spezzano della Sila	4.530
Cosenza	Zumpano	2.608
Rogliano	Attilia	707
Rogliano	Bianchi	1.290
Rogliano	Belsito	909
Rogliano	Carpanzano	251
Rogliano	Cellara	493
Rogliano	Colosimi	1.245
Rogliano	Figline V.	1.124
Rogliano	Grimaldi	1.672
Rogliano	Malito	768
Rogliano	Mangone	1.889
Rogliano	Marzi	989
Rogliano	Panettieri	339
Rogliano	Parenti	2.149
Rogliano	Paterno Calabro	1.386
Rogliano	Pedivigliano	827
Rogliano	Rogliano	5.782
Rogliano	Santo Stefano di R.	1.723
Rogliano	Scigliano	1.240
S. Giovanni F.	San Giovanni in F.	17.227
TOTALE AREA		160.561



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

DISTRETTO AREA JONIO NORD		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Trebisacce	Trebisacce	9.052
Trebisacce	Villapiana	5.415
Trebisacce	San Lorenzo B.	640
Trebisacce	Roseto Capo Spulico	1.939
Trebisacce	Rocca Imperiale	3.321
Trebisacce	Plataci	740
Trebisacce	Montegiordano	1.814
Trebisacce	Nocara	382
Trebisacce	Oriolo	2.174
Trebisacce	Francavilla M.	2.874
Trebisacce	Cerchiara di Calabria	2.362
Trebisacce	Castroregio	291
Trebisacce	Cassano Jonio	18.355
Trebisacce	Canna	738
Trebisacce	Amendolara	2.928
Trebisacce	Albidona	1.320
Trebisacce	Alessandria del C.	442
Corigliano	Corigliano C.	40.426
Corigliano	Vaccarizzo A.	1.100
Corigliano	San Giorgio Albanese	1.408
Corigliano	San Cosmo Albanese	601
Corigliano	San Demetrio C.	3.512
TOTALE AREA		101.834

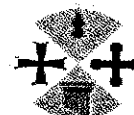
DISTRETTO AREA JONIO SUD		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Rossano	Rossano	36.724
Rossano	Paludi	1.054
Rossano	Longobucco	3.099
Rossano	Cropalati	1.067
Rossano	Crosia	9.806
Rossano	Calopezzati	1.358
Rossano	Caloveto	1.237
Cariati	Cariati	8.250
Cariati	Terravecchia	769
Cariati	Scala Coeli	991
Cariati	Pietrapaola	1.126
Cariati	Mandatoriccio	2.817
Cariati	Campana	1.765
Cariati	Bocchigliero	1.281
TOTALE AREA		71.344



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

DISTRETTO AREA TIRRENO		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Amantea	Aiello Calabro	1.691
Amantea	Amantea	14.009
Amantea	Belmonte C.	1.994
Amantea	Cleto	1.275
Amantea	Fiumefreddo B.	2.963
Amantea	Lago	2.571
Amantea	Longobardi	2.291
Amantea	San Pietro in Amantea	510
Amantea	Serra D'Aiello	451
Paola	Acquappesa	1.876
Paola	Bonifati	2.824
Paola	Cetraro	10.112
Paola	Falconara A.	1.446
Paola	Fuscaldo	8.121
Paola	Guardia Piemontese	1.917
Paola	Paola	15.905
Paola	Sanginetto	1.319
Paola	San Lucido	6.036
Praia-Scalea	Aieta	823
Praia-Scalea	Belvedere M.	9.298
Praia-Scalea	Buonvicino	2.233
Praia-Scalea	Diamante	5.299
Praia-Scalea	Grisolia	2.246
Praia-Scalea	Maierà	1.232
Praia-Scalea	Orsomarso	1.254
Praia-Scalea	Papasidero	711
Praia-Scalea	Praia a Mare	6.708
Praia-Scalea	San Nicola Arcella	1.988
Praia-Scalea	Santa Domenica Talao	1.251
Praia-Scalea	Santa Maria del Cedro	4.939
Praia-Scalea	Scalea	10.997
Praia-Scalea	Tortora	6.199
Praia-Scalea	Verbicaro	3.009
TOTALE AREA		135.498



Distribuzione della popolazione 2017 - provincia di Cosenza

Età	Celibi	Coniugat i	Vedovi	Divorziat i	Maschi	Masc hi	Femmin e	Femmin e	Totale	Totale
	/Nubili	/e	/e	/e		%		%		%
0-4	28.380	-	-	-	14.446	50,90 %	13.934	49,10%	28.380	4,00%
5-9	30.543	-	-	-	15.652	51,20 %	14.891	48,80%	30.543	4,30%
10-14	32.475	-	-	-	16.857	51,90 %	15.618	48,10%	32.475	4,60%
15-19	33.740	18	1	-	17.331	51,30 %	16.428	48,70%	33.759	4,70%
20-24	37.787	1.010	2	9	20.055	51,70 %	18.753	48,30%	38.808	5,50%
25-29	37.371	7.000	7	58	22.538	50,70 %	21.898	49,30%	44.436	6,20%
30-34	26.445	18.584	49	187	23.004	50,80 %	22.261	49,20%	45.265	6,40%
35-39	17.443	29.277	120	512	23.762	50,20 %	23.590	49,80%	47.352	6,70%
40-44	13.006	37.356	342	985	25.677	49,70 %	26.012	50,30%	51.689	7,30%
45-49	9.968	42.053	685	1.500	26.322	48,60 %	27.884	51,40%	54.206	7,60%
50-54	7.577	44.542	1.351	1.547	26.800	48,70 %	28.217	51,30%	55.017	7,70%
55-59	5.550	42.084	2.236	1.392	25.068	48,90 %	26.194	51,10%	51.262	7,20%
60-64	3.805	37.593	3.417	1.132	22.231	48,40 %	23.716	51,60%	45.947	6,50%
65-69	2.970	34.544	5.263	907	21.142	48,40 %	22.542	51,60%	43.684	6,10%
70-74	1.920	22.765	5.947	481	14.889	47,90 %	16.224	52,10%	31.113	4,40%
75-79	1.617	19.250	8.784	341	13.815	46,10 %	16.177	53,90%	29.992	4,20%
80-84	1.459	12.623	10.396	201	10.484	42,50 %	14.195	57,50%	24.679	3,50%
85-89	916	5.707	8.486	107	5.745	37,80 %	9.471	62,20%	15.216	2,10%
90-94	481	1.525	4.264	55	2.020	31,90 %	4.305	68,10%	6.325	0,90%
95-99	131	209	1.018	8	379	27,70 %	987	72,30%	1.366	0,20%
100+	28	51	146	-	68	30,20 %	157	69,80%	225	0,00%
Total e	293.612	356.191	52.514	9.422	348.285	48,90 %	363.454	51,10%	711.739	100,00 %



Contesto

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 155 Comuni per come si evince anche dai dati geo-funzionali della ASP di Cosenza distinti per gli ex 15 Distretti:

DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
DISTRETTI SOCIALI	Popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
Trebisacce	54.787	17	887	61,77
Castrovillari	50.397	13	734	68,66
Cosenza	118.551	18	687	172,56
San Marco Argentano	47.916	15	606	79,07
Praia Scalea	58.187	15	541	107,55
MVC	53.135	9	392	135,55
Rogliano	24.783	19	373	66,44
Paola Cetraro	49.556	9	351	141,19
Corigliano	47.047	5	298	157,88
San Giovanni in Fiore	17.227	1	280	61,53
Cariati	16.999	7	245	69,38
Aciri	23.192	2	238	97,45
Rende	67.862	9	224	302,96
Amantea	27.755	9	214	129,70
Rossano	54.345	7	209	260,02
TOTALE	711.739	155	6.279	113,35

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

Densità abitativa Ab/Km2	Valori assoluti	valori percentuali
(0 – 49)	41	26,5
(49,01 – 77)	37	23,9
(77,01 - 157)	40	25,8
(157+)	37	23,9
Totale	155	100

Zona altimetrica estesa x 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 152.600, 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 dell'intera azienda, calcolata come media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età, è di 41 anni.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

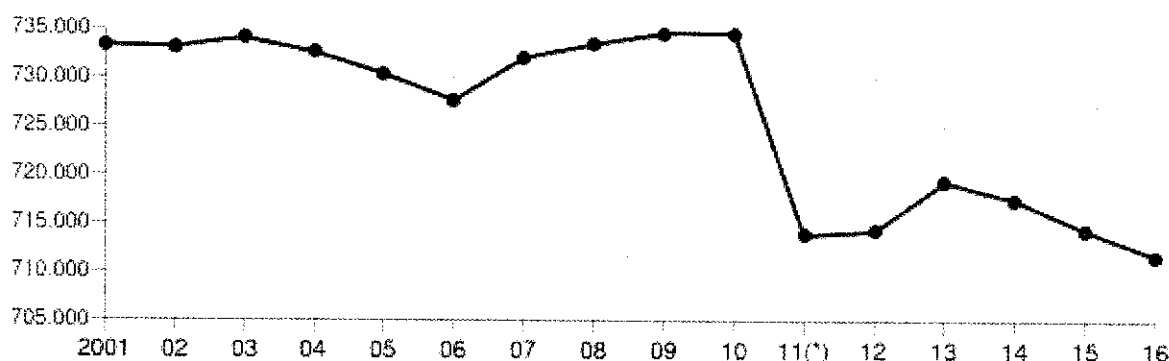


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

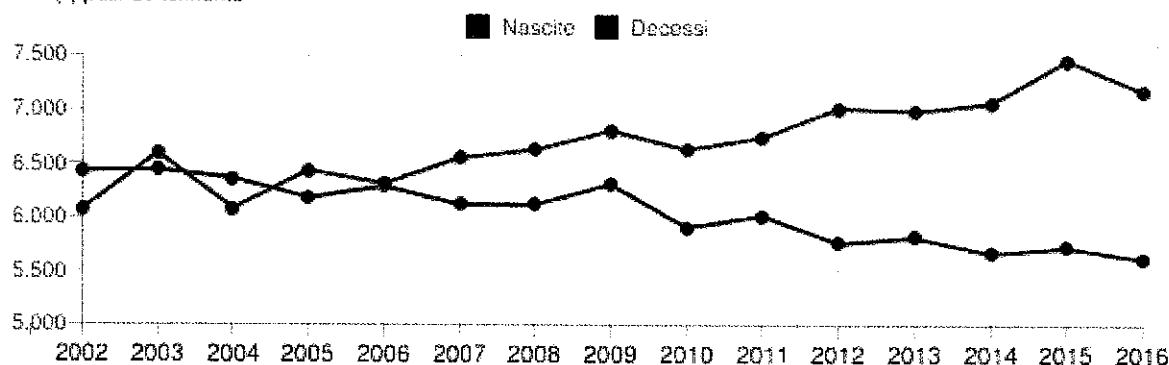
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



Andamento della popolazione residente

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

(*) post-consenso



Movimento naturale della popolazione

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

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 precedente dimostrano che nonostante si siano registrati 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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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 2011/2017, 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, nonché alla riduzione delle risorse umane.

Il numero di ricoveri è in diminuzione, ciò coerentemente con il recupero di appropriatezza legato ai DRG a rischio di inappropriata 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.

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 oltre 20.000 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.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

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:

a. Distretti Sanitari:

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

- Distretto 1 "Tirreno";
- Distretto 2 "Pollino-Esaro" con il CAPT/CdS di Lungro, Mormanno e S. Marco A.;
- Distretto 3 "Ionio Nord" con l'Hospice di Cassano;
- Distretto 4 "Ionio Sud" con il CAPT/Casa della salute di Cariati;
- Distretto 5 "Valle Crati";
- Distretto 6 "Cosenza-Savuto" con S.G.F.

b. Presidi Ospedalieri:

I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011, 106/2012, DCA n° 9/2015 e DCA n°64/2016 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nell'ASP di Cosenza sono:

- Ospedale Spoke di Rossano-Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di Acri;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore;
- Ospedale di zona disagiata di Trebisacce secondo DCA n° 64 ed in fase di riapertura;
- Ospedale di Praia a mare come da sentenza n° 1153 del 2017 - III sez. Cons. di Stato e da decreto Ministero salute ed in fase di riapertura.

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere dovrà comunque essere rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e del nuovo atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017.

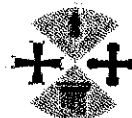
c. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

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 (da riorganizzare in base all'Atto Aziendale Approvato);
- 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 disagiata, due presidi in corso di attivazione, così suddivise:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore ed Aciri;

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 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.. che dovrà necessariamente subire un riordino in funzione dell'applicazione del nuovo atto aziendale.

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.

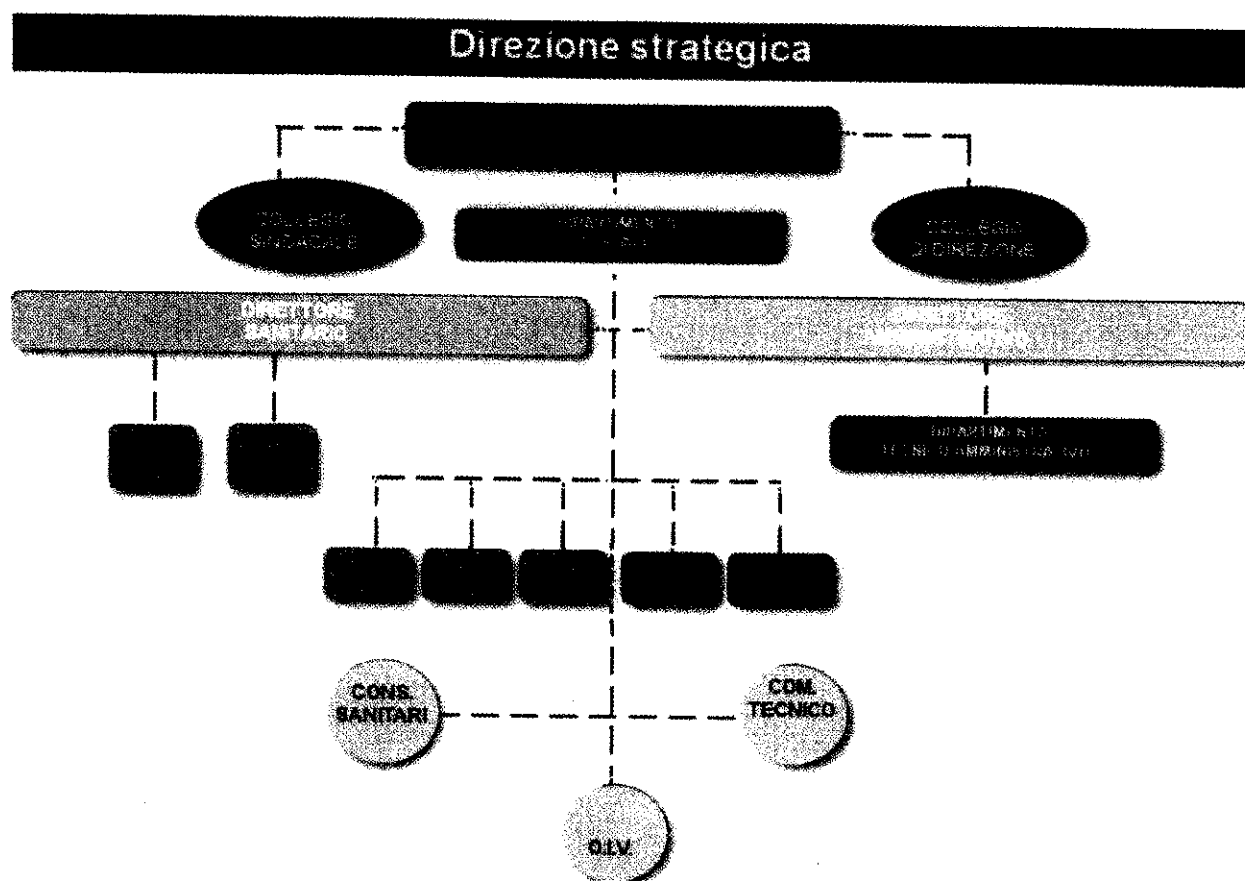
L'analisi delle risorse umane dovrà essere condotta con un approccio di genere. L'utilizzo degli indicatori tipici del capitale intellettuale facilitano la comprensione, anche verso l'esterno, della qualità oltre che della quantità di capitale umano disponibile.

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).

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 presenterà il seguente organigramma:



La struttura organizzativa aziendale è attualmente in corso di rimodulazione per la riorganizzazione necessaria in applicazione del nuovo atto aziendale. 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 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 (2016)		
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

Dalla tabella si evince che oltre il 70% del personale dipendente ha un'età uguale o superiore a 50 anni, oltre il 25% con un'età superiore ai 60 anni e meno del 25% con una età inferiore a 50 anni.



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 da 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"*;
- Il D. Lgs. N° 97 del 25 maggio 2016 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* (G.U. 8 giugno 2016, n. 132).



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.

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 grosse difficoltà operative stante la necessità di alcune specifiche figure quali ad esempio quella degli ingegneri informatici.

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

Negli ultimi tempi si è intervenuto sul Dipartimento salute e sulla Struttura Commissariale ai fini dello sblocco del turn-over del personale, soprattutto riferita alle aree critiche di Emergenza-Urgenza; ad oggi, da parte della Regione e della struttura commissariale, si è avuta autorizzazione allo sblocco solo parziale delle assunzioni.

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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



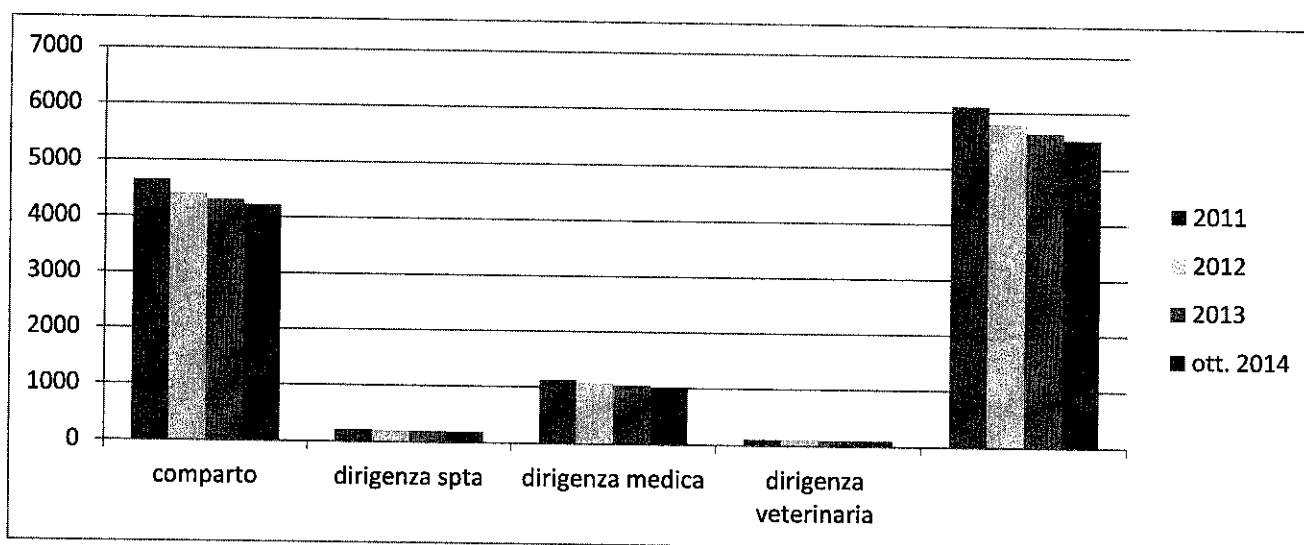
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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



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 di cui ai DCA n° 111, 112 e 113 del 2017, nonché alla completa attuazione del processo di stabilizzazione di cui al DCA 110/2015 ed ai successivi relativi decreti, 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").

Per quanto attiene al personale da stabilizzare, si evidenzia che, a fronte delle 432 unità indicate nel DCA 110/2015, le unità da stabilizzare alla data odierna sono 214 e sono stati avviati concorsi riservati per la copertura di n° 26 precari in possesso dei requisiti di cui al DCM 6/3/2015.

La recente normativa, cosiddetto Decreto Madia, darà nel corso dell'anno 2018 una considerevole accelerazione al processo di stabilizzazione del personale precario in quanto consentirà di assorbire varie figure professionali. Di recente e più precisamente con nota n° 149478 del 19/10/2017 trasmessa mezzo PEC alla struttura Commissariale, è stato proposto il nuovo fabbisogno relativo all'anno 2017 dai quali emerge la seguente sintesi: sono stati richiesti per l'assistenza ospedaliera di cui al DCA 64/2016 n° 232 medici, n° 116 infermieri, n° 5 ostetriche, n° 32 fisioterapisti, n° 14 TSRM, n° 9 tecnici di laboratorio, n° 4 biologi, n° 6 farmacisti, n° 265 OSS. Per quanto attiene l'area territoriale, in attesa delle linee guida regionali, sono stati richiesti ulteriori n° 3 farmacisti. Per il supporto amministrativo sono stati richiesti n° 2 dirigenti avvocati, n° 2 collaboratori avvocati, n° 3 ingegneri clinici, n° 4 collaboratori amministrativi e n° 3 assistenti amministrativi. L'obiettivo strategico prioritario della ASP di Cosenza è quello di valorizzare le risorse umane quale capitale fondamentale dell'Azienda al pari di altri beni e risorse, in quanto il capitale intellettuale costituito da conoscenze, capacità ed abilità, rappresenta un fattore critico di successo poiché tali elementi determinano di fatto, le performance aziendali.

In questa ottica l'ASP si è posta l'obiettivo di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di pari opportunità e di logiche e metodiche operative.

Per questo una particolare attenzione è stata posta alle politiche gestionali finalizzate a:
conoscenza delle risorse umane;

- mappatura delle professionalità e di tutti gli operatori dell'ASP;
- all'addestramento, aggiornamento e formazione;
- alla gestione tecnico-amministrativa del personale stesso.

La gestione dello sviluppo del personale avviata nel corso dell'anno 2017, anche con l'assegnazione di obiettivi di budget specifici per singola UOC (CDR), unitamente al miglioramento dei sistemi di valutazioni, ha portato segnali di miglioramento nella organizzazione del lavoro che sicuramente saranno implementati nel corso dell'anno 2018, portando ad una sempre maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse umane, che viaggia di pari passo con l'adeguamento delle risorse ai requisiti minimi organizzativi delle strutture interessate. Sul piano della contrattazione integrativa l'Azienda è impegnata a recuperare risorse da utilizzare per la riqualificazione e lo sviluppo professionale del personale che in un quadro normativo in continua evoluzione deve essere necessariamente incentivato. Sarà oltremodo necessario, anche attraverso il nuovo piano mdi fabbisogno del personale, in corso di redazione, implementare l'URU con altre professionalità atteso che molti dipendenti della carriera direttiva nel corso dell'anno saranno collocati in quiescenza. Una politica del personale adeguata ai tempi necessita pertanto di nuovi stimoli e di un'adeguata formazione professionale che dovremo saper cogliere con la nuova organizzazione Aziendale.



4. L'Analisi Swot.

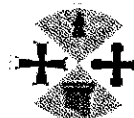
Punti di forza	Punti di debolezza
1. Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo gli indirizzi della Regione: DPGR 18/10, il DPGR 106/11-12, il DCA 9/2015, il DCA 76/2015, il DCA 130/15, DCA 30/2016, 64/2016, DCA 113/2016 e s.m.i. DCA n° 117/2017. 2. Riequilibrio 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. 8. Disponibilità nuovo Atto aziendale approvato dalla Regione.	1. Dotazione organica carente e non adeguata ai requisiti minimi organizzativi; 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. Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. 7. Incompleto adeguamento delle attrezzature informatiche alle esigenze emergenti. 8. 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. 9. Incompleta applicazione della normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 33/2013. 10. Indice chirurgico basso sul totale dei ricoveri in alcune U.O. chirurgiche. 11. Indice chirurgico basso sul totale dei ricoveri, ed alta percentuale di interventi per frattura di femore effettuati oltre le 48 h. 12. Ritardo nell'attuazione e realizzazione delle UCCP e delle AFT territoriali.
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 approvato. 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. -Mancata formazione degli Operatori allo svolgimento di nuove attività e prestazioni; -limitatezza della innovazione tecnologica; 4. 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. 8. Carenza di risorse economiche ed investimento adeguati da parte del livello regionale per l'adeguamento della rete ospedaliera al DCA n° 64/2016.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

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 2018:

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Contributi in c/esercizio	1.191.889.243
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.174.246.008
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	17.643.235
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	6.982.823
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	10.660.412
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-
4) da privati	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	6.880.000
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.551.000
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	11.020.542
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	7.936.000
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.370.000
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.714.542
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	64.656.123
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.045.000
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	6.944.762
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
9) Altri ricavi e proventi	-



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

405.000

B) COSTI DELLA PRODUZIONE

1) Acquisti di beni

205.077.000

a) Acquisti di beni sanitari

203.100.000

b) Acquisti di beni non sanitari

1.977.000

2) Acquisti di servizi sanitari

673.448.431

a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base

92.484.000

b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica

112.226.000

c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale

69.082.936

d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa

29.400.544

e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa

15.000.000

f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica

19.000.000

g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera

258.412.304

h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale

8.256.477

i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F

19.409.000

j) Acquisti prestazioni termali in convenzione

4.300.356

k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario

2.846.000

l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria

35.453.814

m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)

1.115.000

n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari

1.452.000

o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie

1.400.000

p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria

3.610.000

q) Costi per differenziale Tariffe TUC

-

3) Acquisti di servizi non sanitari

57.533.409

a) Servizi non sanitari

56.460.409

- b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie

1.000.000

- c) Formazione

73.000

4) Manutenzione e riparazione

10.803.666

5) Godimento di beni di terzi

9.269.247

6) Costi del personale

277.956.452

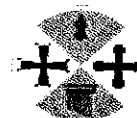
a) Personale dirigente medico



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

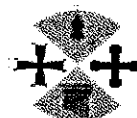
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	277.956.452
c) Personale comparto ruolo sanitario	
d) Personale dirigente altri ruoli	
e) Personale comparto altri ruoli	
7) Oneri diversi di gestione	1.713.343
8) Ammortamenti	7.006.122
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	61.360
b) Ammortamenti dei Fabbricati	3.296.682
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.648.080
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
10) Variazione delle rimanenze	1.915.000
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	1.770.000
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	145.000
11) Accantonamenti	7.601.000
a) Accantonamenti per rischi	4.300.000
b) Accantonamenti per premio operosità	200.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	300.000
d) Altri accantonamenti	2.801.000
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	2.000
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	6.200.000
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
1) Rivalutazioni	-
2) Svalutazioni	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
1) Proventi straordinari	1.800.000
a) Plusvalenze	-
b) Altri proventi straordinari	1.800.000



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

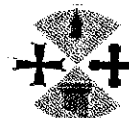
2) Oneri straordinari	1.955.000
a) Minusvalenze	-
b) Altri oneri straordinari	1.955.000
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	
1) IRAP	19.785.000
a) IRAP relativa a personale dipendente	16.900.000
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.800.000
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	85.000
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-
2) IRES	-
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-



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:

- a) riordino della organizzazione aziendale in base all'ATTO AZIENDALE di recente approvazione;
- b) riordino rete dei servizi ospedalieri in coerenza con la programmazione regionale;
- c) riordino rete dei servizi territoriali ed integrazione Territorio-ospedale;
- d) garanzia dei LEA ed abbattimento delle liste di attesa;
- e) contenimento della spesa farmaceutica;
- f) appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate;
- g) de-ospedalizzazione e continuità assistenziale, ampliamento offerta prestazioni territoriali.

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 delinea 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 nella 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 altre aziende sanitarie della regione ed in particolare l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con il compito di promuovere ed accrescere l'integrazione tra Aziende, sia con iniziative nel campo dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari che nel campo delle funzioni amministrative e di supporto con l'obiettivo di migliorare i servizi resi e, ad un tempo, la sostenibilità economica.

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

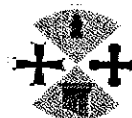
L'Azienda Sanitaria di Cosenza riconosce, tra i propri valori fondanti, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi per favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti. A tal fine assicura la partecipazione del cittadino, sia come singolo che tramite le associazioni di volontariato e di



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale in materia, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

Gli strumenti principali che saranno messi in campo e monitorati sono i seguenti:

la Carta dei Servizi socio-sanitari;

l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) e il sistema di gestione dei reclami;

i Comitati Consultivi Misti;

la Conferenza annuale dei servizi;

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, condiviso nel tempo e in costante evoluzione.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' orientato ad assicurare una informazione semplice, tempestiva corretta su tutto il territorio provinciale e costituisce anche uno strumento di ascolto dei cittadini, attraverso i reclami, i suggerimenti. L'URP è parte del sistema qualità dell'Azienda e contribuisce ad acquisire la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuando idonei ed adeguati 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 dal lato dell'utenza.

Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso informato con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990, dal d.lgs. n. 196/2003 e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie che prevedono espressamente il consenso scritto.

La partecipazione del cittadino è garantita anche attraverso l'attivazione di idonee procedure di audit e attraverso questionari di gradimento dell'utenza.

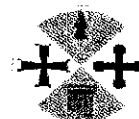
L'Azienda promuove, altresì, iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti, da realizzare con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

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 altre Aziende Sanitarie della provinciali e le Aziende Ospedaliere in riferimento allo specifico obiettivo del Servizio Sanitario Regionale dello sviluppo di una sistematica sinergia tra le aziende sanitarie e quelle ospedaliere e l'integrazione nelle attività e/o prestazioni da queste erogate.
- La collaborazione interaziendale si propone, tra gli altri, i seguenti obiettivi strategici per le aziende sanitarie partecipanti:
- 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.
- La collaborazione interaziendale potrà avere ad oggetto, conseguentemente ai suddetti obiettivi strategici, 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;
- Gestione del CUP unico interaziendale;
- Scuola di Formazione interaziendale provinciale, da attivarsi preferibilmente in collaborazione con le Università Calabresi.
- 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 piena valorizzazione delle competenze professionali disponibili, in un rapporto sinergico e di integrazione multiprofessionale per garantire ai cittadini risposte sempre più qualificate ed integrate.

Le Università rappresentano, infatti, una risorsa fondamentale del sistema sanitario regionale, per il contributo quali-quantitativo che possono fornire in un'ottica sinergica della definizione delle strategie e nella attuazione delle azioni e dei programmi.

Questi interlocutori privilegiati, rappresentano, inoltre, per l'Azienda un bacino di potenziali partner da poter coinvolgere nella realizzazione di progetti di ricerca e/o di formazione professionale, in un'ottica di concertazione e integrazione in linea..

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 e di miglioramento reciproco.

Tali soggetti (Azienda Ospedaliera di Cosenza, erogatori privati, MMG/PLS, Farmacisti ecc.) rappresentano, infatti, una risorsa fondamentale del sistema sanitario, per il contributo quali-quantitativo che possono fornire in un'ottica sinergica, pur salvaguardandosi appieno l'autonomia aziendale, nella definizione delle strategie e nella attuazione delle azioni e dei programmi.

Specificità caratteristica dell'organizzazione dell'Azienda è rappresentata dal ruolo importante assegnato ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, considerati risorsa decisiva per favorire processi di responsabile cura del proprio stato di salute e di uso appropriato dei servizi disponibili da parte dei cittadini.

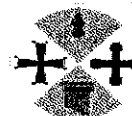
L'Azienda, nell'ottica della verifica degli effetti sulla salute dell'inquinamento ambientale, persegue una integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPACAL), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.

L'Azienda, cura e potenzia le interazioni 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 ed interazioni 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.

L'organizzazione dei servizi sanitari in reti cliniche integrate assume la centralità della persona come soggetto del processo assistenziale.



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, che risulta essenziale soprattutto nelle patologie cronico-degenerative;

reti che collegano tutte le strutture ospedaliere della provincia, attraverso le quali si persegue l'obiettivo di 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 complementarietà tra esigenze di cura a diversa complessità assistenziale, per contemperare le necessità di elevata qualità dell'assistenza e sostenibilità economica di sistema.

Quanto al modello regionale di Hub e Spoke, le sue caratteristiche consentono: massima efficienza tecnica, concentrazione della casistica, tempestività di invio delle persone ammalate dagli ospedali periferici ai centri Hub.

Nell'ambito di questo sistema, un ruolo fondamentale per tutta il territorio dell'Azienda sanitaria Provinciale è svolto dall'Azienda ospedaliera sede di rilevanti funzioni di secondo e terzo livello.

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, attraverso le Unità di Valutazione Distrettuale Multidimensionale (UVDM). 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'UVDM,



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 prevista 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 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).

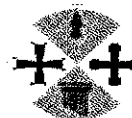
Area Materno Infantile - Durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, spesso l'assistenza è erogata da più servizi, in differenti strutture. Il Dipartimento Materno – Infantile rappresenta il modello organizzativo che



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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

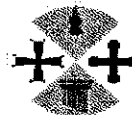
Con l'innovazione tecnologica l'azienda intende rispondere alle esigenze di innovazione organizzativa e tecnologica dell'ASP raggruppando le fasi di studio, progettazione, sviluppo, implementazione, supporto e gestione soprattutto nel settore delle architetture telematiche (reti, telefonia fissa e mobile).



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

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.

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

p.1. Telecardiologia

p.2. Teleradiologia

p.3 Telemedicina

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.

Il servizio di tele-radiologia è attivo su tutto il territorio aziendale, e nel corso dell'anno 2018 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.

Nel corso del 2018, compatibilmente con i tempi dettati dalle attività regionali, si potrà dare seguito alla implementazione del fascicolo sanitario elettronico.

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

p.4 Revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi

p.5 sviluppo della medicina sociale dei migranti, delle attività di screening, e delle reti assistenziali.

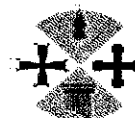
L'obiettivo di revisione della spesa prende spunto dalla corretta applicazione delle linee guida sulla spending review, relativamente alla spesa per beni e servizi: tuttavia la natura della spending review deve essere inquadrata in un più ampio contesto di riorganizzazione e miglioramento dei processi 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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

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, con delibera n° 26 del 29/01/2016 e con delibera n. 101 del 31/01/2017 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), 2016 (Delibera n° 26 del 29/01/2016), e 2017 (Delibera n° 101 del 31/01/2017) 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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

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) e della trasparenza (del. 1776 del 10/11/2016), 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° 831/2016.

L'impegno della Direzione strategica dell'ASP di Cosenza, per il 2018 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 di competenza, 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, attraverso la realizzazione degli obiettivi previsti per i gruppi di lavoro e quant'altro, 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.

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 cronoprogramma, 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.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

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

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

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

* Legenda:

R = Regione;

DG = Direttore Generale;

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

I = Individuo;

CG = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo;

RU = Risorse Umane;

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

OO.SS. = Sindacato o RSU;

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

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

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

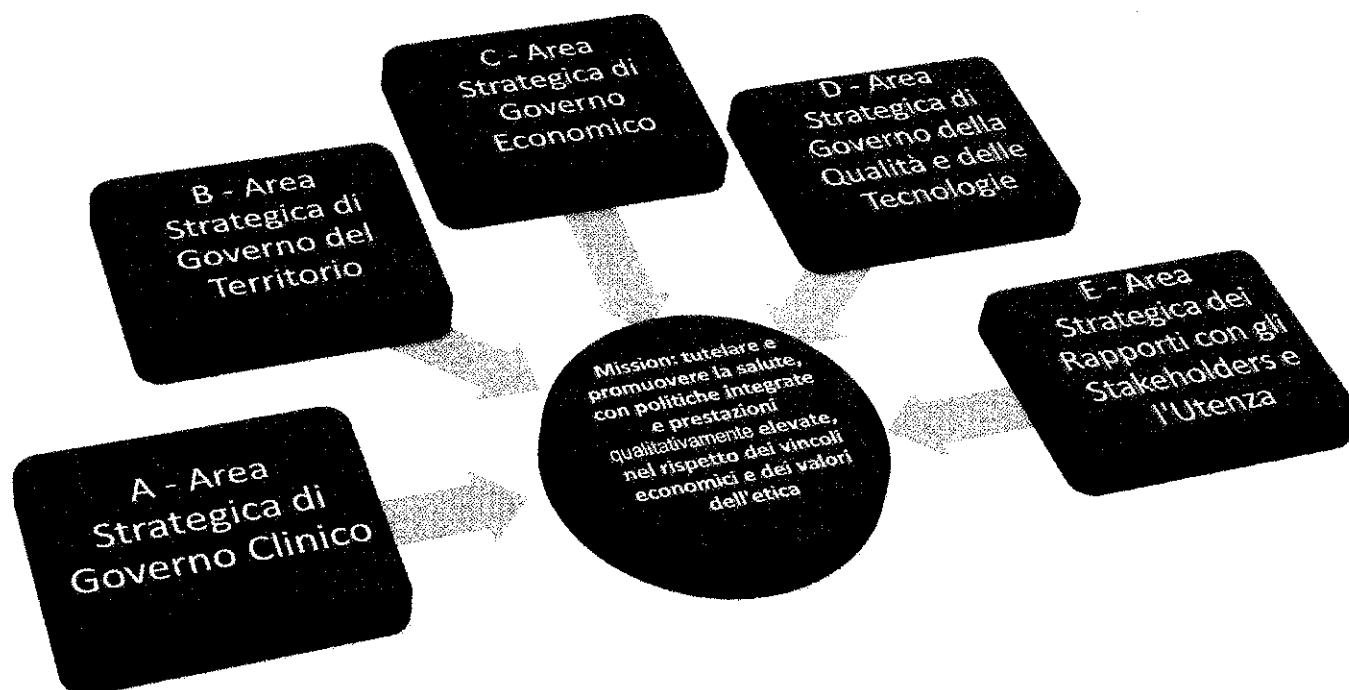
3	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	OO.SS.	TEMPI (ENTRO)
	1. Definizione scheda di valutazione		☐				☒		☐	
	2. Compilazione scheda di valutazione			☐			☒			Giugno
	3. Pesatura obiettivi competenze		☒	☐						

4. Verifica di benchmark schede						☐	☒		
5. Colloquio su scheda			☒	☐					
6. Valutazione finale di tutte le schede		☐					☒		
7. Definizione Risorse disponibili		☒			☐			☐	
8. Fasce retributive		☐				☒		☐	
9. Delibera conclusiva		☒							

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:





SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

A)

**Area
Strategica
Governo
Clinico**

Miglioramento qualità
e ottimizzazione degli
attuali LEA

Riorganizzazione
Reti assistenziali

Riduzione Liste
d'attesa

Gestione del
rischio clinico

B)

**Area Strategica
Governo 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
Governo
Economico**

Monitoraggio
spesa sanitaria

Efficientamento
della Gestione

Percorsi
attuativi di
certificabilità
(PAC)

Riequilibrio
del saldo
della mobilità
sanitaria
aziendale

D)

**Area
Strategica
Governo
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 Utenza**

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 dalla Direzione Strategica.

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 (la individuazione di obiettivi e risorse viene definita nel comitato 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.

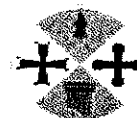
La revisione degli obiettivi di budget, avviene su istanza del Direttore SOC o del Responsabile SOS dipartimentale ed è basata su elementi oggettivi di valutazione che evidenzino l'impossibilità del



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

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.

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.

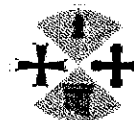
Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

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.



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, approvato con DCA n° 117/2017 dalla struttura Commissariale.

L'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione Calabria potrà permettere 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 2018, 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, 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.

La definizione delle linee programmatiche per l'ASP di Cosenza non può prescindere dal considerare il perseguimento di attività atte alla risoluzione delle diverse criticità riscontrate, tra cui:

- a. 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 approvato con DCA 117 del 13/09/2017, e disposizioni del Commissario ad Acta e del Dipartimento salute;
- b. Ridurre/Eliminare le carenze e le criticità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- c. Riordinare l'assistenza ospedaliera, territoriale e potenziare dell'emergenza/urgenza secondo le indicazioni del Piano regionale, e l'atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017;
- d. 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;
- e. Contenere ed abbattere le liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale;
- f. Razionalizzare e ridurre la spesa farmaceutica perseguendo le indicazioni ministeriali e regionali;
- g. Ridurre la mobilità sanitaria extraregionale, attraverso un incremento della attrazione qualitativa;
- h. Migliorare ed ottimizzare l'assistenza agli anziani ed ai disabili, l'integrazione ospedale territorio e l'assistenza domiciliare;
- i. Migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- j. Gestire la carenza e la mobilità del personale;
- k. Implementare il sistema di programmazione e controllo e migliorare il processo di misurazione delle performance per CDR.
- l. Implementare e ottimizzare il sistema di valutazione del personale.
- m. 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;

- n. Definire la ricognizione dei beni mobili ed immobili.
- o. 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.
- p. Riordinare le attività della Medicina Legale, alla luce delle recenti disposizioni che hanno sottratto alla stessa alcune funzioni fondamentali quali commissioni invalidi e visite fiscali, orientando le attività future verso la verifica dell'appropriatezza, delle problematiche di tipo assicurativo e del conflitto di interessi.

9.1) 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:

9.1.1 Obiettivi del DIRETTORE GENERALE

1	Attuazione della riorganizzazione dei servizi ospedalieri coerenti con la programmazione regionale definita dal DCA n. 64 del 04.07.2016
2	Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età ≥ 65 anni
3	Riduzione incidenza dei parti cesarei
4	Interventi per l'integrazione territorio-ospedale: attivazione UCCP e AFT
5	Interventi per l'integrazione territorio-ospedale: attivazione Case della salute
6	Contenimento spesa farmaceutica
7	Riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali (tempo medio attesa standard regionale)
8	Riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali (realizzazione SOVRACUP)
9	Gestione attività di acquisto e controllo nei confronti degli erogatori privati di prestazioni
10	Verifica del personale delle Aziende soggetto a limitazioni
11	Verifica del personale delle Aziende che usufruisce dei benefici della L. 104/92
12	Stabilizzazione personale precario
13	Garanzia dei livelli essenziali di assistenza: Trasmissione dei Flussi Informativi
14	Processo di dematerializzazione della ricetta cartacea
15	Rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di equilibrio di bilancio
16	Verifica requisiti accreditamento dei laboratori di Servizio Immunotrasfusionale (SIT)
17	Politiche di screening
18	Applicazione DCA 84/2015 (DCA 112 2016) - Applicazione DCA 10/2015 - Verifica requisiti specifici di accreditamento Strutture di Nefrologia e Dialisi

Gli obiettivi del Direttore Generale sono da ritenersi prioritari ai fini della valutazione dei Dirigenti, ed il non raggiungimento determina una valutazione negativa degli stessi.

Gli indicatori per la misurazione e valutazione sono da riferire ai valori indicati dal livello regionale

9.1.2) Altri Obiettivi Strategici Aziendali.

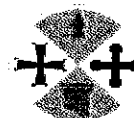
- 1. Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori. Adempimento fatturazione elettronica.
- 2. Implementazione del sistema di Programmazione e Controllo e del processo di budgeting con monitoraggio della quadratura 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;



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

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 progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.
13. Miglioramento ed ottimizzazione degli attuali livelli assistenziali.
14. 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".
15. Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
16. Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
17. 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.
18. 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.
19. Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della A.S.P.
20. Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;
21. Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT che sia integrato con il Piano delle Performance.
22. Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette ad efficientare la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.
23. 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.
24. 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.
25. 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.



9.1.3) 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 2018.

L'Azienda anche per l'anno 2018 si pone come obiettivo qualificante quello di continuare ad 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. dal 2016 (CDR di II° livello), e dovrà essere ulteriormente implementato nel 2018 con il coinvolgimento a tutti i livelli e miglioramento della reportistica.

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 2018 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 del nuovo assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali;

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:

- a) 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;
- b) livello macroarticolazione organizzativa (macrostruttura/dipartimento): con tale termine ci si riferisce ad un'aggregazione di strutture complesse autonome coordinate da un responsabile (per es. Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto - CdR I° livello). Il budget 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;
- c) livello di struttura complessa autonoma o semplice dipartimentale: rappresenta un livello di responsabilità subordinato (CdR II° livello). Il CdR di livello II° rappresenta il livello più analitico rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (per es. Reparto, Servizio, Unità Operativa) nella ASP di Cosenza.

Il processo di budget, nonché la successiva misurazione e valutazione della performance organizzativa, è articolato per 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:



1. Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

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

2. 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 sottoordinate da parte del I° livello, con il supporto della UOC programmazione e controllo;

3. Budget Area Ospedaliera:

- Budget I° livello: Negoziazione con le Direzioni degli Spoke/Presidi ospedalieri;
- Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali presenti nella macrostruttura;

4. 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 da parte del I° livello, con il supporto della UOC programmazione e controllo;

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

- Budget 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.,

6. 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.

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

La negoziazione del Budget sarà supportata dal comitato di Budget nella fase programmatica (che per obiettivi ritenuti strategici, potrà individuare particolari modalità di assegnazione degli stessi), e dall'UOC programmazione e controllo, nelle successive fasi.



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 2017;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2017;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
- Contenimento, per il 2018, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2017, 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.

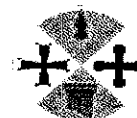
APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Obiettivi aziendali per il 2018 sono la riorganizzazione del Dipartimento in Unità secondo le indicazioni regionali e l'atto aziendale, 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 Direttori dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, che semestralmente dovranno relazionare in merito ai Direttori del controllo strategico aziendale (STP-OIV, P.e.C., D.G.).

OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2018:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, come il PRP 2015/2018



, o in via di adozione ,relativamente ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, stabiliscono la necessità di produrre programmi e piani di lavoro caratterizzati dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici di seguito individuati per l'anno 2018, ed erogare le attività esplicitate nel piano in allegato.

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

L'Azienda nel corso dell'anno 2017 ha erogato principalmente le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in considerazione delle risorse scarse a disposizione. Al fine di recepire, organizzare e programmare la gestione a livello locale del PRP 2014/2018, la ASP ha adottato la delibera n.350 /2017, rinviando ad un successivo atto, conseguente alla attribuzione da parte della Regione delle risorse per gli obiettivi di Piano 2017, 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 12 gennaio 2017, dovrà contribuire al perseguimento degli obiettivi specifici indicati nel Piano di Prevenzione Aziendale di cui alla Delibera n. 350/2017 , in gran parte sovrapponibili agli obiettivi LEA individuati per l'anno 2018 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 2018, 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.
 - attuazione degli indirizzi nazionali e regionali sugli screening.
- c. Gestione ed attuazione degli obiettivi individuati nel Piano Regionale della Prevenzione vigente, compatibilmente con la disponibilità di risorse umane e tecnologiche.
- d. Attuazione e rendicontazione delle attività inerenti gli obiettivi di piano ed il Piano Regionale Prevenzione.
- e. Riordino delle attività della Medicina Legale.

*** Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget anno 2018 del singolo CDR.**



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 2017;



- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2017 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 e riduzione tempi di attesa;
- 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 2018 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 2018

Per i fini attuativi dei piani di attività, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria anche per l'anno 2018. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

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 2018, 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

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

3. Gestione della medicina sociale dei migranti, della medicina carceraria e delle reti assistenziali.

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 2018 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.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

- 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.
- L'erogazione delle prestazioni di medicina sociale dei migranti attraverso il coordinamento e governo della rete di tutte le strutture coinvolte nell'accoglienza e nell'applicazione dei processi terapeutici assistenziali.
- cura delle procedure per il recupero delle risorse finanziarie stanziare dai ministeri per l'assistenza ai migranti.
- sviluppo delle attività di coordinamento della medicina di base e specialistica della popolazione carceraria delle 4 carceri presenti nel territorio dell'ASP, quali la C.C. di Cosenza, Paola, Rossano e Castrovillari.

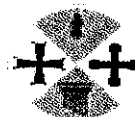
4. Potenziamento Assistenza domiciliare

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 2018 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).

ATTIVITA' ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) 2017

DISTRETTO	SEDE	PAZIENTI ADI 2017	EPISODI ADI 2017	TOT. PAZ. TERMINALI 2017	PAZ. TERMINALI ONCOLOGICI 2017	TOT. PAZ. NAD 2017
COSENZA SAVUTO		621	636	384	145	45
	COSENZA	421	424	344	111	17
	ROGLIANO	200	212	40	34	28
JONIO NORD		615	655	126	85	119
	CORIGLIANO	200	207	34	31	25
	TREBISACCE	415	448	92	54	94
JONIO SUD		686	698	137	89	43
	SAN GIOVANNI IN FIORE	385	385	5	5	0
	CARIATI	141	151	59	30	7
	ROSSANO	160	162	73	54	36
ESARO POLLINO		504	534	107	70	39
	CASTROVILLARI	362	375	71	56	30
	SAN MARCO ARGENTANO	142	159	36	14	9
TIRRENO		881	910	60	50	42
	PAOLA - CETRARO	305	313	13	9	28
	AMANTEA	281	290	14	10	8
	PRAJA - SCALEA - DIAMANTE	295	307	33	31	6
VALLE CRATI		684	700	257	155	84
	RENDE	222	228	120	80	43
	MONTALTO	254	257	129	69	31
	ACRI	208	215	8	6	10
	TOTALE	3.991	4.133	1.071	594	372

b. 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 2018, 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.

c. Assistenza ausilica e protesica

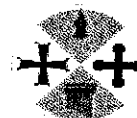
1. Razionalizzazione dei costi di ausilica e protesica.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

Le attività prevalenti da perseguire ai fini del miglioramento delle performance per l'anno 2018 sono individuabili nella definizione delle misure in un regolamento per il riutilizzo degli ausili dati in comodato d'uso, implementare la ventilo terapia attraverso attività formative ed informatizzazione, completare la uniformità delle procedure per l'acquisizione di ausili e monitoraggio della relativa spesa, attivazione del servizio di customer satisfaction fra gli utenti ausili e protesi non avviato nel 2017.

d. 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 2018 sono riferiti agli 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 2018 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 2018, 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:



SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISTRETTI ANNI 2016-2017

STRUTTURA	N° PRESTAZIONI 2017	N° PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016/2017
D.S. "TIRRENO"	249.957	256.779	-6.822
D.S. "POLLINO-ESARO"	73.398	76.984	-3.586
D.S. "VALLE CRATI"	258.548	241.331	17.217
D.S. "COSENZA-SAVUTO"	112.023	115.648	-3.625
D.S. "JONIO NORD"	176.839	143.513	33.326
D.S. "JONIO SUD"	101.858	105.368	-3.510
TOTALE	972.623	939.623	33.000

SPECIALISTICA AMBULATORIALE C.A.P.T. ANNI 2016-2017

STRUTTURA	N° PRESTAZIONI 2017	N° PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016/2017
C.A.P.T. PRAIA A MARE	106.739	96.468	10.271
C.A.P.T. MORMANNO	70.061	68.681	1.380
C.A.P.T. LUNGRO	84.233	79.323	4.910
C.A.P.T. TREBISACCE	191.226	210.243	-19.017
C.A.P.T. CARIATI	136.982	130.877	6.105
C.A.P.T. SAN MARCO	91.365	95.175	-3.810
TOTALE	680.606	680.767	-161

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

e. Liste di attesa

Abbattimento delle liste di attesa per l'erogazione di alcune branche specialistiche ambulatoriali (delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare).

1. 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. Contribuire alla realizzazione di un sovraCUP 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.

Fermo restando la sussistenza delle criticità di carattere generale di contenimento dei tempi d'attesa, relativamente alla presenza del Centro Unico di Prenotazione, la nostra Azienda risulta essere fra quelle che sono dotate di tale importante strumento.

Procedendo in tempi ristretti ad un'analisi sullo stato dell'arte della nostra azienda, è stato rilevato che, in relazione alla problematica delle liste d'attesa, le criticità maggiori sono riferibili sulla appropriatezza prescrittiva, in primis; sulla inadeguata applicazione della gestione dell'offerta, quindi razionalizzazione/ottimizzazione della stessa, sulla scarsità di informazione, nello scarso coinvolgimento degli attori – prescrittori e ricettori, piuttosto che sull'organizzazione generale della gestione della domanda offerta delle prestazioni sanitarie.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

REGIONE CALABRIA

Gli interventi continueranno ad essere mirati nel breve periodo alle 43 prestazioni ambulatoriali indicate dal Piano Nazionale, contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 28/10/2010, cui si aggiungono 12 prestazioni inserite nel Piano Regionale, approvato con il D.P.G.R. 126/2011.

Il miglioramento dei livelli di appropriatezza non può essere perseguito e raggiunto se non si modificano in maniera incisiva le abitudini prescrittive di tutti i prescrittori in esecuzione dell'art. 50 della L.326/04 (ricettario unico).

La nostra Azienda, dovrà mettere in atto tutte le strategie necessarie per operare nel modo migliore il perseguimento dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso il massimo utilizzo del medico di medicina generale che può tra l'altro essere il fautore diretto dell'erogazione di alcune prestazioni, andando a sgravare il carico aziendale che si ridurrà ai casi sicuramente più difficili, complessi e veramente acuti.

Nella A.S.P. è già attivo il Centro Unico di Prenotazione Ambulatoriale integrato con il CUP dell'A.O. di Cosenza, che sarà ulteriormente potenziato.

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);

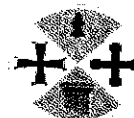
E' noto che la spesa farmaceutica, assorbe anche in questa Azienda una percentuale di finanziamento del FSR superiore a quello previsto. E' chiaro peraltro che le nuove norme sulla governance del farmaco renderanno sempre più sostenibile la spesa farmaceutica, in quanto prendono finalmente atto del fatto 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 2018 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.

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.



1. Salute mentale

1. Implementazione e messa a regime dati prime cartelle cliniche (primi accessi) inserite su Sigemona con indicatore del 100% per l'anno 2018.
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 Aciri 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.

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 intra-aziendali.

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.



SPECIALISTICA AMBULATORIALE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ANNI 2016-2017

SEDE	REPARTO	PRESTAZIONI 2017	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016/2015
AMANTEA - CSM	PA - PSICHIATRIA - CSM AMANTEA	1.736	2.402	-666
CARIATI - CONSULTORIO FAMILIARE / CSM	CAR - POL. SPC PSICHIATRIA	680	583	97
CASTROVILLARI - CSM	CV - PSICHIATRIA - CSM CASTROVILLARI	3.887	5.232	-1.345
CORIGLIANO - CSM	COR - CSM	3.305	3.409	-104
CS - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	CS - DSM	40.112	20896	19.216
PAOLA - CSM	PA - PSICHIATRIA - CSM PAOLA	4.220	3.563	657
ROGGIANO GRAVINA - CSM	CV - PSICHIATRIA - CSM ROGGIANO	2.867	2.443	424
ROSSANO - CSM	ROS - CSM	1.838	2.414	-576
SAN DEMETRIO - CSM	SDC - POL. PSICHIATRIA	21	35	-14
SAN GIOVANNI IN FIORE - CSM	SGF - c/o POLIAMBULATORIO	1.543	1.506	37
SCALEA - CSM	PA - PSICHIATRIA - CSM SCALEA	3.276	2.602	674
TREBISACCE - CSM	TREBISACCE- CSM	1.271	2.106	-835
	Totale	64.756	47.191	17.565

m. 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

n. 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 2018 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).



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

o. 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.

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;
- 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);

p. 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 2018, dovrà essere reso operativo secondo le disposizioni condivise con il livello regionale.

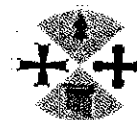
E' da segnalare che nell'ASP è stato portato a compimento anche il centro di formazione per corsi di emergenza (BLS) ad operatori, allocata presso la Centrale operativa di Serra spiga, dotata di simulatori sofisticati di ultima generazione ed all'avanguardia, unica nel meridione d'Italia, che potrà anche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



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

del 2018 essere utilizzato per la formazione sia di operatori interni all'azienda che di operatori provenienti da altre aziende.

Punto focale per il miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni territoriali è l'impegno ad **implementare le Cure Primarie** attivando le U.O.C. di Cure Primarie previste dall'atto aziendale.

I compiti e gli obiettivi che ci si attende di raggiungere sono relativi alle urgenze territoriali (codici bianchi), alle pratiche burocratiche non differibili, alla gestione delle malattie croniche con ambulatori dedicati (diabete, bpc, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica). Le attività sopradescritte comportano un miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse, dei percorsi diagnostico terapeutici, del trattamento delle acuzie (codici bianchi), della gestione della cronicità, con riduzione delle liste d'attesa. Pertanto i risultati che si intendono raggiungere sono:

- ✓ Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici
- ✓ Diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche
- ✓ Riduzione dell'accesso dei codici bianchi in ospedale.
- ✓ Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.
- ✓ Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.
- ✓ Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero regionale.

Le UOC di **Cure Primarie**, attraverso la attivazione e gestione delle UCCP/AFT, **costituiscono il complesso di prestazioni assistenziali erogato in sede decentrata e più prossimale ai luoghi di vita dei cittadini e rappresenta il primo contatto** tra questi ed il Servizio Sanitario.

Le azioni che esse dovranno svolgere, coprono tutta l'area dei bisogni assistenziali in area extraospedaliera, perseguendo però una forte integrazione con l'assistenza ospedaliera stessa in modo da assicurare la continuità terapeutica anche dopo la dimissione sia attraverso le **Cure Domiciliari** che la **Medicina Riabilitativa** ed, ove occorra, la fornitura di protesi ed ausili.

Ad integrazione delle attività territoriali, un significativo contributo potrà essere apportato dalla razionalizzazione del servizio di continuità assistenziale che si fonda sulla riorganizzazione delle postazioni e sull'integrazione del servizio stesso nella rete dell'emergenza-urgenza mediante l'istituenda centrale di ascolto unica provinciale.

*** Gli obiettivi analitici saranno esplicitati nella scheda di Budget anno 2018 del singolo CDR.**



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:

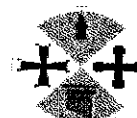
- Produzione di reports;
- Razionalizzazione del personale;
- Razionalizzazione della spesa;
- Miglioramento performance;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno (D.H./DS/Day service);
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione comunicazioni intra-aziendali, attraverso l'uso di canali pre-ordinati;
- Riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale di ricoveri x 1.000/ab.
- 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 2018 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.

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.

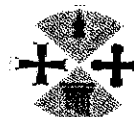


OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2018

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 2018. 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. 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 2018 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 accr. con la A.S.P.).
12. Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
13. Miglioramento tempi risposta servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
14. Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.
15. 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.
16. Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
17. Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
18. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
19. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
20. Implementazione procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, in ambito ospedaliero;
21. Abbattimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
22. 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 2018 dei singoli C.d.R. assegnatari di budget.



13.1 Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Pubblica e Rete dell'emergenza.

Attuazione di tutte le azioni di riorganizzazione dell'attività ospedaliera previste dal DCA n. 64/2016 in termini di dotazione di posti letto e attivazione dei servizi previsti e dell'atto aziendale approvato;
La rete dell'emergenza è costituita dai tre Spoke a cui afferiscono il Pronto Soccorso degli Ospedali di zona disagiata 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, anche nel corso del 2018 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.

ACCESSI PS E PPI 2016-2017

PRESIDIO	SERVIZIO	ACCESSI 2017	ACCESSI 2016	SCOSTAMENTO 2016-2017
ACRI	PS	8.393	7.796	597
CASTROVILLARI	PS	18.190	17.876	314
CETRARO	PS	16.971	17.006	- 35
CORIGLIANO	PS	17.821	16.056	1.765
PAOLA	PS	13.070	12.671	399
ROSSANO	PS	19.804	19.764	40
SGF	PS	6.356	6.336	20
CARIATI	PPI	8.701	8.320	381
LUNGRO	PPI	n.r.	n.r.	n.r.
PRAIA A MARE	PPI	5.182	5.066	116
SAN MARCO	PPI	3.040	3.106	- 66
TREBISACCE	PPI	7.737	7.308	429
		125.265	121.305	3.960

PRESTAZIONI PS E PPI - 2017

PRESIDIO	SERVIZIO	PRESTAZIONI 2017	PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016-2017
ACRI	PS	73.310	55.709	17.601
CASTROVILLARI	PS	143.453	150.591	- 7.138
CETRARO	PS	84.917	74.873	10.044
CORIGLIANO	PS	118.534	110.603	7.931
PAOLA	PS	151.530	139.318	12.212
ROSSANO	PS	230.592	260.585	- 29.993
SGF	PS	45.109	47.725	- 2.616
CARIATI	PPI	46.003	54.136	- 8.133
LUNGRO	PPI			-
PRAIA A MARE	PPI	19.650	18.611	1.039
SAN MARCO	PPI	10.021	9.988	33
TREBISACCE	PPI	70.631	71.979	- 1.348
		993.750	994.118	- 368



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 2018. 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.

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 pubblici, nella tabella che segue si evidenziano il numero delle SDO nel corso dell'ultimo triennio (consuntivo anni 2015 e 2016, e preconsuntivo 2017).

SINTESI RICOVERI E VALORE PRODUZIONE 2015-2016

Presidio	Totale ricoveri 2016	Totale valore 2016	Totale ricoveri 2015	Totale valore 2015	Scostamento ricoveri 2016/2015	Scostamento valore 2016/2015	Preconsuntivo 2017
Cetraro	5016	8.305.764	5091	8.436.688	-75	-130924	4.907
Paola	3662	10.137.441	4316	12.428.980	-654	-2291539	3.413
Castrovillari	5827	14.279.570	6233	15.056.465	-406	-776895	5.359
Rossano	3285	9.119.718	3876	11.177.517	-591	-2057799	2.902
Corigliano	6832	11.127.780	7194	11.507.048	-362	-379268	6.543
Acri	1101	2.180.344	1118	2.262.954	-17	-82610	1.085
San Giovanni	825	1.841.082	785	1.735.572	40	105510	753
Trebisacce	177	373.792	175	404.953	2	-31161	207
Totale	26725	52.970.273	28788	58.606.698	-2063	-5636425	25.169

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva dei principali indicatori di attività ospedaliera, suddivisi per presidio, relativi agli anni 2015/2016.



REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. CETRARO

INDICATORI DI ATTIVITA'				
REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	82	87	5
	N° dimessi	3464	3311	-153
	GG. Degenza tot.	22741	21461	-1280
	Numero interventi	1074	1021	-53
	N° DRG chirurgici	811	781	-30
	Numero decessi	104	84	-20
	Indice di rotazione	42,24	38,06	-4,18
	Tasso di occupaz.	75,98	67,4	-8,58
	Intervallo turn-over	2,08	3,14	1,06
	indice di letalità	3	2,54	-0,46
	% interventi chir.	31	30,84	-0,16
	Degenza media	6,56	6,48	-0,08
	% DRG chirurgici	23,41	23,59	0,18
	Peso medio casist.	0,78	0,82	0,04
	Indice case mix	0,87	0,89	0,02
	Ricavi Ord (E)	6.937.305	6.927.301	-10004
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	25	18	-7
	N° dimessi	1627	1705	78
	N° accessi	4836	4349	-487
	N° DH attivati	1604	1668	64
	N° DRG Chirurgici	668	562	-106
	Indice di rotazione	65,08	94,72	29,64
	Tasso di occupaz.	61,8	76,95	15,15
	% DH su totale	37,84	40,8	2,96
	Presenza media	2,97	2,55	-0,42
	% DRG chirurgici	41,06	32,96	-8,1
	Peso medio casist.	0,69	0,68	-0,01
	Indice case mix	0,95	0,93	-0,02
	Ricavi D.H. (E)	1.499.383	1.378.463	-120920
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° prest. X esterni	126.843	101.447	-25396
	Ricavi Amb (E)	3.223.523	2.776.507	-447016
	N° prest. X interni			0
	Ricavi (in EURO)			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	107	105	-2
	Dimessi	5091	5016	-75
	Giornate	27.577	25.810	-1767
	DRG Chirurgici	1479	1343	-136
	Ricavi	11.660.211	11.082.271	-577940



REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. PAOLA

INDICATORI DI ATTIVITA'

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	84	68	-16
	N° dimessi	2.929	2.737	-192
	GG. Degenza tot.	23.267	23.401	134
	Numero interventi	1332	1329	-3
	N° DRG chirurgici	999	976	-23
	Numero decessi	125	110	-15
	Indice di rotazione	34,87	40,25	5,38
	Tasso di occupaz.	75,89	94,03	18,14
	Intervallo turn-over	2,52	0,54	-1,98
	indice di letalità	4,27	4,02	-0,25
	% interventi chir.	45,48	48,56	3,08
	Degenza media	7,94	8,55	0,61
	% DRG chirurgici	34,11	35,66	1,55
	Peso medio casist.	1,18	1,22	0,04
	Indice case mix	1,32	1,33	0,01
	Ricavi (in EURO)	9.486.756	9.257.287	-229469
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	21	21	0
	N° dimessi	1387	925	-462
	N° accessi	7522	1916	-5606
	N° DH attivati	1328	878	-450
	N° DRG Chirurgici	536	585	49
	Indice di rotazione	66,05	44,05	-22
	Tasso di occupaz.	114,44	29,06	-85,38
	% DH su totale	37,02	29,94	-7,08
	Presenza media	5,42	2,07	-3,35
	% DRG chirurgici	38,64	63,24	24,6
	Peso medio casist.	0,83	0,89	0,06
	Indice case mix	1,14	1,22	0,08
	Ricavi (in EURO)	2.942.224	880.154	-2062070
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° prest. X esterni	153.788	147.640	-6148
	Ricavi (in EURO)	1.651.992	1.800.228	148236
	N° prest. X interni			0
	Ricavi (in EURO)			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	105	89	-16
	Dimessi	4316	3662	-654
	Giornate	30.789	25.317	-5472
	DRG Chirurgici	1535	1561	26
	Ricavi	14.080.972	11.937.669	-2143303



REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. CASTROVILLARI

INDICATORI DI ATTIVITA'

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	96	95	-1
	N° dimessi	4654	4631	-23
	GG. Degenza tot.	31299	30286	-1013
	Numero interventi	1173	1351	178
	N° DRG chirurgici	924	983	59
	Numero decessi	143	129	-14
	Indice di rotazione	48,5	48,75	0,3
	Tasso di occ.Ord.	89,32	87,1	-2,22
	Intervallo turn-over	0,80	0,97	0,17
	indice di letalità	3,07	2,79	-0,28
	% interventi chir.	25,2	29,17	3,97
	Degenza media	6,73	6,54	-0,19
	% DRG chirurgici	19,85	21,23	1,38
	Peso medio casist.	0,94	0,97	0,03
	Indice case mix	1,06	1,06	0
	Ricavi (in EURO)	12.480.727	12832105	351378
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	35	28	-7
	N° dimessi	1579	1196	-383
	N° accessi	6367	3140	-3227
	N° DH attivati	1396	1015	-381
	N° DRG chirurgici	519	545	26
	Indice di rotazione	45,11	42,71	-2,4
	Tasso di occupaz. DH	62,09	38,14	-23,95
	% DH su totale casi	31,99	26,67	-5,32
	Presenza media	4,03	2,63	-1,4
	% DRG chirurgici	32,87	45,57	12,7
	Peso medio casist.	0,79	0,84	0,05
	Indice case mix	1,09	1,14	0,05
	Ricavi (in EURO)	2.575.738	1.447.465	-1128273
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° prest. X esterni	265.222	238.166	-27056
	Ricavi (in EURO)	4.985.089	4.887.558	-97531
	N° prest. X interni			0
	Ricavi (in EURO)			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	131	123	-8
	Dimessi	6233	5827	-406
	Giornate	37.666	33.426	-4240
	DRG Chirurgici	1443	1528	85
	Ricavi	20.041.554	19.167.128	-874426



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. ROSSANO

INDICATORI DI ATTIVITA'

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	83	81	-2
	N° dimessi	3101	2841	-260
	GG. Degenza tot.	21444	19603	-1841
	Numero interventi	1285	1160	-125
	N° DRG chirurgici	1078	1002	-76
	Numero decessi	104	100	-4
	Indice di rotazione	34,46	35,07	0,61
	Tasso di occupaz.	65,28	66,12	0,84
	Intervallo turn-over	3,68	3,54	-0,14
	indice di letalità	3,35	3,52	0,17
	% interventi chir.	41,44	40,83	-0,61
	Degenza media	6,92	6,9	-0,02
	% DRG chirurgici	34,76	35,27	0,51
	Peso medio casist.	1,16	1,19	0,03
	Indice case mix	1,3	1,3	0
	Ricavi (in EURO)	9.305.667	8.720.049	- 585.618
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	22	16	-6
	N° dimessi	775	445	-330
	N° accessi	4767	933	-3834
	N° DH attivati	761	436	-325
	N° DRG chirurgici	124	168	44
	Indice di rotazione	31,00	27,81	-3,19
	Tasso di occupaz.	60,92	18,57	-42,35
	% DH su totale casi	25,49	18,71	-6,78
	Presenza media	6,15	2,1	-4,05
	% DRG chirurgici	16,00	37,75	21,75
	Peso medio casist.	0,74	0,81	0,07
	Indice case mix	1,02	1,11	0,09
	Ricavi D.H. (E)	1871850	399669	-1472181
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° Prest. X esterni	214.660	189.092	-25568
	Ricavi Amb. (E)	4.135.095	4.150.214	15119
	N° Prest. X interni			0
	Ricavi			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	105	97	-8
	Dimessi	3876	3286	-590
	Giornate	26.211	20.536	-5675
	DRG Chirurgici	1202	1170	-32
	Ricavi	15.312.612	13.269.932	-2042680



REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. CORIGLIANO

INDICATORI DI ATTIVITA'

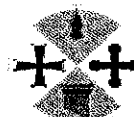
REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	95	92	-3
	N° dimessi	6190	5900	-290
	GG. Degenza tot.	32459	30866	-1593
	Numero interventi	1499	1456	-43
	N° DRG chirurgici	1197	1182	-15
	Numero decessi	83	49	-34
	Indice di rotazione	65,16	64,13	-1,03
	Tasso di occupaz.	93,61	91,67	-1,94
	Intervallo turn-over	0,36	0,48	0,12
	indice di letalità	1,34	0,83	-0,51
	% interventi chir.	24,22	24,68	0,46
	Degenza media	5,24	5,23	-0,01
	% DRG chirurgici	19,34	20,03	0,69
	Peso medio casist.	0,63	0,63	0
	Indice case mix	0,7	0,69	-0,01
	Ricavi (in EURO)	10.964.945	10.690.438	- 274.507
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	16	15	-1
	N° dimessi	1004	932	-72
	N° accessi	1850	1501	-349
	DH attivati	965	891	-74
	N° DRG chirurgici	116	94	-22
	Indice di rotazione	62,75	62,13	-0,62
	Tasso di occupaz.	36,94	31,87	-5,07
	% Day Hospital	16,69	16,45	-0,24
	Presenza media	1,84	1,61	-0,23
	% DRG chirurgici	11,55	10,09	-1,46
	Peso medio casist.	0,5	0,47	-0,03
	Indice case mix	0,68	0,65	-0,03
	Ricavi	542.103	437.342	-104761
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° Prest. X esterni	173.530	108.139	-65391
	Ricavi	1.218.825	986.465	-232360
	N° Prest. X interni			0
	Ricavi			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	111	107	-4
	Dimessi	7194	6832	-362
	Giornate	34.309	32.367	-1942
	DRG Chirurgici	1313	1276	-37
	Ricavi	12.725.873	12.114.245	-611628



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. ACRI

INDICATORI DI ATTIVITA'

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	30	30	0
	N° dimessi	839	854	15
	GG. Degenza tot.	8.253	8691	438
	Numero interventi	90	68	-22
	N° DRG chirurgici	63	59	-4
	Numero decessi	46	48	2
	Indice di rotazione	27,97	28,47	0,5
	Tasso di occupaz.	75,37	79,15	3,78
	Intervallo turn-over	3,21	2,68	-0,53
	indice di letalità	5,48	5,62	0,14
	% interventi chir.	10,73	7,96	-2,77
	Degenza media	9,84	10,18	0,34
	% DRG chirurgici	7,51	6,91	-0,6
	Peso medio casist.	0,91	0,89	-0,02
	Indice case mix	1,02	0,98	-0,04
	Ricavi (in EURO)	1.959.612	1.934.974	-24638
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	9	9	0
	N° dimessi	279	247	-32
	N° accessi	1148	917	-231
	N° DH attivati	246	227	-19
	N° DRG Chirurgici	78	101	23
	Indice di rotazione	31	27,44	-3,56
	Tasso di occupaz.	44,44	35,38	-9,06
	% DH su totale	29,9	28,42	-1,48
	Presenza media	4,11	3,71	-0,4
	% DRG chirurgici	27,96	40,89	12,93
	Peso medio casist.	0,73	0,73	0
	Indice case mix	1,01	1	-0,01
	Ricavi (in EURO)	303.342	245.370	-57972
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° prest. X esterni	240.305	183.002	-57303
	Ricavi (in EURO)	2.316.421	2.283.404	-33017
	N° prest. X interni			0
	Ricavi (in EURO)			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	39	39	0
	Dimessi	1118	1101	-17
	Giornate	9.401	9.608	207
	DRG Chirurgici	141	160	19
	Ricavi	4.579.375	4.463.748	-115627



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. SAN GIOVANNI IN FIORE

INDICATORI DI ATTIVITA'

REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	30	30	0
	N° dimessi	682	736	54
	GG. Degenza tot.	7.508	7.266	-242
	Numero interventi	0	2	2
	N° DRG chirurgici	0	2	2
	Numero decessi	5	9	4
	Indice di rotazione	22,73	24,53	1,8
	Tasso di occupaz. Ord.	68,57	66,17	-2,4
	Intervallo turn-over	5,05	5,05	0
	indice di letalità	0,73	1,22	0,49
	% interventi chir.	0,00	0,27	0,27
	Degenza media	11,01	9,87	-1,14
	% DRG chirurgici	0	0,27	0,27
	Peso medio casist.	0,92	0,91	-0,01
	Indice case mix	1,03	1	-0,03
	Ricavi (in EURO)	1.646.743	1.763.193	116.450

REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	5	8	3
	N° dimessi	103	89	-14
	N° accessi	412	307	-105
	DH attivati	101	85	-16
	N° DRG chirurgici	70	49	-21
	Indice di rotazione	20,6	11,12	-9,48
	Tasso di occupaz. DH	26,33	12,22	-14,11
	% Day Hospital	13,55	11,18	-2,37
	Presenza media	4	3,45	-0,55
	% DRG chirurgici	67,96	55,06	-12,9
	Peso medio casist.	0,8	0,78	-0,02
	Indice case mix	1,1	1,06	-0,04
	Ricavi	88.829	77.889	- 10.940

ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° Prest. X esterni	229.032	185.002	-44030
	Ricavi	1.797.401	1.470.453	- 326.948
	N° Prest. X interni			0
	Ricavi			0

TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	35	38	3
	Dimessi	785	825	40
	Giornate	7.920	7.573	-347
	DRG Chirurgici	70	51	-19
	Ricavi	3.532.973	3.311.535	-221438



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REPORT INDICATORI DI ATTIVITA' ANNI 2015-2016

P.O. TREBISACCE

INDICATORI DI ATTIVITA'

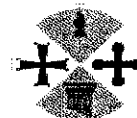
REGIME ORDINARIO	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	10	10	0
	N° dimessi	175	177	2
	GG. Degenza tot.	3.169	2.712	-457
	Numero interventi	2	3	1
	N° DRG chirurgici	2	3	1
	Numero decessi	1	7	6
	Indice di rotazione	17,50	17,70	0,2
	Tasso di occupaz. Ord.	86,82	74,10	-12,72
	Intervallo turn-over	2,75	5,36	2,61
	indice di letalità	0,57	3,95	3,38
	% interventi chir.	1,14	1,69	0,55
	Degenza media	18,11	15,32	-2,79
	% DRG chirurgici	1,14	1,69	0,55
	Peso medio casist.	0	0	0
	Indice case mix	0	0	0
	Ricavi (in EURO)	404.953	373.792	-31161
REGIME DAY HOSPITAL	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	0	0	0
	N° dimessi	0	0	0
	N° accessi	0	0	0
	DH attivati	0	0	0
	N° DRG chirurgici	0	0	0
	Indice di rotazione	0	0	0
	Tasso di occupaz. DH	0	0	0
	% Day Hospital	0	0	0
	Presenza media	0	0	0
	% DRG chirurgici	0	0	0
	Peso medio casist.	0	0	0
	Indice case mix	0	0	0
	Ricavi	-	-	0
ATTIVITA' AMBULATORIALI	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	N° Prest. X esterni			0
	Ricavi			0
	N° Prest. X interni			0
	Ricavi			0
TOTALI ATTIVITA'	INDICATORE	Consuntivo Anno 2015	Consuntivo Anno 2016	Scostamenti 2016/2015
	Posti letto	10	10	0
	Dimessi	175	177	2
	Giornate	3.169	2.712	-457
	DRG Chirurgici	2	3	1
	Ricavi	404.953	373.792	-31161



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Obiettivo qualificante per il triennio 2018/2020 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 2018 i volumi e le tipologie da produrre per stabilimento sono complessivamente sovrapponibili ai valori dell'anno 2017, 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.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALI ANNI 2016-2017

STRUTTURA	N° PRESTAZIONI 2017	N° PRESTAZIONI 2016	SCOSTAMENTO 2016/2017
P.O. CASTROVILLARI	277.420	238.166	39.254
P.O. ACRI	211.921	183.002	28.919
P.O. CETRARO	107.925	101.447	6.478
P.O. PAOLA	167.514	147.640	19.874
P.O. CORIGLIANO	133.814	108.139	25.675
P.O. ROSSANO	259.650	189.092	70.558
P.O. SAN GIOVANNI IN FIORE	198.970	185.002	13.968
TOTALE	1.357.214	1.152.488	204.726

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.

L'analisi 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.



SINTESI DATI MOBILITA' PASSIVA ASP 2015-2016

TIPOLOGIA	N° PRESTAZIONI 2015	VALORE ECONOMICO 2015	N° PRESTAZIONI 2016	VALORE ECONOMICO 2016	SCOSTAMENTO PRESTAZIONI 2016-2015	SCOSTAMENTO VALORE 2016-2015
<i>RICOVERI</i>	19.738	77.326.973	20.134	81.257.133	396	3.930.160
<i>MEDICINA GENERALE</i>	81.383	595.646	105.200	753.355	23.817	157.709
<i>SPECIALISTICA AMB.</i>	361.644	12.918.614	425.070	14.958.525	63.426	2.039.911
<i>FARMACEUTICA</i>	45.925	473.710	60.567	583.076	14.642	109.366
<i>CURE TERMALI</i>	19.065	159.465	20.635	175.138	1.570	15.673
<i>SOMM. DIRETTA FARMACI</i>	326.571	5.024.847	377.752	6.873.705	51.181	1.848.858
<i>TRASPORTI</i>	836	305.859	1.272	300.948	436	-4.911
	855.162	96.805.114	1.010.630	104.901.880	155.468	8.096.766

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 e 2017 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. Coordinamento ed integrazione Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza PTPCT con la programmazione aziendale (Piano della Performance).

Il PTPCT è un documento di natura programmatica per il quale risulta necessario stabilire reali collegamenti con il Piano ed il ciclo della Performance, in quanto non solo costituisce una parte rilevante dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Il PTPCT si integra con il Piano della Performance, per come previsto dalla vigente normativa, in ogni fase di realizzazione:

- elaborazione del Piano, con la condivisione della medesima base dei dati e fonti informative;
- assegnazione degli obiettivi, per come già indicato, contenenti anche le misure di prevenzione della corruzione individuate per ogni servizio;
- monitoraggio/valutazione delle attività.

L'ASP provvederà ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione declinati per i CDR, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPCT nel duplice versante della :

- performance organizzativa* (art. 8 d.lgs. n. 150/2009)
- performance individuale* (art. 9 d.lgs. 150/2009).

Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione, individuati nel P.T.P.C.T. e negli atti programmatici relativi al ciclo della Performance organizzativa, si darà conto nell'ambito della Relazione della performance (art. 10 d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, si verificheranno i risultati raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Si riporta di seguito elenco degli obiettivi e relative attività da perseguire per il contrasto ai fenomeni corruttivi e da declinare in obiettivi specifici nell'ambito del ciclo della performance organizzativa:

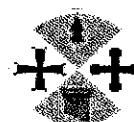
a. OBIETTIVI	b. ATTIVITA'
c. <u>Generale/trasversale</u> : ridurre le criticità che investono gli assetti organizzativi generali dell'ASP	d. Realizzazione misure generali trasversali Allegato 2) PTPCT
e. <u>Gestione del rischio corruzione</u> : consolidare il processo di macroprogettazione del PTPCT	f. Realizzazione misure generali trasversali Allegato 2) PTPCT g. Realizzazione misure specifiche Allegato 2) PTPCT
h. <u>Trasparenza</u> : stabilizzare i flussi di trasmissione e pubblicazione obbligatoria di cui al D.Lgs 33/13	i. Assolvimento adempimenti pubblicazione obbligatoria di cui al D.Lgs 33/13 – Allegato 3) e 4) PTPCT
j. <u>Etica e integrità</u> : formazione all'etica pubblica e sensibilizzazione verso l'assunzione di comportamenti eticamente e giuridicamente corretti, rafforzamento del sistema dei controlli nelle aree a maggiore incidenza del rischio corruttivo;	k. Realizzazione Piano formazione generale e specifica l. Proposta aggiornamento Codice etico e di comportamento m. Assolvimento obblighi di dichiarazione conflitto d'interesse n. Realizzazione misure di controllo Allegato 2) PTPCT



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Relativamente alla performance individuale, gli obiettivi e le relative attività da perseguire per il contrasto ai fenomeni corruttivi saranno oggetto di valutazione da parte del dirigente responsabile della struttura competente.

16. Realizzazione Obiettivi di PSN.

La programmazione delle attività e dei progetti relativi agli obiettivi di piano anni 2018-2020 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla relativa intesa Stato-Regioni, e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale della Regione Calabria, su indicazione della Direzione aziendale. 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 (che già l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabilisce, tra l'altro, che: *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA"*;

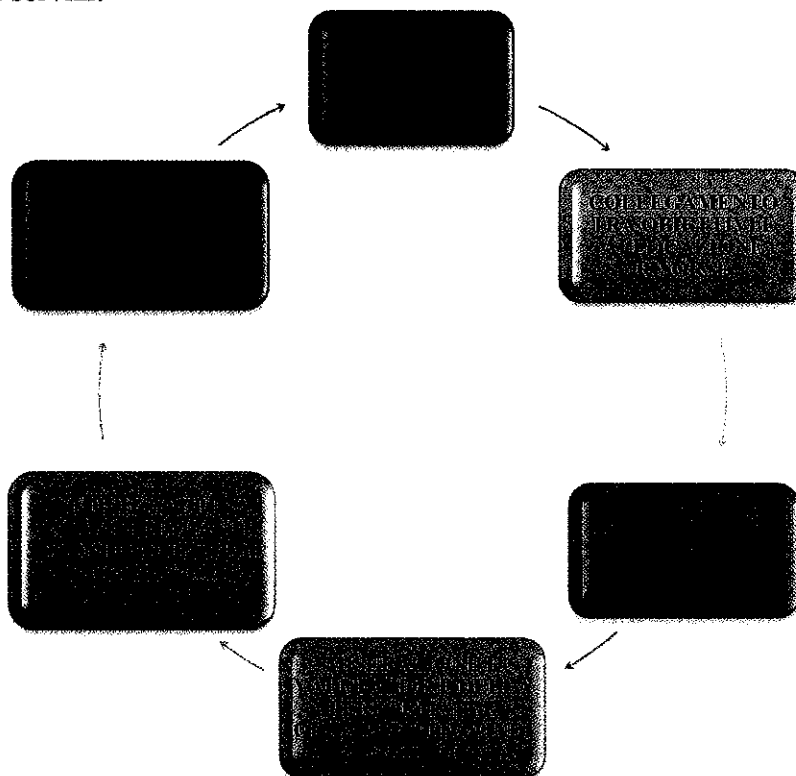
La realizzazione delle linee progettuali e la conseguente attività di rendicontazione da parte delle strutture interessate, dovrà trovare evidenza documentale in una relazione annuale da parte della struttura/CDR interessato, ed indirizzato alla Direzione sanitaria aziendale, in quanto costituirà oggetto di valutazione della performance individuale del Dirigente responsabile.



17. 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.



17.1 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:

- a. Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi di CDR ai fini della negoziazione del Budget anno 2018 (si riportano gli obiettivi di riferimento per lo sviluppo per CDR).
- b. Proposta di modello di scheda di negoziazione budget da utilizzare per l'anno 2018.

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.

Allegato a) Scheda obiettivi strategici ed operativi piano performance triennio 2018-2020 e per definizione obiettivi CDR ai fini della negoziazione del Budget anno 2018					
N°	Area strategica	Obiettivo strategico	Macro aree coinvolte	Descrizione obiettivo strategici prioritari Direzione generale	Indicatore
1	Governo clinico	efficienza organizzativa	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero Centrale Operativa/118	Attuazione della riorganizzazione dei servizi ospedalieri coerenti con la programmazione regionale definita dal DCA n. 64 del 04.07.2016	attivazione/disattivazione 100% PL previsti. T.O. 90%
2	Governo clinico	efficienza organizzativa	Direzioni sanitarie UOC Ortopedia	Tempestività degli interventi a seguito della frattura del femore sui pazienti con età ≥ 65 anni	adeguamento indicatori: N° Interv. chir. < 0-2 gg fratture fem. > 65aa
3	Governo clinico	efficienza organizzativa	Direzioni sanitarie UOC Ostetricie	Riduzione incidenza dei parti cesarei	% parti cesarei/tot. parti (<= 15% <= 25%).
4	Governo territoriale	Integrazione ospedale-territorio	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero	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". (UCCP-AFT-Case della Salute)	numero UCCP/AFT/casa della salute attivate
5	Governo economico	Assistenza farmaceutica	Strutture ospedaliere Dipartimento farmaceutico	Contenimento spesa farmaceutica convenzionale 7,96% e diretta 6,89 del FSN	Spesa farmaceutica convenzionale < 7,96 e diretta < 6,89 del FSN
7	Governo clinico	Accessibilità e fruibilità	Direzione sanit. az. CUP aziendale Distretti sanitari Strutture di ricovero	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare. < Tempo medio di attesa; Sovracup)	< tempi di attesa \$(data prenotazione-data erogazione)/ n° complessivo prestazioni;
8	Governo economico	Equilibrio economico	Direzione generale UOC Spedalità	Gestione attività di acquisto e controllo nei confronti degli erogatori privati di prestazioni	(N° contratti sottoscritti/ n° contratti totali) x 100
9	Governo economico	Gestione risorse umane	Direzione generale UOC Gest. Risor. um. UOC med. del lavoro	Verifica personale ASP soggetto a limitazioni,	(N° personale con limitazioni sottoposto a revisione medica dei requisiti/personale totale con limitazioni) x 100
10	Governo economico	Gestione risorse umane	Direzione generale UOC Gestione risorse um. UOC medicina del lavoro	Verifica personale valutato non idoneo e riclassificato	(N° personale non idoneo sottoposto a revisione medica dei requisiti/personale totale non idoneo) x 100
11	Governo economico	Gestione risorse umane	Direzione generale UOC Gestione risorse um. medicina del lavoro	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
12	Governo economico	Gestione risorse umane	Direzione Generale UOC Risorse umane	Stabilizzazione del personale precario	N° personale da stabilizzare/n° personale stabilizzato
13	Governo clinico	Informazione e comunicazione	Direzione generale U.O. SIA U.O. GEF Distretti Dipartimenti -Ospedali	Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: trasmissione flussi informativi	SI - assolvimento completo debito informativo entro le scadenze
14	Governo qualità e tecnologia	efficienza organizzativa	Direzione generale U.O. SIA U.O. GEF Distretti Dipartimenti -Ospedali	Processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	% di ricette dematerializzate/totale ricette

15	Governo economico	Equilibrio economico	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali	Rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di equilibrio di bilancio.	Attivazione CO.AN. Equilibrio di bilancio. pagamenti e < debito pregresso	Stato del
16	Governo qualità e tecnologia	efficienza organizzativa	Dipartimento servizi Direzioni sanitarie	Verifica requisiti accreditamento dei laboratori di Servizio Immunotrasfusionale (SIT)	rispetto standard verifiche	evidenza
17	Governo economico	Efficienza gestionale ed organizzativa	Dip. Prevenzione U.O. Screening	Attivazione Politiche di screening con monitoraggio dei risultati attesi	Tumore mammella % - % service uterina % - % % - %	Tumore Tumore colon retto
18	Governo qualità e tecnologia	efficienza organizzativa	Dipartimento medico Direzioni sanitarie	Applicazione DCA 84/2015 (DCA 112 2016) - Applicazione DCA 10/2015 - Verifica requisiti specifici di accreditamento Strutture di Nefrologia e Dialisi	riordino laboratori analisi- standard	rispetto evidenza verifiche

N°	Area strategica	obiettivo strategico	Macro aree coinvolte	Descrizione altri obiettivi strategici	Direzione generale	Indicatore
19	Governo economico	Efficienza economica	Punti ordinanti U.O. GEF	Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori. Adempimento fatturazione elettronica.		Numero fatture inserite e liquidate entro i termini/totale fatture ricevute e registrate
20	Governo economico	Efficienza gestionale	Direzione generale U.O. Program. e Controllo U.O. GEF -	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
21	Governo qualità e tecnologia	Equilibrio economico	UOC Area amministrativa UOC Programm. e controllo UOC GESI	Implementazione sistema data warehouse aziendale e del sistema SEC-SIRS ai fini del monitoraggio della spesa ed implementazione del sistema di reporting direzionale.		analisi comparative costi/rendimento/risultato
22	Governo clinico	Assistenza ospedaliera	Strutture di ricovero	Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia.		adeguamento indicatori: DMI - % casi chirurgici - T.O.
23	Governo territoriale	Accessibilità e fruibilità	Distretti sanitari Strutture di ricovero	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
24	Governo clinico	appropriatezza percorsi assistenziali	Distretti sanitari Strutture di ricovero	Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.		sviluppo procedure
25	Governo clinico	appropriatezza percorsi assistenziali	Dipartimento farmaceutico	Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, dei dispositivi, attività di farmacovigilanza. Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti).		monitoraggio trimestrale
26	Governo clinico	appropriatezza percorsi assistenziali	Distretti sanitari Strutture di ricovero Risk amangement Ufficio Unico sicurezza	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 audit e n° procedure prevenzione rischio Piano aziendale rischio clinico > n°
27	Governo qualità e tecnologia	efficienza gestionale	UOC Ingegneria clinica UOC Gestione tecnico/patrimoniale	Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;		aggiornamento/inserimento attrezzature nel sistema CO.AN. con elaborazione ammortamenti.
28	Governo economico	Efficienza organizzativa	Distretti sanitari Strutture di ricovero	Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.		Acquisto e/o incremento erogazione prestazioni in mobilità passiva
29	Governo clinico	appropriatezza percorsi assistenziali	Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali	Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività e degli attuali LEA.		Reporting periodici dati attività

30	Governo territoriale	appropriatezza percorsi assistenziali	Strutture interessate dal PDTA	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
31	Governo stakeholders e utenza	Accessibilità e fruibilità	Direzione generale Distretti sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali	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
32	Governo territoriale	appropriatezza percorsi assistenziali	Dipartimento funzionale Strutture afferenti	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
33	Governo stakeholders e utenza	Umanizzazione assistenza	Direzione sanitaria Distretti sanitari Strutture di ricovero DSM Servizi accoglienza	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
34	Governo qualità e tecnologia	Qualità e formazione	Direzione generale Formazione e qualità	Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;	attuazione percorsi formativi per riqualificazione
35	Governo stakeholders e utenza	Anticorruzione e trasparenza	Direzione generale RPCT OIV Programmi e controllo Distretti Sanitari Strutture di ricovero Dipart. Strutturali Area amministrativa	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 2018 - 2020
36	Governo economico	Efficienza gestionale	Direzione Amministr. Asp Stazioni appaltanti	Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette ad efficientare la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.	Piena attuazione PAC di competenza
37	Governo qualità e tecnologia	Efficienza gestionale	Direzione generale UOC GESI Strutture di ricovero Distretti sanitari DSM	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
38	Governo clinico	Risk management	U.O. Risk management Dip. farmaceutico	Monitoraggio di eventi sentinella: nel corso del 2018 saranno monitorati costantemente gli eventi di cui alla circolare ministeriale n° 1628 DGPROC3/P del 23/01/2007 e s.m.i.	relazione periodica su monitoraggio
39	Governo territoriale	efficienza gestionale	ALPI Direzione sanitaria	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.	report su attività e riordino servizio
40	Governo qualità e tecnologia	Efficienza gestionale	Direzione generale UOC GESI UOC Gestione tecnico-patrim. UOC Affari generali	Implementazione processo di dematerializzazione atti con informatizzazione archiviazione sostitutiva di Delibere/determine, protocollo, fatture	predisposizione cronoprogramma piano operativo di superamento criticità.
41	Governo clinico	area emergenza	Direzione generale UOC Centrale operativa/118	completamento del processo di riordino del sistema di emergenza secondo direttive regionali	Definizione rete emergenza e piano operativo trasporto terrestre
42	Governo territoriale	Accessibilità e fruibilità	Distretti sanitari	Potenziamento delle attività territoriali: completamento attivazione PUA (Punti Unici di Accesso)	Secondo cronoprogramma
43	Governo economico	Gestione risorse umane	Direzione generale UOC risorse umane	Rideterminazione definitiva dei fondi contrattuali (art. 16 L.5/2009)	Provvedimento di rideterminazione fondi contrattuali
44	Governo territoriale	Prevenzione	UOC Dipartimento di prevenzione	Mantenimento/miglioramento livelli di attività e di risultato registrati per tutti i servizi per l'anno 2017	Prestazioni anno 2017/prestazioni anno 2016 (= o >)

45	Governo territoriale	Prevenzione	Dipart. Prevenzione UOC area veterinaria	Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2016	Prestazioni anno 2017/prestazioni anno 2016 (= o >)
46	Governo clinico	Prevenzione	Dipart. Prevenzione UOC igiene e sanità pubblica	Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi	Copertura uguale o superiore anno 2016
47	Governo clinico	Prevenzione	UOC Dipartimento di prevenzione	Gestione ed attuazione degli obiettivi individuati nel Piano Regionale della Prevenzione vigente	attuazione obiettivi PRP anno 2017
48	Governo territoriale	Assistenza Territoriale	Distretti Sanitari Cure primarie MMG PLS Specialisti	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
49	Governo economico	Assistenza Territoriale	Distretti sanitari	Razionalizzazione costi assistenza ausiliaria e protesica	Definizione linee guida a fini prescrittivi Definizione standard Budget distrettuali Monitoraggio trimestrale spesa Customer satisfaction
50	Governo clinico	Materno infantile	Area Materno Infantile Centrale Operativa/118 Area emergenza/urgenza	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
51	Governo territoriale	Materno infantile	Distretti sanitari UOC Coordinamento attività consultoriali	Promozione del benessere mentale degli adolescenti dal disagio alla consapevolezza del se attraverso attività di coordinamento tra le istituzioni.	evidenza documentale attività di coordinamento
52	Governo territoriale	Materno infantile	Distretti sanitari UOC Coordinamento Attività consultoriali UOC Ostetricia e ginecologia	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%)
53	Governo territoriale	Materno infantile	Distretti sanitari UOC Coordinamento Attività consultoriali	Prevenzione osteoporosi nelle donne a rischio mediante attività informative e di divulgazione	< % fratture patologiche
54	Governo territoriale	Assistenza SERD	DSM SERD Distrettuali	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
55	Governo territoriale	Assistenza SERD	SERD Distrettuali	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
56	Governo qualità e tecnologia	Salute mentale	DSM UOC CSM territoriali	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%
57	Governo clinico	Salute mentale	DSM UOC SPDC	Numero DRG 430, 428 e 426 superiore al 75% rispetto al numero totale dei soggetti ricoverati in SPDC.	DRG 430, 428 e 426 > 75%
58	Governo qualità e tecnologia	Assistenza residenziale	Distretti sanitari DSM	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
59	Governo territoriale	Area sociosanitaria	Distretti sanitari Area servizi sociali	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

60	Governo qualità e tecnologia	Assistenza ospedaliera	NOCI Strutture ricovero	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
63	Governo territoriale	Assistenza ospedaliera	Strutture di ricovero UOC Spedalità	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
64	Governo economico	Efficienza gestionale	Tutte le UOC area amministrativa Dip. Farmaceutico Distretti sanitari	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
65	Governo territoriale	Efficienza gestionale ed organizzativa	Direzioni Mediche di Presidio ospedaliero	Completo e puntuale assolvimento a tutti i compiti assegnati alla figura 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	report periodico sugli esiti della sorveglianza e vigilanza, mediante format standard unico aziendale concordato ed adottato dalla D.G. su proposta dei Direttori spoke entro il 30/04/2018

Gli obiettivi strategici saranno declinati negli obiettivi specifici da negoziare per ogni singolo CDR



**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**
*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

**VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA
AZIENDALE - UOC/UOSD :**

NUMERO SCHEDA _____		SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017		Periodo valutato 01/2017 - 12/2017	Collegato a risorse											
COGNOME E NOME : _____ PROFILO PROFESSIONALE: DIRETTORE UOC TIPOLOGIA DI INCARICO : DIRETTORE UOC UNITA' OPERATIVA : U.O.C. /U.O.S.D. POSTO LETTO (ORD.+DE/DS) : _____ DIPARTIMENTO : _____ P. O./STRUTT. TERR. _____ VALUTATORE DI 1° ISTANZA- _____																
N°	Area strategica	Descrizione obiettivo operativo	Indicatore	Risultati Attesi	tel. cellulare e-mail	VINCOLI										
						Consumativo 2016	% peso obiettivo	V.A. 2018	Risultato conseguito 2018	Punteggio indicatore	P	T	S	Org	Altro - Note	
1																
2																
n																
		TOTALE PESO DELL'INDICATORE														
		VALORE BUDGET ASSEGNATO														
		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 CDR																

1. I Responsabili delle UOS e i titolari di incarichi professionali condividono gli obiettivi e gli indicatori negoziati dal Dirigente della UOC/UOSD 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 performance. La Direzione aziendale potrà eventualmente, nel corso dell'anno, rimodulare e/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 al dirigente con relativi indicatori e pesi assegnati ad integrazione di quelli già definiti per gli altri obiettivi in sede di negoziazione.

3. Nella colonna "consumativo 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 2015 disponibili sono pubblicati sul sito web aziendale nella pagina "Area di staff - Programmazione e Controllo: sezione Budget. Per la spesa farmaceutica convenzionata i costi sono riferiti al consumo di farmaci per distretto di residenza dei pazienti.

GRADO DI EFFICACIA OBIETTIVI (max 100 punti): costanti tra 0 e 5 % - 100% punteggio

Valore minimo % raggiungimento obiettivo > 60%

legenda V.A.: Valore Atteso
P: Personale
T: Tecnologie
S: Struttura
Org: Organizzazione