

**REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 28 DEL 21 FEB. 2016

OGGETTO: Adozione Piano delle Performance 2016 - 2018 – ASP Cosenza

Il Direttore Generale Dott. Raffaele Mauro, nominato con D.P.G.R. n.6 del 12 gennaio 2016, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto assistito dal Referente Sanitario Dott. PIETRO FILIPPO e dal Referente Amministrativo Dott.

(Avv. Carlo BALDINI)

STRUTTURA PROPONENTE: Direzione Generale

Il Direttore U.O.C. Programmazione e Controllo propone al Direttore Generale l'adozione del presente atto.

**IL DIRETTORE
Dott. Francesco Laviola**

Visto del Direttore del Dipartimento _____

IL RESPONSABILE DEL CONTO ECONOMICO N° _____

Dott. _____

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 2015 che presenta idonea copertura.

**IL DIRETTORE U.O.C.
Dott.ssa Aurora De Ciancio**

CONTIENE 1 ALLEGATO DI 77 PAGINE

**ASP COSENZA
IL DIRIGENTE MEDICO
(Dott. Francesco Laviola)**

PREMESSO

- che il decreto legislativo n. 150/09 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 delle 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), 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 delle 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 delle performance è, altresì, finalizzato alla valorizzazione del merito e al conseguente riconoscimento di meccanismi premianti ai dirigenti e ai dipendenti;
- che nell'ambito del ciclo delle 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 valutazione operata dal N.A.V.S.;

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 contenute nella delibera CIVIT n°112/2010;

RITENUTO

- che occorre, pertanto, provvedere ad adottare il Piano della Performance per il triennio 2016 - 2018;

VISTO

- il decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 e successive modifiche ed integrazioni;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, 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";

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 il parere favorevole del Referente Sanitario e del Referente Amministrativo

DELIBERA

Di intendere le premesse integralmente ripetute e confermate.

Di adottare il Piano della Performance - Triennio 2016/2018, 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); della legge 190/12, del D.lgs 33/2013 e 36/2013

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

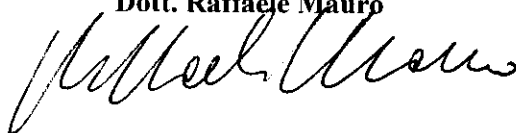
Di trasmettere copia della presente deliberazione all'Assessorato della Salute, ed al Nucleo Aziendale di Valutazione Strategica;

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

Il Referente Amministrativo

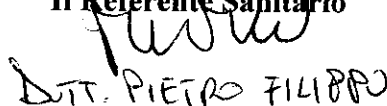
(Avv. Carlo BALDINI)

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Raffaele Mauro



Il Referente Sanitario

DOTT. PIETRO FILIPPO

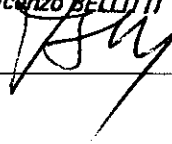


RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza il 1 FEB. 2016 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



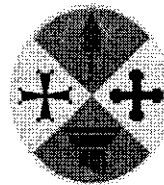
Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

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

Prot. n. _____ ESECUTIVA il _____



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



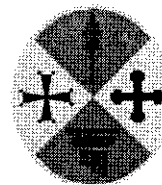
REGIONE CALABRIA



ALLEG. ALLA DELIBERA
N. 28 del 1 FEB. 2016

Piano delle Performance

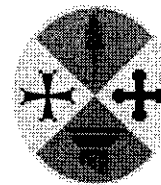
2016-2018



PREMESSA	4
1. IDENTITÀ	5
2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	6
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI COSENZA	7
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	7
3.2 LE RISORSE UMANE	9
3.3 LE RISORSE FINANZIARIE	13
3.4 IL PIANO DI SVILUPPO TRIENNALE	15
3.4.1. Linee strategiche dell'azienda e Piano Triennale	15
3.4.2. Integrazione dell'Azienda Sanitaria nella rete regionale dei servizi sanitari.	15
3.4.3. La partecipazione del cittadino e le relazioni con la società civile.	15
3.4.4. Valorizzazione del volontariato e del terzo settore.	16
3.4.5. L'interazione con le aziende sanitarie e ospedaliere calabresi.	17
3.4.6. L'interazione con le Università.	17
3.4.7. L'interazione con gli altri attori del sistema sanità.	17
3.4.8. Sviluppo delle reti cliniche integrate.	18
3.4.9. L'integrazione socio-sanitaria	19
3.4.10. Integrazione ospedale-territorio	20
3.4.11. Rapporti convenzionali	22
3.4.12. Governo clinico	22
3.4.13. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere	23
3.4.14. Innovazione gestionale e tecnologica	25
3.4.15. Revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi	27
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	28
4.1 ELEMENTI SOCIO ECONOMICI DI RIFERIMENTO	28
4.2 L'ANALISI SWOT	36
4.3 IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO	37
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	38
6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI GESTIONE	39
6.1. Ambiti di valutazione	39
6.2. Criteri e scale di valutazione	39
6.3. Ciclo di Gestione delle Performance	41
6.3.1. Definizione e assegnazione degli obiettivi	41
6.3.2. Collegamento degli obiettivi con le risorse	42
6.3.3. Monitoraggio in corso di esercizio	42
6.3.4. Meccanismi di retroazione	42
6.3.5. Misurazione e valutazione della performance	42
6.3.6. Collegamento con il sistema premiante	43
6.3.7. Rendicontazione	43
6.3.8. Procedure di conciliazione	43
7. A) GLI OBIETTIVI STRATEGICI	44
A.1) OBIETTIVI AZIENDALI INTERDIPARTIMENTALI	45
A.2) PIANO DI BUDGET ANNO 2016	47
7. B) I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	49
B.1) PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:	49
B.2) APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	49
B.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2016:	50
7. C) II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:	51
C.1) PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:	51



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

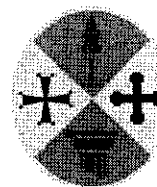


REGIONE CALABRIA

C.2) APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI	52
C.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2016	53
Dipartimento Salute mentale	54
7. D) III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	55
D.1) PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI:	55
D.2) APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE	55
D.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2016	56
D.4) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA	57
a. Posti letto	58
b. Rete della emergenza	59
c. Pianificazione attività ospedaliere	59
7. E) SISTEMI INFORMATIVI	68
7. F) REALIZZAZIONE OBIETTIVI DI PSN	69
8. COLLEGAMENTO DEL PIANO DELLE PERFORMANCE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITÀ (PTTI)	70
8. ALBERO DELLE PERFORMANCE	72
9. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	73



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

PREMESSA

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto n. 150/2009, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

Oltre a questi aspetti, il Piano è uno strumento che può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'amministrazione.

Esso può consentire di:

- ✓ individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- ✓ favorire una effettiva accountability e trasparenza; rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- ✓ migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

Le necessità di rinnovamento del SSR, impongono inoltre una visione dinamica e semplificata, con la sviluppo di una organizzazione che sia di chiara evidenza, agli operatori e ai cittadini fruitori dei servizi, dei percorsi assistenziali, dei livelli decisionali e delle responsabilità.

Poiché la Sanità oltre a garantire salute, si caratterizza per avere in sé anche il rischio di potenziale danno per la stessa, ne consegue la particolare attenzione che una organizzazione sanitaria deve avere per la sicurezza dell'individuo e della collettività nella erogazione delle proprie prestazioni, perseguendo, nell'uso delle risorse umane e tecnologiche, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e l'equità.

Sulla consapevolezza di questi limiti si fonda l'ambizione, per un'Azienda Sanitaria pubblica, di mettere la sanità al servizio della salute, attraverso la integrazione con gli altri determinanti di quest'ultima, in modo particolare quello socio-culturale.

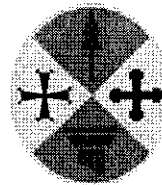
Questo obiettivo si può raggiungere solo se la risposta della sanità ai bisogni di ciascuno e di tutti non si limita all'offerta di tecnologie professionali ed organizzative più o meno complesse, ma si prenda cura di altre dimensioni inerenti la sfera sociale e culturale della persona, favorendone il ruolo di protagonista consapevole e responsabile.

Cosenza, li 30/01/2016

Il Direttore Generale
Dott. Raffaele Mauro



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



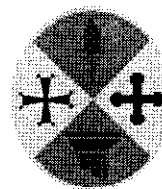
REGIONE CALABRIA

1. IDENTITÀ

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, costituita dall'accorpamento delle ex A.S.L. n.1 di Paola, A.S.L. 2 di Castrovillari, A.S.L. 3 di Rossano e A.S.4 di Cosenza, e parte della ex 5 di Crotona (San Giovanni in Fiore) come disposto dall'art. 7 della legge regionale 11.05.2007, n.9., 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 con P.I. 02853720783.

Il dominio aziendale istituzionale è: www.asp.cosenza.it



2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

La Visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

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, con le cui aziende sanitarie 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 che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza ed impegno.

Per perseguire questa strategia, l'azione dell'Azienda è volta alla ricerca e alla realizzazione di sinergie con le altre Aziende sanitarie della Regione, in particolare con l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

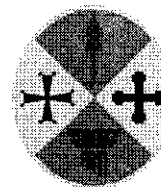
L'integrazione, è volta a realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare un'elevata qualità a costi sostenibili; rappresenta, inoltre, un quadro di riferimento per la promozione di attività complementari ed integrate secondo un modello a rete ed il contesto nel quale promuovere confronti organizzativi e professionali in modo sistematico.

L'Azienda assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

L'attività dell'ASP di Cosenza si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali, e l'attuazione di detti principi è assicurata da un Comitato Etico inter-aziendale con sede presso l'Azienda Ospedaliera.

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 comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale - avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

La Mission 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.



3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI COSENZA

3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Strutture organizzative aziendali

L'A.S.P di Cosenza è articolata in :

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

Macro articolazione organizzativa

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

A. Distretti Sanitari:

I Distretti sanitari della ASP di Cosenza sono attualmente sei (6) e derivano dall'accorpamento di tredici Distretti esistenti nelle vecchie Asl, avvenuto nel rispetto delle linee guida regionali e per come di seguito specificato:

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

B. Presidi Ospedalieri:

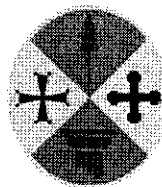
I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011 , 106/2012, e DCA n° 9/2015 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nella ASP di Cosenza sono:

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

C. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

1. Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale



2. Dipartimenti Funzionali

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

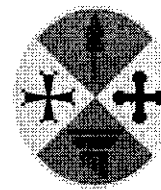
D. Strutture Ospedaliere e territoriali accreditate:

1.Strutture di ricovero per acuti e postacuti:

- Case di Cura private accreditate;

2.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;



3.2 LE RISORSE UMANE

Come si è già avuto modo di evidenziare con i 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. In primis è stata rideterminata la dotazione organica con delibera n. 3200/2012 dove sono state previste 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 nella quale potersi muovere per lo svolgimento delle proprie attività; purtroppo, a causa delle limitazioni imposte dalla normativa regionale e nazionale sulla spesa sanitaria, non solo tale obiettivo è divenuto inattuabile, ma, addirittura, ogni anno si assiste ad un assottigliamento delle unità in forza dovuto alle cessazioni che avvengono per pensionamenti o per cause diverse; sicché si è costretti, quotidianamente, a misurarsi con le ristrette possibilità di gestione delle risorse a disposizione.

Sia in fase di determinazione della dotazione organica, sia in quella della programmazione del fabbisogno triennale effettuato con delibera n. 3436 del 30/12/2013, questa ASP si è posta, tra i propri obiettivi, quello di ridurre la spesa attraverso una riduzione graduale di alcuni profili c.d. "eccedentari", che si è ritenuto non presentassero più concreta utilità rispetto alle reali esigenze, o perché riferiti ad ambiti lavorativi destinati alla esternalizzazione delle attività o perché oggetto di accorpamento con altri profili caratterizzati da una sostanziale equivalenza delle mansioni.

E' il caso degli operatori dei servizi tecnici: cuochi, conduttori di caldaia, idraulici, elettricisti; per il suddetto personale, è in atto un processo di riconversione del profilo e per coloro che erano in possesso dei requisiti previsti dell'art. 2 comma 11 del decreto legge 95/2012, è stata avviata la procedura del prepensionamento.

Per il personale in prepensionamento questa ASP ha assunto l'impegno di non ripristinare i posti soppressi né di considerarli come risparmio utile da destinare ad eventuali assunzioni, in conformità con quanto previsto dalla Circolare n.4/2014 del Ministro per la semplificazione e la P.A.

Un contingente di personale che è oggetto di particolare rivisitazione è quello degli Ausiliari specializzati: su 450 unità di personale previsti in pianta organica, n. 288 sono stati dichiarati in eccedenza, in previsione di una graduale sostituzione di tale figura con l'Operatore socio sanitario (OSS), da realizzare attraverso una riqualificazione interna previo autorizzazione regionale. A fronte di tale eccedenza, nel fabbisogno triennale, sono state richieste 510 unità di OSS in aggiunta ai 102 già presenti al 31.12.2013. A tutt'oggi, tuttavia, la riqualificazione degli ausiliari non è stata avviata per mancanza di fondi e/o di autorizzazione regionale, anche se molti degli interessati hanno, nel frattempo, conseguito il titolo di OSS.

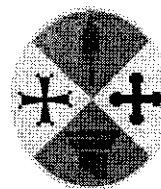
Pertanto, mentre da una parte si assiste ad un decremento continuo del numero degli Ausiliari, sia per età, sia perché molti hanno beneficiato del decreto legge 95/2012 sul prepensionamento, dall'altra non si intravedono possibilità di coprire, neanche in parte, i posti di OSS che sono stati previsti in pianta organica, né attraverso riqualificazione interna né attraverso indizione di concorsi pubblici.

Ciò induce l'Azienda, onde evitare disservizi in particolare nelle strutture ospedaliere dove tale figura maggiormente opera, a rivedere la propria programmazione, riconsiderando il suddetto profilo all'interno della dotazione organica complessiva, anche al fine di arrestare il flusso delle cessazioni o addirittura la eventuale messa in disponibilità prevista dalla legge per le unità collocate in eccedenza.

Fin tanto che non venga ripresa una rapida trattativa con la Regione in ordine alla possibilità di avviare concorsi interni per riqualificare il personale già in possesso del titolo di OSS, occorre incrementare il numero degli Ausiliari specializzati di almeno 200 unità e ridurre contestualmente delle stesse unità il numero degli OSS, senza variazione di spesa.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

In materia di personale, occorre evidenziare, sempre in una logica di risparmio della spesa, che è stata effettuata la ricollocazione in pianta organica del personale appartenente alle ex equipe socio psicopedagogiche, attraverso una puntuale valutazione della corrispondenza esistente con i profili omogenei previsti dall'ordinamento sanitario e senza oneri aggiuntivi per l'Azienda; la sistemazione del personale dell'equipe costituiva un problema di vecchia data che è stato finalmente risolto dopo un percorso molto difficile che ha coinvolto, a vario titolo, ASP, Regione ed altri Enti. La relativa delibera n.949 del 22/5/2014 è all'esame della Regione Calabria e si è in attesa di una definitiva pronuncia.

Una carenza molto 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. 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, che comportano, comunque, un impegno di spesa.

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

In materia di personale occorre evidenziare come questa ASP, in linea con le direttive regionali, abbia adottato le misure necessarie per la ricollocazione del personale apicale appartenente alle 4 ex Aziende Sanitarie Locali, nelle nuove strutture previste dal piano di riorganizzazione aziendale, approvato con delibera n. 3297/2012. Con i direttori di struttura complessa ricollocati è stato stipulato un nuovo contratto di lavoro, all'interno del quale sono stati fissati programmi ed obiettivi da realizzare.

Inoltre, sempre nel 2014, si è proceduto alla nomina dei Direttori di Dipartimento, conformemente al modello organizzativo dipartimentale che questa ASP si è dato. Ai Direttori di Dipartimento, con contratti individuali, sono stati assegnati programmi ed obiettivi in linea con le esigenze aziendali.

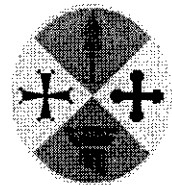
Per quanto riguarda l'ambito del personale, il problema più gravoso rimane senza dubbio la carenza di risorse umane. Il confronto, su base triennale, riferito al periodo 2011-2014, evidenzia un decremento abbastanza accentuato del personale che pregiudica la normale attività di servizio anche in settori di elevata criticità.

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

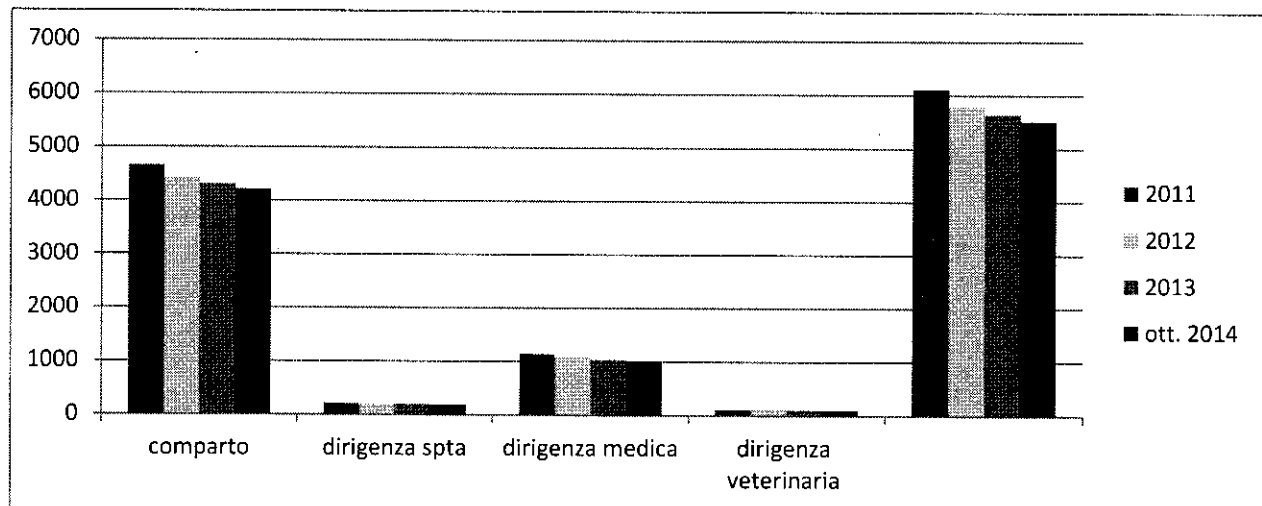
	2011	2012	2013	2014
COMPARTO	4650	4410	4307	4211
DIRIGENZA SPTA	211	197	194	187
DIRIGENZA MEDICA	1136	1078	1039	1018
DIRIGENZA VETERINARIA	113	107	101	101
	6110	5792	5641	5517



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



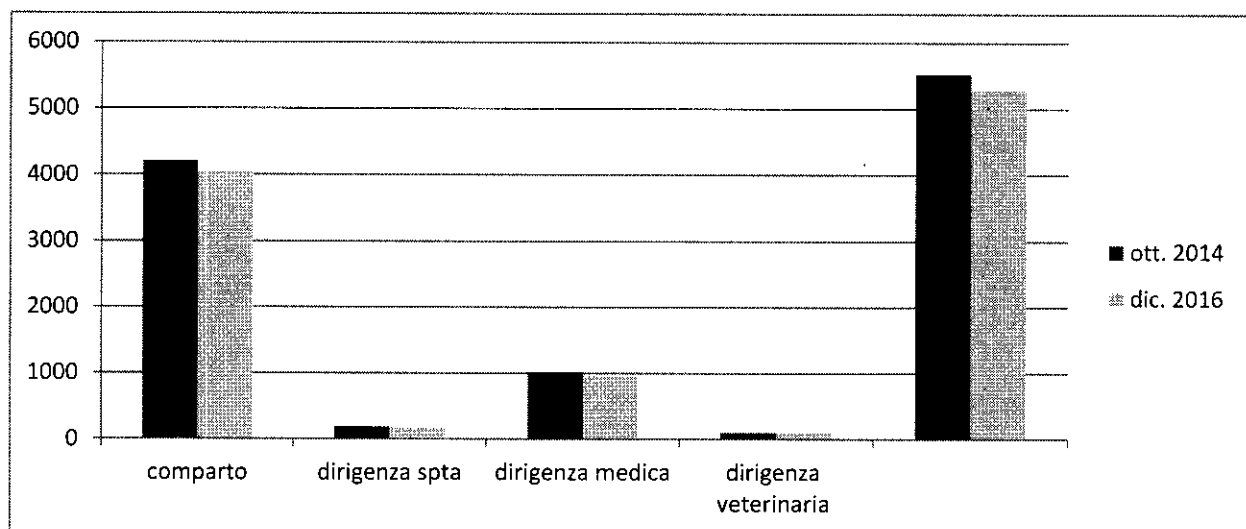
REGIONE CALABRIA



Dall'analisi dei dati emerge un sensibile decremento in tutte le aree di attività.

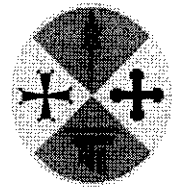
Una proiezione delle unità di personale effettuata fino al 2016, tenendo conto dei pensionamenti già programmati, delle previsioni delle cessazioni, dei prepensionamenti ecc. , non modifica l'andamento negativo in atto:

	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





Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

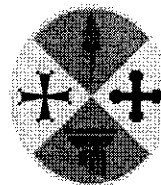
I dati sopra riportati dimostrano come ogni anno l'Azienda subisce, in media, un decremento di personale di oltre 200 unità. Una dotazione organica che deve essere supportata da tante professionalità in tutti i ruoli, dovrà essere necessariamente potenziata, ove intenda mantenere gli standard di appropriatezza,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

Allo stato non è più possibile assistere al crescente depauperamento degli organici, a danno di servizi non comprimibili in alcun modo che devono comunque garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e prestazioni indifferibili per l'attività delle strutture aziendali.

Per quanto sopra, si rende necessario ed urgente un investimento razionale e programmato della spesa del personale su nuove assunzioni, che oltre ad apportare un beneficio in termini di ingresso di nuove risorse nelle unità operative più carenti, contribuirà a riqualificare l'assistenza sanitaria in termini prestazionali e di interventi di qualità diretti sul malato. Cio' anche nell'intento di realizzare una politica assunzionale finalizzata all'immissione in organico di competenze ed energie lavorative più dinamiche e rispondenti alle esigenze aziendali oltre che alla valorizzazione delle professionalità esistenti.

In effetti a seguito del DCA n° 2 del 26/03/2015 e del DCA n° 9 del 09/04/2015, l'ASP di Cosenza ha prodotto la delibera 1305 del 23/07/2015 relativa a: " piano straordinario assunzioni anno 2015; riorganizzazione rete ospedaliera; programmazione attività aziendali con definizione obiettivi"; a tale atto è seguito il decreto di autorizzazione delle assunzioni delle figure ritenute più urgenti, compatibilmente con la disponibilità economica offerta dalla struttura regionale.

Successivamente l'Azienda sanitaria ha definito il programma triennale di stabilizzazioni unitamente a quello di assunzioni, di cui al DCA n°2 del 26/03/2015, adottando la deliberazione del C.S. n° 2193 del 21/12/2015.



3.3 LE RISORSE FINANZIARIE

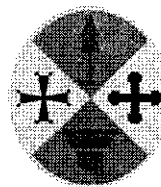
Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione 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 2016

A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Contributi in c/esercizio	1.172.239
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.683
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.000
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	19.673
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	65.982
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.560
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	5.386
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
9) Altri ricavi e proventi	990
Totale A)	1.267.147
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
1) Acquisti di beni	189.950
a) Acquisti di beni sanitari	188.000
b) Acquisti di beni non sanitari	1.950
2) Acquisti di servizi sanitari	680.036
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	92.186
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	121.712
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	65.422
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	29.100
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	12.500
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	16.500
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	272.878
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	7.907
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	9.749
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	4.278
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.740
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	36.328
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.186
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	1.220
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.420
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.910
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0
3) Acquisti di servizi non sanitari	45.683
a) Servizi non sanitari	45.400
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	210
c) Formazione	73
4) Manutenzione e riparazione	10.996
5) Godimento di beni di terzi	8.150
6) Costi del personale	293.335
a) Personale dirigente medico	119.954
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	11.296
c) Personale comparto ruolo sanitario	96.709
d) Personale ruolo professionale	4.687
e) Personale ruolo tecnico	60.689
f) Personale ruolo amministrativo	24.525
7) Oneri diversi di gestione	1.941
8) Ammortamenti	6.546

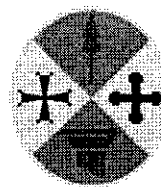


Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	0
b) Ammortamenti dei Fabbricati	3.075
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.471
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0
10) Variazione delle rimanenze	-989
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-1.289
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	300
11) Accantonamenti	6.649
a) Accantonamenti per rischi	2.800
b) Accantonamenti per premio operosità	1.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.500
d) Altri accantonamenti	1.349
Totale B)	1.242.297
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	24.850
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	15
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	-3.000
Totale C)	-2.985
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
1) Rivalutazioni	
2) Svalutazioni	
Totale D)	0
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
1) Proventi straordinari	2.000
a) Plusvalenze	
b) Altri proventi straordinari	2.000
2) Oneri straordinari	3.300
a) Minusvalenze	
b) Altri oneri straordinari	3.300
Totale E)	-1.300
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	20.565
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	
1) IRAP	20.565
a) IRAP relativa a personale dipendente	17.500
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	3.000
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	65
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0
2) IRES	
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	
Totale Y)	20.565
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0



3.4 IL PIANO DI SVILUPPO TRIENNALE

3.4.1. *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: la appropriatezza di tutte le prestazioni erogate ed in particolare dei ricoveri, la deospedalizzazione e la Continuità assistenziale.

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.

3.4.2. *Integrazione dell'Azienda Sanitaria nella rete regionale dei servizi sanitari.*

Nella propria attività di programmazione l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione.

Il Servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle aziende sanitarie, come declinate dalla programmazione di ambito provinciale e di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

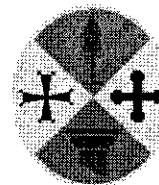
In tale contesto regionale si colloca lo sviluppo della collaborazione con le altre aziende sanitarie della regione ed in particolare l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con il compito di promuovere ed accrescere l'integrazione tra Aziende, sia con iniziative nel campo dell'organizzazione e gestione dei 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.

3.4.3. *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



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

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 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:

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

La Carta dei Servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda ed i Cittadini, 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 secondo la legge 241/1990 ed il D.lgs. n.33/2013, con i limiti definiti dalla normativa specifica di settore in tema di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.), e così per come programmato dall'ASP nell'ambito del piano per la trasparenza e l'integrità per il triennio 2016-2018.

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.

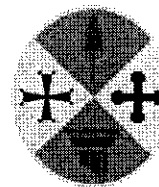
3.4.4. Valorizzazione del volontariato e del terzo settore.

L'Azienda riconosce il volontariato e l'associazionismo, non solo quali interlocutori privilegiati nell'attività di informazione e di educazione ma, anche, come protagonisti nell'opera di valutazione ed analisi dei bisogni sanitari della popolazione e risorse decisive nelle attività di supporto, sostegno e orientamento ai servizi socio-sanitari.

L'Azienda promuove e sviluppa la partecipazione delle Organizzazioni di Volontariato e degli Enti del Terzo Settore alla programmazione aziendale.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

3.4.5. *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 e miglioramento del CUP unico interaziendale;
- Scuola di Formazione interaziendale provinciale, da attivarsi preferibilmente in collaborazione con le Università Calabresi.
- Attivazione e Gestione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale) e dello STAM (Servizio Trasporto Assistito Materno)

3.4.6. *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.

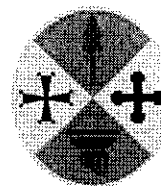
Questi interlocutori privilegiati, rappresentano, inoltre, per l'Azienda un bacino di potenziali *partner* da poter coinvolgere nella realizzazione di progetti di ricerca e/o di formazione professionale, in un'ottica di concertazione e integrazione in linea.

3.4.7. *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



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

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.

In tale contesto l'Azienda sviluppa al massimo grado le forme di coinvolgimento dei suddetti professionisti nelle problematiche distrettuali previste dai vigenti Accordi collettivi.

L'Azienda favorisce, anche stimolando la realizzazione di particolari e nuovi strumenti organizzativi elettivi, l'integrazione tra i diversi professionisti offrendo agli assistiti un insieme organico e strutturato di servizi di primo livello e dando visibilità alla forte complementarità tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e i professionisti ed operatori dipendenti.

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.

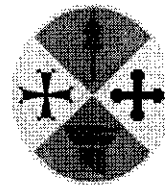
L'attuazione di tali principi ed interazioni si realizza, prevalentemente, attraverso gli strumenti della programmazione locale e gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/1992.

3.4.8. 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 complementarità 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 tutto il territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale è svolto dall'Azienda Ospedaliera sede di rilevanti funzioni di secondo e terzo livello.

3.4.9. L'integrazione socio-sanitaria

L'Azienda individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza 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 per i seguenti motivi:

- l'integrazione genera maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari e favorisce un uso più efficiente delle risorse umane superando settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- attraverso un approccio integrato, l'Azienda si pone l'obiettivo di ridurre il disagio dei cittadini superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata nel rapporto con l'utenza.

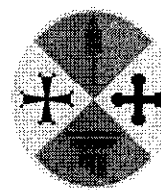
Per le ragioni sopraesposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale attraverso:

- 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, 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.

Nel ruolo di tutore della salute, nella visione più ampia di tutela della persona, l'Azienda si farà promotrice di azioni di coinvolgimento fattivo degli EE.LL., nello spirito e indirizzo dettato dalla L. 328/2000 e L.R. 23/2003, per realizzare in modo concertato e condiviso la definizione delle più ampie politiche di welfare, attraverso il Piano di zona, per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della L. 328/2000, con la programmazione dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

In modo prevalente saranno programmati e condivisi attività assistenziali per i soggetti fragili, in stato di cronicità e di quella fascia di soggetti a rischio di devianza e/o di emarginazione.

Il sistema assistenziale dell'attività socio-sanitaria, di concertazione per l'integrazione tra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, è definito dal PAL (Piano Attuativo Locale), dai PAT (Piani di Attività Territoriale) e dai Piani di Zona.



La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (*Piano di Zona*), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata e condivisa, che tenga conto delle varie realtà territoriale che la comunità rappresenta.

Dall'analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale si darà seguito alla fase di vera e propria 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 realizzare una reale presa in carico globale dei bisogni assistenziali, garantendo facilità di accesso al complessivo sistema assistenziale,

Il complessivo sistema d'accesso ai servizi sociosanitari integrati che si vuole qui prevedere è, in altri termini, costituito da una *rete* di front office, cui viene attribuita la funzione di prima decodifica e di orientamento della domanda e da un back office che svolge, invece, la funzione di presa in carico integrata dei bisogni assistenziali così per come definiti in esito al processo di *valutazione multidimensionale*.

A tale fine si prevede l'istituzione, in ogni distretto, di una unità di valutazione Distrettuale Multidimensionale (UVDM).

A detto organismo è conferito il compito di predisporre, grazie all'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella Regione Calabria, i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVDM, flessibile e modulabile nella sua composizione, deve comunque garantire la necessaria multiprofessionalità e deve trovare l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale).

Costituisce strumento di integrazione delle programmazione e della gestione delle attività sociosanitarie l'Ufficio di Piano, il quale svolge le funzioni e i compiti previsti dagli indirizzi regionali. Con apposita convenzione con i Comuni o le loro forme associative sono definite le modalità di costituzione.

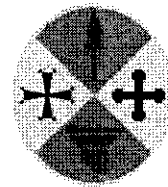
3.4.10. Integrazione ospedale-territorio

Percorsi di cura a forte integrazione ospedale territorio

- Reti Terapia del Dolore e Cure palliative
- Rete Hospice
- Rete cardiologica: percorso patologie croniche;
- Rete neurologica: percorsi patologie croniche (es. Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Demenza, ecc)
- 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 integrati, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.



Il primo progetto di rete che l'Azienda intende sviluppare è la **gestione integrata delle emergenze sanitarie** oltre il potenziamento dell'offerta assistenziale verso le patologie a rilevanza territoriale.

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 una assistenza continua nelle 24 ore. A tal fine prevede di sviluppare ulteriormente le forme associative e di promuovere iniziative tese realizzare le UCC/AFT secondo il DCA 76/2015, favorendo il transito della positiva esperienza dei **"nuclei di cure primarie"**, con i MMG, i MCA ed i PLS per una presa in carico dei pazienti cronici e fragili. L'obiettivo è quello di costruire una piattaforma assistenziale sul modello UTAP, da allocare nei CAPT, ma anche in posizioni strategiche, diffusa su tutto il territorio della ASP in forma capillare, capace di prendersi cura dei pazienti nelle 24 ore e per 7 gg. a settimana, integrandosi con la C.A., rimodulati secondo le linee guida definite dal livello regionale (DCA 76/2015 e successivi AIR tutt'ora in corso);

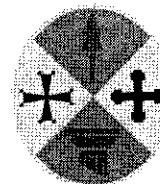
- **la medicina generale e l'assistenza domiciliare** - al fine di evitare i disagi della permanenza fuori degli ambiti familiari dei pazienti e favorire un minor ricorso all'uso dell'ospedale, o di altre forme di assistenza che necessitano di ricovero, l'Azienda punta a sviluppare in modo uniforme e omogeneo l'Assistenza domiciliare, possibilmente integrata con l'assistenza sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina generale dovrà ricoprire un ruolo centrale. In questa ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 di paz. over 65 in ADI.

- **i percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale trovano attuazione** nella presa in carico globale dei bisogni di salute del cittadino. La U.O.C. 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 che nella fase delle dimissioni protetta e della continuità assistenziale; di contro le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si caratterizzano per la specialistica di II° livello, non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi "protetti", da eseguirsi in ambito ospedaliero.

I distretti dovranno 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 (PDTA).



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Area Materno Infantile - Molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più servizi, in differenti strutture assistenziali; Il Dipartimento materno - infantile rappresenta il modello organizzativo che valorizza tale integrazione, in quanto all'interno vi opera 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 terapie 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 disponibili, dedicati al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari.

La rete per la gestione dello STEMI, che può per estensione considerarsi rete per tutta l'emergenza-urgenza cardiologica, rappresenta un indispensabile strumento per garantire il miglior trattamento possibile, in qualsiasi punto di accesso si presenti il paziente.

3.4.11. Rapporti convenzionali

L'Azienda nella sua offerta complessiva, mantiene rapporti convenzionali con altre strutture pubbliche (Università e A.O.) e private non accreditate per l'acquisizione e l'offerta di prestazioni;

sono strutturati 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, attraverso il Dipartimento interaziendale e dell'assistenza e ricerca nell'ambito ematologico. I rapporti convenzionali con i MMG, PLS, Continuità assistenziale, sono regolamentati secondo gli A.C.N. dei M.M.G, PLS e C.I.

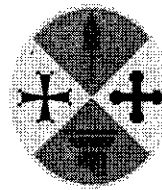
3.4.12. Governo clinico

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 livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

Introdurre il governo clinico significa creare le condizioni organizzative, tecniche ed economiche affinché i servizi e le prestazioni sanitarie erogate ai pazienti siano coerenti con i loro bisogni e inserite nell'ambito di un ciclo di miglioramento continuo, che ne assicuri, nel tempo, il sistematico progresso sotto il profilo della qualità professionale, percepita e manageriale.

Alla luce di tale definizione, il governo clinico si basa su due principi fondamentali:

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



- dei criteri di arruolamento dei pazienti all'interno di specifici processi assistenziali definiti rispetto ai diversi problemi di salute trattati dall'Azienda;
 - dei criteri di gestione dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente durante l'intero processo assistenziale e all'effettuazioni di interventi o procedure chirurgiche, all'effettuazione di indagini diagnostiche e all'utilizzo di farmaci di particolare rilievo;
 - dei livelli di assistenza assicurati;
 - degli elementi che assicurano lo sviluppo del processo nel rispetto dei principi di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti;
 - dei criteri di uscita del paziente dal processo assistenziale ospedaliero;
- b) sviluppo continuo delle professionalità degli operatori aziendali affinché gli stessi siano sempre consapevoli del ruolo svolto all'interno dell'organizzazione e delle capacità che devono possedere per affrontare i problemi di salute dei pazienti.

In questo senso, il governo clinico non può essere inteso come sistema professionale svincolato dalla gestione organizzativa ed economica aziendale e, neppure, può essere inteso come sistema parallelo ed autonomo rispetto ad altri sistemi di gestione e governo aziendale.

I risultati clinici, infatti, sono il frutto della gestione complessiva dell'azienda e gli obiettivi da perseguire, relativi alla dimensione clinico-assistenziale, devono essere parte integrante del complessivo processo di programmazione-controllo-valutazione dell'Azienda.

Gli strumenti per il controllo sono:

- l'audit e la medicina basata sulle prove d'efficacia: l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e verifica tra pari dei processi gestiti, e la medicina basata sulle prove d'efficacia attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali gestiti;
- la pratica della gestione e la comunicazione del rischio: l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio.

E' necessario passare dalla mappatura dei rischi alla gestione attiva del rischio per produrre procedure e regole di comportamento volte a ridurre o ad azzerare i rischi maggiori e più frequenti, fissare specifici obiettivi, anche in seno al sistema di budget aziendale, ed organizzare un sistema di monitoraggio che assicuri la rilevazione degli eventi avversi.

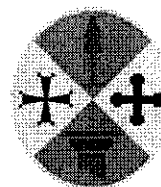
Scopo ultimo, derivante dall'implementazione degli strumenti citati, consiste nel promuovere e realizzare un'organizzazione flessibile e capace di affrontare le problematiche in una logica multidisciplinare e interprofessionale basata sul lavoro di gruppo e sul confronto sistematico.

L'attesa è quella di sviluppare una moderna Azienda in grado di apprendere, dalle evidenze positive e negative della gestione, e di migliorare per il tramite delle persone che in essa operano.

3.4.13. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere

Il sistema di remunerazione a DRG (Diagnosis Related Group), se da una parte promuove l'efficienza operativa e l'equità distributiva, dall'altra può generare incentivi tali da determinare, in assenza di un efficace sistema di controllo, l'aumento dei ricoveri non appropriati e il trasferimento di prestazioni verso i livelli assistenziali più intensivi e remunerativi.

Non a caso il DLgs n. 229 del 1999 fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.



Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno 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 alla ospedalizzazione inappropriata, ancora alto nella nostra regione, a favore di altre 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 effettuati 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*.

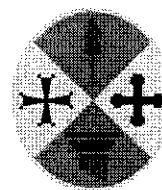
Per entrambe le modalità di controllo sono previsti due livelli, un controllo interno, da parte degli erogatori sul proprio erogato, ed un controllo esterno, da parte della Regione su tutti gli erogatori e da parte delle aziende sanitarie sugli erogatori privati territorialmente di competenza.

Accreditamento

L'accREDITAMENTO è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già 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 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 dalla ASP di Cosenza con delibera del D.G.



La "Commissione aziendale per l'Autorizzazione e l'Accreditamento", prevista dall'articolo 12 della L.R. 18 luglio 2008, n. 24, costituisce un organismo tecnico aziendale finalizzato alla verifica e alla facilitazione dei percorsi di miglioramento della qualità e di conformità ai requisiti minimi ed ulteriori richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei singoli professionisti.

3.4.14. *Innovazione gestionale e tecnologica*

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

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

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

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

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

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.

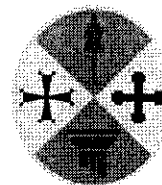
Le criticità da affrontare nella ASP sono: l'orografia del nostro territorio, il sistema di urgenza-emergenza non in rete, la popolazione tendente all'invecchiamento e residente spesso in zone difficilmente raggiungibili, la carenza di personale Medico e Paramedico, le liste d'attesa lunghe ed un parco macchine obsoleto.

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

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



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Il Progetto di Telemedicina per l'ASP di Cosenza investe 3 settori:

- **Telecardiologia**
- **Teleradiologia**
- **Telemedicina**

a. Telecardiologia:

In alcune realtà aziendali già dal 2004 è stato acquisito un Sistema Informativo Cardiovascolare che inizialmente coinvolgeva operativamente l'U.O. di Cardiologia di Castrovillari come "Centro Consulente", i reparti dello stesso P.O., il Pronto Soccorso e le ambulanze del 118 di Castrovillari, Lungro, Mormanno e San Marco Argentano. Il Progetto prevede infatti un sistema intraospedaliero ed un sistema extraospedaliero, per la creazione di una banca data di immagini ecografiche e referti, molto utile per il confronto del dato in emergenza.

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

Il sistema, potrà nel corso del 2016 gradualmente essere esteso 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, ecc.

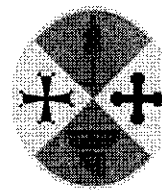
b. Teleradiologia:

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

L'obiettivo è quello di ampliare la rete a tutti i presidi e servizi dotati di diagnostica strumentale e unificare tutti i sistemi RIS-PACS esistenti sul territorio, con l'utilizzo di un unico database RIS, integrato con l'anagrafica regionale, e database PACS condivisi. Ciò diviene ancora più importante in considerazione della trasformazione di alcuni presidi ospedalieri in CAPT/Case della salute che continueranno ad erogare servizi con modalità diverse e per questo si rende necessario un collegamento telematico in rete ed integrato con tutte le strutture. Il sistema garantisce l'assistenza continua radiologica, basandosi su un unico sistema RIS, con anagrafica unica dei pazienti, e quindi possibilità di consultazione retroattive. A partire dall'anno 2016 il servizio di teleradiologia è stato istituzionalizzato ed è attivo su tutto il territorio aziendale.

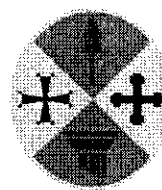
c. Telemedicina:

L'ASP si pone come obiettivo a medio termine quello di favorire lo sviluppo della telemedicina in tutte le sue forme nell'ambito aziendale, in modo da migliorare l'offerta dei servizi sanitari, e rendere disponibili le informazioni necessarie a ridurre i passaggi burocratici e semplificare la fruizione dei servizi.



3.4.15. Revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi

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



4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

4.1 ELEMENTI SOCIO ECONOMICI DI RIFERIMENTO

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 155 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 717.535 abitanti al 31/12/2015. 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). Oltre il doppio dei residenti nel Molise; 150 mila in più dei Lucani; quasi 20 mila in più degli abitanti delle province calabresi di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia messi insieme.

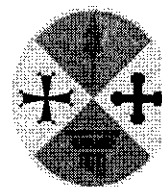
L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura, con una altitudine media di 481 metri. I 155 Comuni della Provincia di Cosenza, sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono: Corigliano Calabro, Rossano, Rende. 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.

Nella tabella seguente è rappresentata la popolazione distinta per sesso e per fasce di età:

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi		Femmine		Totale	
						%		%		%
0-4	28.996	0	0	0	14.803	51,1%	14.193	48,9%	28.996	4,0%
5-9	31.382	0	0	0	16.181	51,6%	15.201	48,4%	31.382	4,4%
10-14	33.066	0	0	0	17.015	51,5%	16.051	48,5%	33.066	4,6%
15-19	34.693	44	1	0	17.883	51,5%	16.855	48,5%	34.738	4,8%
20-24	40.406	1.277	3	14	21.353	51,2%	20.347	48,8%	41.700	5,8%
25-29	38.219	7.775	12	41	23.230	50,4%	22.817	49,6%	46.047	6,4%
30-34	26.103	20.280	50	173	23.568	50,6%	23.038	49,4%	46.606	6,5%
35-39	17.255	31.984	153	530	25.004	50,1%	24.918	49,9%	49.922	7,0%
40-44	11.942	39.129	375	990	25.678	49,0%	26.758	51,0%	52.436	7,3%
45-49	9.303	43.925	723	1.357	26.890	48,6%	28.418	51,4%	55.308	7,7%
50-54	6.921	45.171	1.446	1.414	26.764	48,7%	28.188	51,3%	54.952	7,7%
55-59	4.968	41.035	2.267	1.219	24.085	48,7%	25.404	51,3%	49.489	6,9%
60-64	3.377	36.908	3.509	998	21.907	48,9%	22.885	51,1%	44.792	6,2%
65-69	2.655	32.225	5.021	733	19.793	48,7%	20.841	51,3%	40.634	5,7%
70-74	1.792	22.414	6.213	406	14.759	47,9%	16.066	52,1%	30.825	4,3%



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

75-79	1.753	19.623	9.315	304	14.053	45,3%	16.942	54,7%	30.995	4,3%
80-84	1.402	12.190	10.562	192	10.127	41,6%	14.219	58,4%	24.346	3,4%
85-89	980	5.091	8.082	112	5.268	36,9%	8.997	63,1%	14.265	2,0%
90-94	462	1.274	4.045	41	1.852	31,8%	3.970	68,2%	5.822	0,8%
95-99	95	158	721	4	282	28,8%	696	71,2%	978	0,1%
100+	24	49	162	1	65	27,5%	171	72,5%	236	0,0%
Totale	295.794	360.552	52.660	8.529	350.560	48,9%	366.975	51,1%	717.535	

Contesto

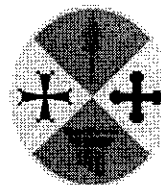
La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 155 Comuni per come si evince anche dai dati geofunzionali della ASP di Cosenza distinti ad oggi nei sei Distretti Sanitari esistenti e per come di seguito rappresentato:

Distretto Cosenza/Savuto

Distretto	Comune	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine mt. s.l.m.
Cosenza	Altìlia	708	10,56	67	594
Cosenza	Aprigliano	2.896	122,43	24	718
Cosenza	Belsito	925	11,55	80	600
Cosenza	Carolei	3.361	15,43	218	624
Cosenza	Carpanzano	262	14,27	18	600
Cosenza	Casole Bruzio	2.563	3,94	650	647
Cosenza	Celico	2.801	99,75	28	750
Cosenza	Cellara	501	5,86	86	750
Cosenza	Cerisano	3.218	15,32	210	610
Cosenza	Colosimi	1.266	25,58	49	870
Cosenza	COSENZA	67.679	37,86	1.788	238
Cosenza	Dipignano	4.397	23,37	188	720
Cosenza	Domanico	951	23,66	40	730
Cosenza	Figline Vegliaturo	1.160	4,16	279	705
Cosenza	Grimaldi	1.697	24,71	69	650
Cosenza	Lappano	950	12,21	78	650
Cosenza	Malito	792	16,92	47	728
Cosenza	Mangone	1.875	12,27	153	805
Cosenza	Marzi	985	15,81	62	530
Cosenza	Mendicino	9.441	35,69	265	500
Cosenza	Panettieri	352	14,67	24	937



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

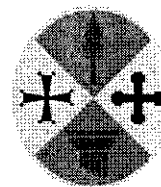
Cosenza	Parenti	2.208	37,62	59	798
Cosenza	Paterno Calabro	1.405	24,2	58	680
Cosenza	Pedace	1.918	51,87	37	615
Cosenza	Pedivigliano	856	16,65	51	580
Cosenza	Piane Crati	1.431	2,33	614	609
Cosenza	Pietrafitta	1.331	9,24	144	700
Cosenza	Rogliano	5.676	41,68	136	660
Cosenza	Rovito	3.185	10,68	298	744
Cosenza	Santo Stefano di R.	1.710	19,56	87	663
Cosenza	Scigliano	1.239	17,46	71	659
Cosenza	Serra Pedace	988	59,27	17	726
Cosenza	Spezzano della Sila	4.540	80,29	57	800
Cosenza	Spezzano Piccolo	2.085	49,22	42	743
Cosenza	Trenta	2.666	4,65	573	618
Cosenza	Zumpano	2.552	8,08	316	429
TOTALE		142.570	979	200	685

Distretto Esaro/Pollino

<i>Distretto</i>	<i>Comune</i>	<i>Popolazione residenti</i>	<i>Superficie km²</i>	<i>Densità abitanti/km²</i>	<i>Altitudine mt. s.l.m.</i>
Esaro/Pollino	Acquaformosa	1.132	22,71	50	756
Esaro/Pollino	Altomonte	4.540	65,72	69	455
Esaro/Pollino	Castrovillari	22.284	130,64	171	362
Esaro/Pollino	Cervicati	859	12,09	71	485
Esaro/Pollino	Civita	915	27,62	33	450
Esaro/Pollino	Fagnano Castello	3.922	29,67	132	516
Esaro/Pollino	Firmo	2.156	11,7	184	370
Esaro/Pollino	Frascineto	2.194	29,11	75	486
Esaro/Pollino	Laino Borgo	1.973	57,08	35	271
Esaro/Pollino	Laino Castello	860	37,33	23	545
Esaro/Pollino	Lungro	2.614	35,65	73	600
Esaro/Pollino	Malvito	1.809	38,24	47	449
Esaro/Pollino	Mongrassano	1.626	35,16	46	540
Esaro/Pollino	Morano Calabro	4.654	116,26	40	694
Esaro/Pollino	Mormanno	3.079	78,88	39	840
Esaro/Pollino	Mottafollone	1.238	31,58	39	384
Esaro/Pollino	Roggiano Gravina	7.217	44,88	161	260
Esaro/Pollino	San Basile	1.044	18,67	56	540
Esaro/Pollino	San Donato di Ninea	1.395	82,4	17	720
Esaro/Pollino	San Fili	2.717	20,96	130	566



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

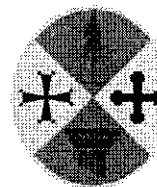
Esaro/Pollino	San Lorenzo del Vallo	3.421	22,93	149	330
Esaro/Pollino	San Marco Argentano	7.417	80,5	92	426
Esaro/Pollino	San Sosti	2.171	43,55	50	363
Esaro/Pollino	Sant'Agata di Esaro	1.896	47,63	40	461
Esaro/Pollino	Santa Caterina Alb.	1.253	17,34	72	472
Esaro/Pollino	Saracena	3.876	109,15	36	606
Esaro/Pollino	Spezzano Albanese	7.032	32,26	218	320
Esaro/Pollino	Tarsia	2.062	48,28	43	192
Esaro/Pollino	Terranova da Sibari	5.120	43,46	118	313
TOTALE		102.476	1.371	117	534

Distretto Jonio Nord

<i>Distretto</i>	<i>Comune</i>	<i>Popolazione residenti</i>	<i>Superficie km²</i>	<i>Densità abitanti/km²</i>	<i>Altitudine mt. s.l.m.</i>
Jonio Nord	Albidona	1.371	64,67	21	810
Jonio Nord	Alessandria del C.	484	41,12	12	1.000
Jonio Nord	Amendolara	2.976	60,91	49	227
Jonio Nord	Canna	772	20,37	38	417
Jonio Nord	Cassano all'Ionio	18.587	159,07	117	250
Jonio Nord	Castroregio	309	42,06	7,35	819
Jonio Nord	Cerchiara di Calabria	2.408	81,97	29	650
Jonio Nord	Corigliano Calabro	40.479	195,64	207	210
Jonio Nord	Francavilla Marittima	2.920	33,02	88	273
Jonio Nord	Montegiordano	1.899	35,88	53	619
Jonio Nord	Nocera	403	34,05	12	859
Jonio Nord	Oriolo	2.270	85,6	27	450
Jonio Nord	Plataci	770	49,41	16	930
Jonio Nord	Rocca Imperiale	3.348	55,03	61	204
Jonio Nord	Roseto Capo Spulico	1.938	30,66	63	217
Jonio Nord	San Cosmo Albanese	613	11,57	53	400
Jonio Nord	San Demetrio Corone	3.622	61,87	59	521
Jonio Nord	San Giorgio Albanese	1.467	22,68	65	428
Jonio Nord	San Lorenzo Bellizzi	665	40,63	16	830
Jonio Nord	Trebisacce	9.046	26,72	339	73
Jonio Nord	Vaccarizzo Albanese	1.156	8,53	135	448
Jonio Nord	Villapiana	5.404	39,73	136	206
TOTALE		102.907	1.201	115	675



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



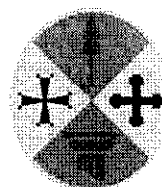
REGIONE CALABRIA

Distretto Tirreno

<i>Distretto</i>	<i>Comune</i>	<i>Popolazione residenti</i>	<i>Superficie km²</i>	<i>Densità abitanti/km²</i>	<i>Altitudine mt. s.l.m.</i>
Tirreno	Acquappesa	1.896	14,45	131	80
Tirreno	Aiello Calabro	1.762	38,51	46	502
Tirreno	Aieta	830	48,3	17	524
Tirreno	Amantea	13.996	29,46	475	50
Tirreno	Belmonte Calabro	2.018	23,98	84	262
Tirreno	Belvedere Marittimo	9.371	37,09	253	150
Tirreno	Bonifati	2.899	33,85	86	425
Tirreno	Buonvicino	2.279	30,6	74	400
Tirreno	Cetraro	10.135	66,14	153	120
Tirreno	Cleto	1.300	18,98	68	250
Tirreno	Diamante	5.368	12,21	440	25
Tirreno	Falconara Albanese	1.435	19,27	74	602
Tirreno	Fiumefreddo Bruzio	3.023	32,06	94	220
Tirreno	Fuscaldo	8.173	60,8	134	350
Tirreno	Grisolia	2.242	51,75	43	465
Tirreno	Guardia Piemontese	1.895	21,46	88	515
Tirreno	Lago	2.642	49,96	53	485
Tirreno	Longobardi	2.286	18,24	125	325
Tirreno	Maierà	1.245	17,78	70	360
Tirreno	Orsomarso	1.281	90,41	14	120
Tirreno	Paola	16.214	42,88	378	94
Tirreno	Papasidero	744	55,22	13	208
Tirreno	Praia a Mare	6.744	23,59	286	5
Tirreno	San Lucido	6.106	27,12	225	56
Tirreno	San Nicola Arcella	1.934	11,69	165	110
Tirreno	San Pietro in Amantea	505	9,84	51	374
Tirreno	Sanginetto	1.345	27,51	49	275
Tirreno	Santa Domenica Talao	1.284	36,12	36	304
Tirreno	Santa Maria del Cedro	4.944	18,42	268	110
Tirreno	Scalea	10.952	22,56	486	25
Tirreno	Serra d'Aiello	466	4,51	103	373
Tirreno	Tortora	6.156	58,22	106	300
Tirreno	Verbicaro	3.091	32,64	95	428
TOTALE		136.561	1.086	141	262



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Distretto Valle Crati

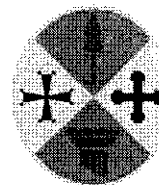
<i>Distretto</i>	<i>Comune</i>	<i>Popolazione residenti</i>	<i>Superficie km²</i>	<i>Densità abitanti/km²</i>	<i>Altitudine mt. s.l.m.</i>
Valle Crati	Acri	21.024	200,63	105	720
Valle Crati	Bianchi	1.311	33,32	39	825
Valle Crati	Bisignano	10.219	86,2	119	350
Valle Crati	Castiglione Cosentino	2.866	14,09	203	400
Valle Crati	Castrolibero	10.028	11,56	868	559
Valle Crati	Cerzeto	1.354	21,9	62	450
Valle Crati	Lattarico	4.046	43,93	92	406
Valle Crati	Luzzi	9.468	77,6	122	376
Valle Crati	Marano Marchesato	3.567	5,04	707	550
Valle Crati	Marano Principato	3.170	6,32	501	496
Valle Crati	Montalto Uffugo	19.517	76,67	255	430
Valle Crati	Rende	35.160	55,28	636	474
Valle Crati	Rose	4.366	47,49	92	399
Valle Crati	Rota Greca	1.152	13,12	88	510
Valle Crati	San Benedetto Ullano	1.559	19,57	80	460
Valle Crati	San Martino di Finita	1.133	23,9	47	550
Valle Crati	San Pietro in Guarano	3.696	48,35	76	625
Valle Crati	San Vincenzo La Costa	2.194	18,42	119	493
Valle Crati	Santa Sofia d'Epiro	2.671	39,22	68	558
Valle Crati	Torano Castello	4.614	30,22	153	370
TOTALE		143.115	873	325	672

Distretto Jonio Sud

<i>Distretto</i>	<i>Comune</i>	<i>Popolazione residenti</i>	<i>Superficie km²</i>	<i>Densità abitanti/km²</i>	<i>Altitudine mt. s.l.m.</i>
Jonio Sud	Bocchigliero	1.360	98,82	14	870
Jonio Sud	Calopezzati	1.354	22,57	60	217
Jonio Sud	Caloveto	1.283	24,96	51	385
Jonio Sud	Campana	1.849	104,65	18	612
Jonio Sud	Cariati	8.504	28,82	295	50
Jonio Sud	Cropalati	1.116	33,7	33	384
Jonio Sud	Crosia	9.746	21,1	462	230
Jonio Sud	Longobucco	3.250	212,26	15	784
Jonio Sud	Mandatoriccio	2.911	37,32	78	561
Jonio Sud	Paludi	1.094	41,74	26	430
Jonio Sud	Pietrapaola	1.155	52,82	22	375



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Jonio Sud	Rossano	36.889	150,92	244	270
Jonio Sud	San Giovanni in Fiore	17.501	282,53	62	1.049
Jonio Sud	Scala Coeli	1.053	67,5	16	370
Jonio Sud	Terravecchia	841	20,12	42	472
TOTALE		89.906	1.200	195	1.058

La riorganizzazione degli ambiti Distrettuali in base all'aggregazione degli ex Distretti socio-sanitari, secondo quanto indicato nelle linee guida di cui al Decreto n° 54/2011, ha comportato la definizione di 6 nuovi Distretti socio-sanitari in cui è attualmente organizzata l'Azienda Sanitaria con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza al 01.01.2015 (dati Istat)

DISTRETTI ASP	Popolazione
1 - "TIRRENO"	136.561
2 - "POLLINO/ESARO"	102.476
3- "JONIO NORD"	102.907
4 - "JONIO SUD"	89.906
5 - "VALLE CRATI"	143.115
6 - "COSENZA/SAVUTO"	142.570
TOTALE DISTRETTI	717.535

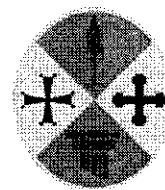
Si riporta di seguito la classificazione sintetica dei Comuni dell'ASP di Cosenza secondo la densità abitativa e la zona altimetrica estesa:

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

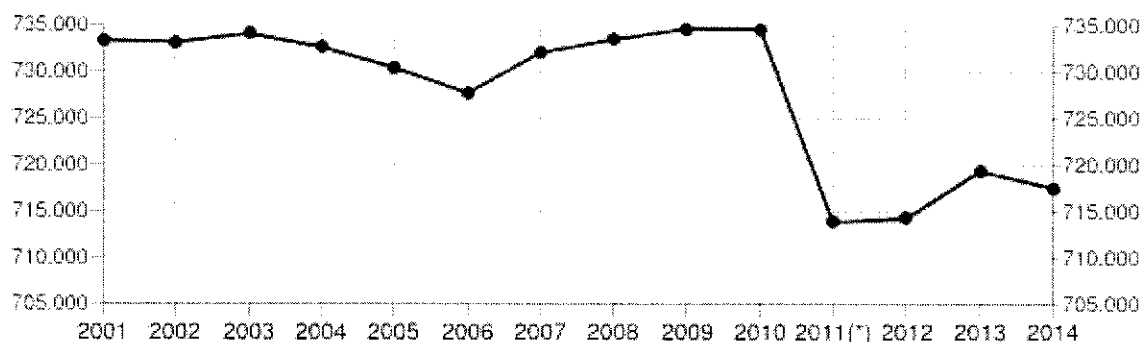


Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

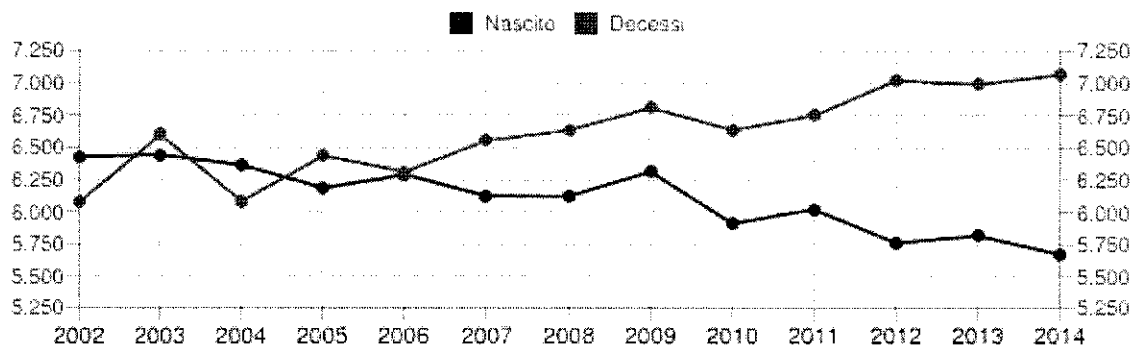
I residenti con 65 e più anni sono 140.606, nell'intera azienda, con un tasso di invecchiamento (popolazione => 65 anni/popolazione totale), per l'intera azienda pari a 19.1 anziani per ogni 100 abitanti. L'età media della popolazione dell'intera azienda, calcolata come media delle età ponderata con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



Andamento della popolazione residente

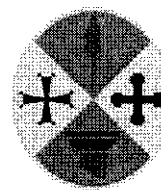
PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



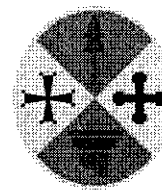
Movimento naturale della popolazione

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



4.2 L'ANALISI SWOT

Punti di forza	Punti di debolezza
1. Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo quanto definito dalla Regione con il DPGR 18/10, il DPGR 106/11-12, il DCA 9/2015, il DCA 76/2015, il DCA 130/15 e s.m.i. 2. Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate); - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - contenimento della spesa per il personale, quale logica conseguenza del blocco del turnover e della razionale riorganizzazione aziendale. 3. Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale. 4. Piena coscienza della Dirigenza sulla necessità della riorganizzazione dei servizi. 5. Forte motivazione alla partecipazione a progetti interdisciplinari. 6. Completamento della CO.AN. ed implementazione dei sistemi di Programmazione e Controllo. 7. Sblocco parziale del turnover per il personale.	1. Dotazione organica ancora carente; 2. Resistenza al cambiamento da parte risorse umane. 3. Mobilità passiva extraregionale in aumento; 4. Problematiche legate ad un sistema aziendale informativo ed informatico non ancora completamente adeguato alle esigenze aziendali. 5. Tempi stringati per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione definiti e ridefiniti con il piano di rientro. 6. Mancata approvazione dell'atto aziendale da parte della Regione Calabria. 7. Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. 8. Incompleto adeguamento delle attrezzature informatiche alle esigenze emergenti. 9. Implementazione della contabilità analitica (del. n.3790 del 28/12/2012) con conseguente non disponibilità a regime della Co.Di. essenziale per i sistemi di Reporting e di Programmazione e Controllo. 10. Incompleta applicazione della normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 150/2009 e successive norme fino al D.Lgs. n. 33/2013. 11. Indice chirurgico basso sul totale dei ricoveri in alcune U.O. chirurgiche, e tempi alti intervento femore;
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 strategiche aziendali, mirate alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, prevedono l'attivazione di processi di sistema che consentiranno il consolidamento delle logiche di appropriatezza e governo clinico: a) innovazione del sistema organizzativo; b) miglioramento della performance e qualità dell'offerta sanitaria; c) sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente d) innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione. 4) Fase di assestamento organizzativo derivante dalla situazione di start-up di tutti i livelli organizzativi scaturiti dal nuovo Atto Aziendale da adottare da parte dell'ASP. 5) Obblighi all'adeguamento normativo per provvedimenti nazionali e regionali, e condivisione delle azioni da intraprendere con il Dipartimento sanità e la struttura commissariale.	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 interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. 3) Mancata evasione della domanda: • Per difficoltà, per gli operatori non ancora completamente formati, a cimentarsi in nuove attività; • Per carenza della dotazione organica; • Per limitatezza di idonee attrezzature; 4) Demotivazione del personale dipendente derivante dal ritardo dell'atto aziendale e dalle difficoltà di comunicazione tra aree diverse dell'azienda; 5) Rischio di comportamenti poco trasparenti, derivanti da condizionamenti esterni e/o interni (procedure non disponibili, superlavoro, scarsa disponibilità temporale all'aggiornamento, ecc.). 6) Continua rimodulazione delle reti assistenziali. 7) Turbolenza ambientale nel territorio interessato dal cambiamento(comunità locali etc.)



4.3 IL CONTESTO NORMATIVO SPECIFICO DI RIFERIMENTO

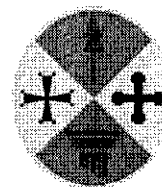
I riferimenti normativi principali relativi al Piano della Performance sono contenuti in alcuni articoli del titolo 1 del Decreto 150/09 che ne delincono le modalità di redazione e le finalità.

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; n. 150, della legge 190/12, del D.lgs 33/2013);
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di *"Direttive generali contenenti gli indirizzi strategici"* e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, del Piano delle Performance;

Altri riferimenti normativi:

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



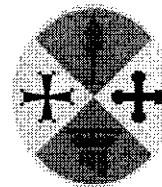
5. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

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

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

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

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



6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E IL CICLO DI GESTIONE

6.1. Ambiti di valutazione

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 strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.).

Gli ambiti di valutazione sono descritti nella tabella seguente:

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 anche attraverso modalità interattive	risultati
Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e 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, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione	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

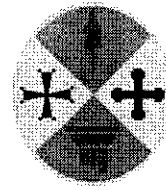
Gli obiettivi di budget assegnati alle Strutture sono impostati negli ambiti di valutazione sopra individuati.

6.2. 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), tuttavia è preferibile non eccedere nell'utilizzo di indicatori di questo tipo per evitare uno sbilanciamento nella lettura dei risultati. 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 crono-programma, detto: **Matrice delle fasi e degli attori** (Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie N°



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

3957 del 27 marzo 2012 "Approvazione delle "Linee Guida Regionali in materia di valutazione delle Performance nel Servizio Sanitario Regionale") risponde al CICLO di GESTIONE delle PERFORMANCE previsto dall'articolo 4, comma 2, D.Lgs. 150/09. Esso è sintetizzato dalle seguenti 3 matrici: 1) delle fasi della procedura: ruoli di responsabilità e di supporto; 2) di individuazione e valutazione delle competenze organizzative: funzione Risorse Umane e NV/OIV; 3) di valutazione dei meriti individuali: fasi e attori.

1	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	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;

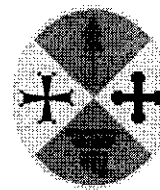
NV/OIV = Nucleo di valutazione/Organismo indipendente di valutazione;

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		■							

6.3. Ciclo di Gestione delle Performance

Nel Ciclo di gestione della Performance dell'Azienda sono individuabili, secondo uno schema logico e cronologico, dei precisi momenti coincidenti con le fasi del ciclo di gestione della performance, che prevedono lo svolgimento di attività ed il coinvolgimento di determinati soggetti, come descritto nei punti seguenti:

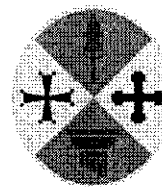
6.3.1. Definizione e assegnazione degli obiettivi

Il ciclo di gestione della performance prende avvio con la programmazione regionale.

La Direzione Strategica, supportata dalla struttura Programmazione e Controllo, valuta 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 ed eventualmente discusse nel corso degli incontri di budget. Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono firmate dai Direttori di Struttura per presa visione e sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili e documentati dalla formalizzazione di verbali con la firma in calce dei partecipanti. Analoga procedura è adottata con i Responsabili di Struttura Semplice a valenza dipartimentale. L'assegnazione degli obiettivi di budget viene formalizzata con delibera del Direttore Generale.



6.3.2. Collegamento degli obiettivi con le risorse

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e 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 riferimento alla programmazione economica aziendale e provvede a segnalare alla SOC Economico-Finanziaria eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di budget.

6.3.3. Monitoraggio in corso di esercizio

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e di Struttura viene effettuato a cura delle 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 almeno 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 a tutto il 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 che 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 a tutto il personale attraverso la trasmissione diretta ai Direttori di SOC e Responsabili SOS dipartimentali. Il monitoraggio della performance organizzativa potrà formare anche oggetto anche di specifici momenti valutativi cui collegare eventuali riconoscimenti economici. 10

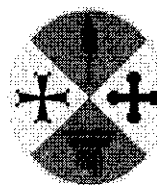
6.3.4. Meccanismi di retroazione

Meccanismi di retroazione, previsti nei casi di situazioni di comprovata criticità che possano recare pregiudizio al raggiungimento degli obiettivi, esitano nell'adozione, condivisa con la Direzione Strategica, di eventuali iniziative da intraprendere per favorire il raggiungimento dell'obiettivo ovvero nella revisione dell'obiettivo, con conseguente modifica del budget.

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 dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni ovvero a sopravvenute situazioni non prevedibili. La proposta di revisione del budget è sottoposta all'O.I.V., per il tramite la propria Struttura Tecnica Permanente, per la verifica metodologica nonché alla Direzione Strategica per l'approvazione.

6.3.5. 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 compete all'Organismo Indipendente di Valutazione. La valutazione della performance organizzativa di Struttura compete 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. La valutazione individuale è effettuata su apposita scheda dal diretto superiore del valutato. La valutazione individuale dei Direttori dei vertici dell'Organizzazione Aziendale è effettuata dall'OIV.

6.3.6. Collegamento con il sistema premiante

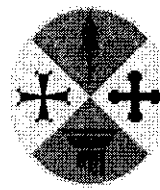
Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

6.3.7. Rendicontazione

La misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono esposte, analizzate e contenute nel documento di sintesi Relazione annuale sulla performance.

6.3.8. 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 una valutazione conclusiva.



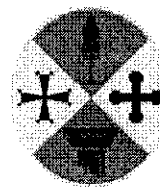
7. A) GLI OBIETTIVI STRATEGICI

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

- Attuazione del Dlgs. N° 118/2011, e s.m.i. con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori.
- Implementazione della Contabilità analitica di cui al D.C.A. cta n° 1/2016.
- Implementazione del sistema di Programmazione e Controllo, della contabilità direzionale e del processo di budgeting con monitoraggio della quadratura dei dati di contabilità generale con la contabilità analitica.
- Garantire la completezza, tempestività e qualità dei dati e delle informazioni necessarie per orientare la programmazione strategica aziendale, e garantire il debito informativo aziendale alle istituzioni richiedenti.
- Razionalizzazione e monitoraggio della spesa;
- Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia.
- Favorire lo sviluppo di una riorganizzazione delle reti assistenziali per intensità di cure.
- Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.
- Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti).
- Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico).
- Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;
- Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;
- Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti.
- Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.
- Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DPGR n° 126 del 02/12/2011 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli attuali livelli assistenziali.
- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria mediante la realizzazione dell'integrazione Ospedale-Territorio".
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Definizione di Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi (PDTA) anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
- Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, anche attraverso la somministrazione di questionari predisposti.
- Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione dei Dipartimenti funzionali, integrati con gli le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.
- Rafforzamento del legame di fiducia tra i cittadini/utenti ed il servizio sanitario erogato dalla ASP di Cosenza, migliorando l'accoglienza dei pazienti con l'obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della A.S.P.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

- Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;
- Monitoraggio di eventi sentinella di cui alla circolare ministeriale n° 1628 DGPROG3/P del 23/01/2007 e s.m.i..
- Corretta gestione dei flussi informativi conforme ai tempi e contenuti previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali.
- Contenimento, monitoraggio e verifica della spesa del personale (patto per la salute).
- Obbligo del raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, e comunque entro i valori 2015.
- Razionalizzazione della libera professione intramoenia secondo i dettami e le disposizioni nazionali e regionali, nel rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.
- Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali.
- Aggiornamento e processo di riqualificazione professionale del personale attraverso specifici precorsi formativi (applicazione piano di formazione e di educazione continua in medicina - ECM).
- Garanzia dei livelli essenziali di assistenza per come definiti dal DPCM sui LEA e dai provvedimenti attuativi regionali, in maniera uniforme sul territorio regionale ed in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:
- Riordino della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con il piano di riorganizzazione ospedaliero formulato dal livello regionale;
- Riordino della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dai provvedimenti regionali e dalla normativa vigente;
- Riordino della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificata mente previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DCA 76/2015 e dalle linee guida regionali;
- Riordino della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale secondo le disposizioni regionali;
- Riordino delle attività necessarie alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- Attuazione di quanto disposto con DCA 130/15 "Linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria - modifiche ed integrazioni al D.P.G.R. n. 97/2013"

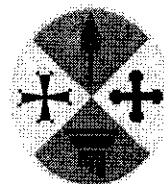
A.1) OBIETTIVI AZIENDALI INTERDIPARTIMENTALI

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



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

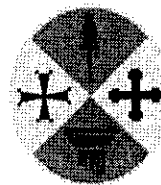


REGIONE CALABRIA

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, in particolare con la Direzione dei Presidi Ospedalieri e con gli operatori sanitari ospedalieri 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.



A.2) PIANO DI BUDGET ANNO 2016

L'Azienda anche per l'anno 2016 si pone come obiettivo qualificante l'implementazione del sistema di contabilità Direzionale e 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 e 2015 (CDR di I° livello) e dovrà essere ulteriormente implementato nel 2016 anche a livello delle Unità operative complesse e UOSD (CDR di II° livello).

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 2016 l'entità dello sviluppo del processo di budget, sarà direttamente proporzionale alla risoluzione e superamento delle criticità ancora presenti, nelle varie fasi del sistema di programmazione e controllo, nonché allo sviluppo e completamento del sistema informativo aziendale, della contabilità direzionale, della definizione dell'assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali;

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

- 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.

Per l'anno 2016 la negoziazione del budget di I° livello dovrà avvenire tra la Direzione Strategica ed i CdR. coincidenti con la Direzione dei Distretti sanitari, i Dipartimenti strutturali di Prevenzione e salute mentale, le UOC e UOSD con il supporto, per gli obiettivi di carattere funzionale, dei Dipartimenti funzionali Ospedalieri ed Amministrativo/tecnico-logistico.

Il processo di budget sarà articolato nei Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello, per come di seguito specificato:



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

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;

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 sotto- ordinate;

3. Budget Area Ospedaliera:

- Budget I° livello: Negoziazione obiettivi funzionali con le Direzioni dei Dipartimenti/Presidi ospedalieri/;
- Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto-ordinate;

4. Budget Dipartimenti Strutturale di Salute Mentale e delle dipendenze:

- 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;

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

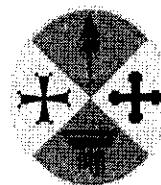
- Budget strutture operative di supporto: negoziazione di obiettivi con le strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti al Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico, e da questi condivisi, nonché alla Direzione Strategica.,

6. Direzioni di Presidio Ospedaliero:

- I Direttori di Presidio negozieranno obiettivi specifici inerenti la propria struttura complessa di Direzione medica di P.O., pur partecipando alla negoziazione degli obiettivi di budget di I° e II° livello, per i CDR afferenti alla propria macrostruttura, nell'ottica di una integrazione matriciale delle azioni da intraprendere con i Dipartimenti, e secondo le indicazioni derivanti dal comitato di budget della ASP di Cosenza.

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

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



7. B) I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

B.1) 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:

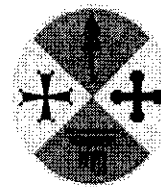
- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi nell'anno 2015;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2015;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
- Contenimento, per il 2016, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2015, 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 nel Piano delle performance e nella scheda di budget specifica del Dipartimento di Prevenzione.

B.2) APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Obiettivi aziendali per il 2016 sono il completamento della riorganizzazione del Dipartimento in Unità Operative tendenti ad accorpate attività omogenee, nel rispetto dell'Atto Aziendale adottato ai sensi dell'art. 7, comma 2, della Legge Regionale 11/2004 e del D.P.G.R. n° 14/2011, e successivamente, l'individuazione da parte dei Responsabili delle UU.OO. delle prestazioni ritenute evitabili e potenziamento delle prestazioni correlate ai LEA, 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 implementata con le verifiche a posteriori effettuata dai Responsabili dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, che periodicamente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (OIV-NAVS, P.e.C., D.G.) già adottate con procedure e linee guida dipartimentali. Le verifiche relative alla parte tecnica dovranno essere effettuate a



carico dei responsabili delle strutture, mentre quelle relative alla parte organizzativa saranno a carico del Dipartimento.

B.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2016:

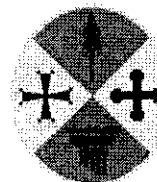
Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, stabiliscono la necessità di produrre un programma di lavoro caratterizzato dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici di seguito individuati per l'anno 2016.

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

L'Azienda nel corso dell'anno 2015 ha erogato le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale. Al fine di monitorare e rendicontare i costi sostenuti per le attività del PRP e dotare l'Azienda di uno strumento che le consenta di produrre un preciso flusso informativo per la Direzione Strategica nonché per la Regione Calabria, con delibera 3696/11 è stato individuato lo "strumento contabile dedicato all'impegno, al monitoraggio dei flussi economici e alla rendicontazione dei costi sostenuti per l'Attuazione del PRP".

Il Dipartimento di prevenzione e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2016 e riportati nel Piano delle attività relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting.

Un ulteriore obiettivo specifico del dipartimento di Prevenzione è rappresentato altresì dalla rendicontazione della linea degli obiettivi di Piano di competenza.



7. C) 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.

C.1) 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.

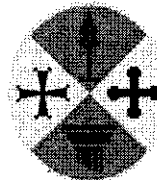
I tre principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio al fine di garantire l'assistenza distrettuale sono:

- Passare dai bisogni alle strategie di salute;
- Consentire l'integrazione sociosanitaria e ospedale-territorio;
- 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. Per l'erogazione delle prestazioni del livello territoriale occorre tenere presente i vincoli del piano di rientro di cui alla delibera n°845/2009 e s.m.i.

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 2015;
- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2015 dai Distretti sanitari e comunque equilibrio di bilancio;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione e rendicontazione degli obiettivi di piano per la linea di competenza;
- 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;

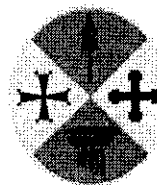
Gli obiettivi generali saranno implementati mediante la individuazione di obiettivi specifici ed azioni al fine di produrre risultati incisivi sia sul piano dell'efficienza che su quella dell'efficacia e dell'appropriatezza dei Servizi. Tutto ciò potrà avvenire mediante un'attenta azione di sorveglianza e quindi di sviluppo delle attività connesse mentre i volumi di prestazioni da erogare, previsti nel piano annuale preventivo per l'anno 2016, 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.

C.2) 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 2016 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.

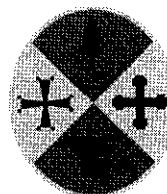
La verifica sulla appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Direttori di Distretto, attraverso i responsabili dei servizi afferenti al Distretto stesso ed allo scopo individuati, che periodicamente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (Direttore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



C.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2016

Per i fini attuativi dei piani di attività, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria anche per l'anno 2016. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2016, 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:

- Abbattimento delle liste di attesa per alcune branche specialistiche (delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare).
- Riduzione della mobilità passiva, principalmente quella extraregionale.
- Incremento integrazione ospedale-territorio.
- Gestione Rapporti MMG, PLS, Medici Specialisti e Distretto.
- Razionalizzazione dei costi dell'assistenza di ausilia e protesica.
- Riduzione degli Accessi impropri al pronto soccorso e riduzione dei ricoveri inappropriati od inutili.
- Favorire le Dimissioni protette.
- Favorire la Qualità e la formazione.
- Rispettare il Debito informativo.
- Controllo l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal territorio nella A.S.P.
- Razionalizzare l'utilizzo risorse umane afferenti al livello, per singolo Distretto ed in funzione delle attività da erogare o funzioni da svolgere.
- Rimodulare le cure primarie mediante l'attivazione delle AFT ed UCCP secondo il DCA 76/2015.
- Implementare la Ricetta dematerializzata.
- Definire percorsi per l'Assistenza agli immigrati e recupero delle quote assistenziali previste.
- Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale nel rispetto dei tetti di spesa assegnati e degli standard nazionali (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione, sulla appropriatezza prescrittiva e sulla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico).
- Rispetto della creazione dei flussi della farmaceutica e della tempistica determinata (obiettivo Dipartimento farmaceutico);
- Completare e potenziare la rete delle cure palliative e terapia del dolore, sulla base del sistema Hub/Spoke.
- Riordino del servizio di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- Garantire il potenziamento della integrazione ospedale-territorio per le attività dell'area materno-infantile;
- Definire strategie aziendali, 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.
- 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.
- Adottare indirizzi e proposte per la definizione della rete residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malattie mentali.
- individuare percorsi strutturati rivolti alle fasce deboli (età evolutiva, anziani, malati con patologie cronico- invalidanti, malati psichiatrici, tossicodipendenti).



Dipartimento Salute mentale

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.

Parametri di riferimento, in tal senso, sono il progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale 1998-2000 e le indicazioni programmatiche di livello regionale previsti dal Piano di Azione Locale della Salute Mentale di cui all'Accordo del 20 marzo 2008 della Conferenza Stato Regioni, nonché da specifiche norme regionali o aziendali e quelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai comuni per l'assistenza sociale di cui all'art.3 comma 3 del D.Lgs 502/1992, o finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

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.

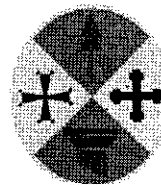
Al Dipartimento afferiscono le strutture complesse dell'**SPDC di Corigliano, Cetraro e Cosenza** (che attualmente aggrega i posti letto di Acri e Castrovillari), del **CSM Cosenza-Sav./Valle Crati**, **CSM Jonio Nord/Sud**, **CSM Pollino-Esaro/ Tirreno** (con le relative strutture semplici);

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

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

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

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



7. D) 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.

D.1) 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.

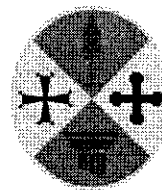
Gli obiettivi generali da perseguire per l'area ospedaliera:

- 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);
- 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;
- Riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale di ricoveri ogni 1.000 abitanti.
- Rispetto del tasso standard di utilizzo dei posti letto non inferiore al 75% per i P.L. ordinari.
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.

D.2) APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE

Costituisce obiettivo aziendale anche per il 2016 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.

D.3) OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2016

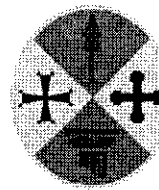
Per i fini attuativi dei piani di attività, realizzabili nell'arco di durata di vigenza del Piano Regionale per la Salute, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria anche per l'anno 2016. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Un utile strumento in tal senso è senza alcun dubbio rappresentato dall'adozione ed attuazione del programma budgeting all'interno del quale fare rientrare i piani di attività annuali.

Di conseguenza, il Presidio ospedaliero e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001, dovrà perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2016 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso l'attivazione e/o potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione intensiva previsti).
- Regolarità e puntualità nella trasmissione delle SDO da parte delle UU.OO. all'ufficio flussi SDO competente e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.
- Completa attuazione, sviluppo e razionalizzazione della rete dell'emergenza e riordino secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali, con riduzione allarme target.
- Ottimizzazione degenza media;
- Diminuzione della % di parti cesarei sul totale dei parti;
- Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
- Riduzione % ricoveri per BPCO e Diabete;
- Incremento dei ricoveri propri con recupero di tipologie di DRG in mobilità passiva (su tipologie specifiche);
- Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA) ed in particolare trasferimento chemioterapia in regime ambulatoriale;
- Ottimizzazione peso medio DRG e valore medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
- Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale - Territorio-Assistenza sanitaria di base;
- Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).
- Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Attuazione dei PDTA da parte delle strutture interessate, di concerto con la UO risk management;
- Miglioramento tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie con > della % di interventi su femore entro le 48 ore.
- Rispetto dei livelli di attività e raggiungimento dei risultati nel rispetto dei volumi e delle tipologie secondo il piano di attività approvato per l'anno 2016.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

- Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera nel rispetto dei tetti di spesa assegnati e degli standard nazionali (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
- Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
- Riorganizzazione della rete ospedaliera in relazione alle determinazioni del Dipartimento tutela salute e della struttura commissariale;

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

D.4) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA

In linea con quanto stabilito dal Decreto 18 del 22/10/2010 e s.m.i. relativo all'istituzione delle tre reti assistenziali questa ASP è passata alla riqualificazione dell'offerta sanitaria Ospedaliera.

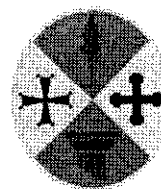
Infatti, in continuazione con quanto già effettuato nel corso degli anni precedenti si è proceduto alla realizzazione di un piano di riorganizzazione e sviluppo per ognuno degli ospedali Pubblici, integrato con la rimodulazione delle strutture private accreditate. A tal fine, con delibera 2626 del 30/09/2011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

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

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera privata, di seguito si riporta l'elenco delle strutture accreditate con i relativi volumi di attività erogati negli anni 2011, 2012, 2013, 2014:



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

CASE DI CURA (tab.A)	RICOVERI 2011	RICOVERI 2012	RICOVERI 2013	RICOVERI 2014
Santa Lucia	437	476	399	378
Villa del Sole	1.717	1.453	1.010	1.453
*La Madonnina	2.377	1.419	1.372	1.316
Sacro Cuore	2.425	3.115	3.063	3.136
Scarnati	1.375	947	873	843
Cascini	3.249	3.388	3.234	2.962
San Luca	1.598	1.495	1.303	1.281
Tricarico-Rosano	8.704	9.038	8.486	7.020
SUB Totali Acuti	21.882	21.331	19.740	18.389
Scarnati Lungodegenza	162	153	120	117
Villa del Sole Riabilitazione			55	291
*La Madonnina Riabilitazione			12	174
Cascini Lungodegenza			216	192
Tricarico-Rosano Riabilitazione			21	268
*Madonna della Catena Riabilitazione	637	435	524	345
*Madonna della Catena Lungodegenza	140	186	63	
*Madonna della Catena Cod. 75 Cerebro			1	156
Misasi Riabilitazione	269	254	269	343
Misasi Lungodegenza	388	399	194	107
S. Francesco	697	672	605	653
Arena	274	245	241	241
Villa degli Oleandri	111	162	97	
Villa Verde	112	185	12	
SUB Totali per non acuti	2.790	2.691	2.430	2.887
SUB Totali GENERALE	24.672	24.022	22.170	21.276

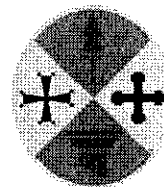
* N.B.: Di seguito alla emanazione dei DCA-CA n°89 del 04/11/2014 e DCA-CA 94 del 11/11/2014, autorizzazione al subentro e alla voltura delle autorizzazioni e accreditamenti rispettivamente della Casa di Cura Madonna della Catena e Casa di Cura La Madonnina in favore del nuovo soggetto giuridico Clinica Madonna della Catena

CLINICA MADONNA DELLA CATENA (tab.B)	RICOVERI 2011	RICOVERI 2012	RICOVERI 2013	RICOVERI 2014
EX La Madonnina Acuti				134
EX La Madonnina Riabilitazione				30
EX Madonna della Catena Riabilitazione				72
EX Madonna della Catena Lungodegenza				
EX Madonna della Catena Cod. 75 Cerebro				43

a. Posti letto

I posti letto per acuti sono stati ridotti da 1231 a 805, a regime, nel piano di riorganizzazione.

Attualmente 6 ospedali sono stati riconvertiti in CAPT ed i posti letto per acuti sono stati progressivamente riconvertiti in lungodegenza e riabilitazione. L'ASP conta di rendere operativi nel 2016 tutti i posti letto



previsti negli Spoke, per un totale di 805, oltre quelli di Riabilitazione e Lungodegenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche per gli interventi strutturali e tecnologici, e con le risorse umane, che in alcune figure sono carenti in tutta la ASP di Cosenza, e che si spera di integrare con lo sblocco del turnover avvenuto in modo parziale ad agosto 2015, e per cui le procedure sono tutt'ora in corso.

Negli Spoke, avendo completato i trasferimenti dei reparti nei relativi stabilimenti per come previsto, è in fase di completamento l'attivazione delle strutture secondo quanto previsto nel DPGR 106/2012 e s.m.i. e nell'atto aziendale. Con la disponibilità di risorse umane nel 2016 sarà possibile potenziare nei tre Spoke le UU.OO. di Pediatria con la Neonatologia, la Neurologia in alcuni Spoke, l'Ortopedia in tutti gli Spoke e le Unità operative con un forte incremento dei posti letto, nonché tutte le strutture afferenti alla rete dell'Emergenza-Urgenza.

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

			POSTI LETTO ATTIVI 2015		
Macro			Ordinari	DH/DS	totale
TOTALI	Totale posti letto		557	148	705
	Posti letto Lungodegenza-Riab.		100	-	100
	Posti letto Acuti		457	148	605

b. Rete della emergenza

La rete della emergenza è costituita dai tre Spoke della ASP a cui afferiscono il Pronto Soccorso degli Ospedale di Montagna ed i PPI dei CAPT, nonché le PET.

La riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza tiene conto necessariamente del piano di attivazione dello STEN e STAM (sistema di trasporto in emergenza neonatale e di assistenza materna) secondo quanto previsto dagli obiettivi di PSN, che nel 2015 è diventato operativo a seguito del completamento dell'acquisizione delle risorse strumentali e tecnologiche indispensabili.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza, nel corso del 2016 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.

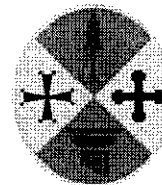
c. Pianificazione attività ospedaliera

Di seguito si riportano i volumi complessivi ed il valore della produzione dell'ultimo triennio presa a riferimento per la definizione dei piani di attività per l'anno 2016.

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 postacuzie al fine di poter ridurre i ricoveri impropri e le giornate di degenza inappropriate in reparti per acuti dopo la stabilizzazione della malattia; i tempi di degenza per acuti possono essere contenuti anche mediante una precoce valutazione multidimensionale dei reali bisogni di salute.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

La rete postacuzie 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 postacuzie di malati non clinicamente stabili o affetti da comorbidità di rilievo così come di pazienti che potrebbero essere inviati in strutture socio assistenziali con valenza sanitaria, di pazienti senza rete assistenziale o con protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico riabilitative.

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 postacuzie 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 già nel post-acuto appena dimesso, 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 già 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.

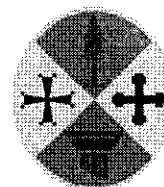
Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri dell'ASP nella tabella che segue si evidenziano il numero delle SDO a consuntivo nel corso dell'ultimo triennio, anno 2012 (prima del riordino), del 2013 (nel corso delle fasi di realizzazione del riordino) e l'ultimo consuntivo disponibile, relativo al 2014, preso a riferimento per definire i volumi ed il valore della produzione anno 2016.

Prestazioni 2012, 2013 e 2014 delle strutture pubbliche e relativi scostamenti:

	anno 2012			anno 2013			anno 2014			Delta 2014/2013
Presidio	Ordinari	DH	Totale SDO	Ordinari	DH	Totale SDO	Ordinari	DH	Totale SDO	totale SDO
Cetraro	4.229	1.784	6.013	3.678	2.083	5.761	3.498	1.885	5.383	-378
Paola	3.284	1.486	4.770	3.567	1.320	4.887	2.967	1.392	4.359	-528
Castrovillari	4.972	2.698	7.670	5.013	2.049	7.062	4.569	1.477	6.046	-1.016
Rossano	4.629	1.408	6.037	4.132	927	5.059	3.045	849	3.894	-1.165
Corigliano	5.976	1.576	7.552	6.209	883	7.092	6.147	957	7.104	-12
Trebisacce **	344	28	372	177	-	177	268	-	296	91
Cariati **	244	17	261	-	-	-	-	-	-	-
Mormanno ***	483	130	613	-	-	-	-	-	-	-
Lungro **	120	-	120	-	-	-	-	-	-	-
Praia a mare **	278	548	826	-	-	-	-	-	-	-
Acri	1.447	639	2.086	872	371	1.243	956	364	1.320	77
S. Giovanni F.	794	688	1.482	615	692	1.307	569	228	797	-510
San Marco A. *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	26.800	11.002	37.802	24.263	8.325	32.588	22.019	7.152	29.171	-3.609
* chiuso nel 2011										
** fino al 31 marzo 2012										
*** fino al 26 ottobre 2012										



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento del tasso di utilizzo per presidio nell'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2014 ed il 2013.

Struttura	Tasso Utilizzo			
	2012	2013	2014	2014/2013
Rossano	69,47	71,32	67,48	-3,84
Corigliano	87,91	88,62	97,06	8,44
Castrovillari	81	91,91	81,36	-10,55
Cetraro	66,53	71,59	76,22	4,63
Paola	92,96	89,59	85,33	-4,26
Totale Spoke	79,57	82,61	81,49	-1,12
Acri	-135,93	82,44	82,48	0,04
S. Giov. F.	88,21	90,34	92,18	1,84
Totale con osp. Mont	88,86	83,69	87,33	3,64

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera, distinta per presidio e relativi all'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2014 ed il 2013.

Struttura	Degenza Media					% casi Chirurgici				Peso Medio Relativo			
	2012	2013	2014	2014/2013		2012	2013	2014	2014/2013	2012	2013	2014	2014/2013
Rossano	7,20	7,31	7,28	- 0,03		22,11	28,80	35,80	7,00	0,88	1,08	1,10	0,02
Corigliano	5,35	4,95	5,48	0,53		25,94	21,63	19,42	- 2,21	0,67	0,61	0,63	0,02
Castrovillari	6,68	7,16	6,89	- 0,27		18,77	19,95	21,19	1,24	0,91	0,93	0,94	0,01
Cetraro	6,05	5,90	6,52	0,62		19,01	24,25	24,30	0,05	0,78	0,74	0,78	0,04
Paola	7,67	7,70	8,82	1,12		31,43	28,40	34,72	6,32	1,06	1,03	1,20	0,17
Totale Spoke	6,59	6,60	7,00	0,40		23,45	24,61	27,09	2,48	0,86	0,88	0,93	0,05
Acri	8,94	9,28	9,45	0,17				7,22	7,22	0,96	0,98	0,89	- 0,09
S. Giov. F.	8,95	10,72	11,83	1,11				0,35	0,35	0,89	0,95	0,94	- 0,01
Totale con osp. Montagna	7,26	7,57	10,64	3,07				3,79	3,79	0,88	0,90	0,92	0,02

Il piano delle attività ospedaliere per il 2016 deve mirare innanzitutto allo sviluppo della organizzazione dei Dipartimenti, di recente istituzione, e della tipologia organizzativa e gestionale delle reti cliniche che devono essere volte a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto agli obiettivi assegnati (es. rete oncologica, nefrodialitica, neurologica, rete punti nascita ecc.).

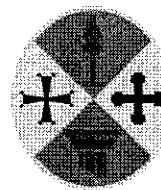
Obiettivo qualificante per il triennio 2016/2018 deve essere anche il pieno sviluppo dell'integrazione ospedale/territorio attraverso l'integrazione degli ospedali per acuti con le strutture eroganti prestazioni di lungodegenza, riabilitazione intensiva, residenzialità ed assistenza domiciliare.

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.

Nella tabella seguente si riportano i volumi ed il valore della produzione per stabilimento previste per l'anno 2016, al netto delle prestazioni inappropriate e con l'integrazione delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione. Il piano delle attività allegato è ovviamente al netto delle prestazioni relative a funzioni non tariffabili, il cui valore è definito in sede di riparto del FSR.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Prestazioni di ricovero anno 2016 volumi e valore di produzione complessivi previsti						
Presidio	Ricoveri ordinari		Ricoveri DH		Totale Ricoveri	
	Numero Casi	Valore produzione	Numero Casi	Valore produzione	Numero Casi	Valore produzione
Acri	956	2.216.745,90	649	610.085	1.605	2.826.830,41
Castrovillari	4.569	12.091.516,53	2.334	2.881.833	6.903	14.973.349,53
Cetraro	3.498	7.388.831,16	3.355	3.047.134	6.853	10.435.964,71
Corigliano	6.147	10.825.241,30	1.866	863.353	8.013	11.688.594,68
Paola	3.247	10.651.501,70	1.591	1.902.552	4.838	12.554.053,70
Rossano	3.045	8.995.468,30	932	1.011.172	3.977	10.006.639,88
San Giov. In F.	569	1.337.814,78	398	339.842	967	1.677.657,06
Trebisacce	268	1.447.358,73	0	0	268	1.447.358,73
Totale complessivo	22.299	54.954.478,40	11.125	10.655.970,30	33.424	65.610.448,70

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. I piani di acquisto per le strutture private accreditate sono dipendenti dai tetti di spesa che saranno definiti a livello regionale, a cui si rimanda.

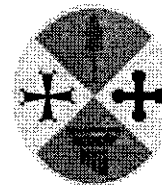
MOBILITA' PASSIVA ASP COSENZA

Dall'analisi dei dati di mobilità anno 2014, si evince che la mobilità passiva extraregione relativa alla ASP di Cosenza riguarda n° 23.337 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% dei casi, la Lombardia con l'11,97% e l'Emilia Romagna con l'11,40 dei casi, inoltre seguono la Campania con il 9,10% e la Toscana con il 7,73% tra le frequenze più significative, mentre a seguire le altre Regioni tutte con percentuali inferiori al 5%.

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



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

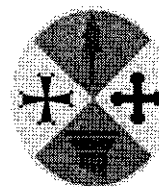
Fughe extraregionali per regione erogante

CODREG	REGIONE	N° RICOVERI	IMPORTO	% casi	% importo
120	LAZIO	4.194	13.795.312,00	17,97	16,08
160	PUGLIA	2.946	13.944.472,00	12,62	16,26
170	BASILICATA	2.849	8.101.041,00	12,21	9,45
030	LOMBARDIA	2.794	13.806.103,00	11,97	16,10
080	EMILIA ROMAGNA	2.661	11.154.501,00	11,40	13,01
150	CAMPANIA	2.123	6.085.748,00	9,10	7,10
090	TOSCANA	1.803	5.524.929,00	7,73	6,44
121	LAZIO (Bambin Gesù)	1.162	2.781.472,00	4,98	3,24
190	SICILIA	538	1.776.974,00	2,31	2,07
010	PIEMONTE	523	2.539.673,00	2,24	2,96
050	VENETO	448	1.705.600,00	1,92	1,99
100	UMBRIA	382	1.184.285,00	1,64	1,38
070	LIGURIA	364	1.314.389,00	1,56	1,53
110	MARCHE	135	445.589,00	0,58	0,52
130	ABRUZZO	129	494.155,00	0,55	0,58
060	FRIULI-VENEZIA GIULIA	110	536.419,00	0,47	0,63
140	MOLISE	79	282.348,00	0,34	0,33
020	VALLE D'AOSTA	29	91.216,00	0,12	0,11
042	P.A. DI TRENTO	25	68.431,00	0,11	0,08
041	P.A. DI BOLZANO	19	71.194,00	0,08	0,08
200	SARDEGNA	18	32.556,00	0,08	0,04
122	LAZIO ()	6	33.856,00	0,03	0,04
Totale		23.337	85.770.263,00	100,00	100,00

Passando ad una analisi dettagliata dei casi per distretto di residenza dei pazienti, si evidenzia che un numero elevato di casi sono da riferire 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 proprio del Distretto Jonio Nord (n° 4.656 casi) e Tirreno (n° 5.772 casi) che con quelli dell'Esaro-pollino (1.055 casi) su un totale di 23.337 casi, rappresentano circa il 50% della mobilità aziendale per un importo pari ad euro 18.060905.



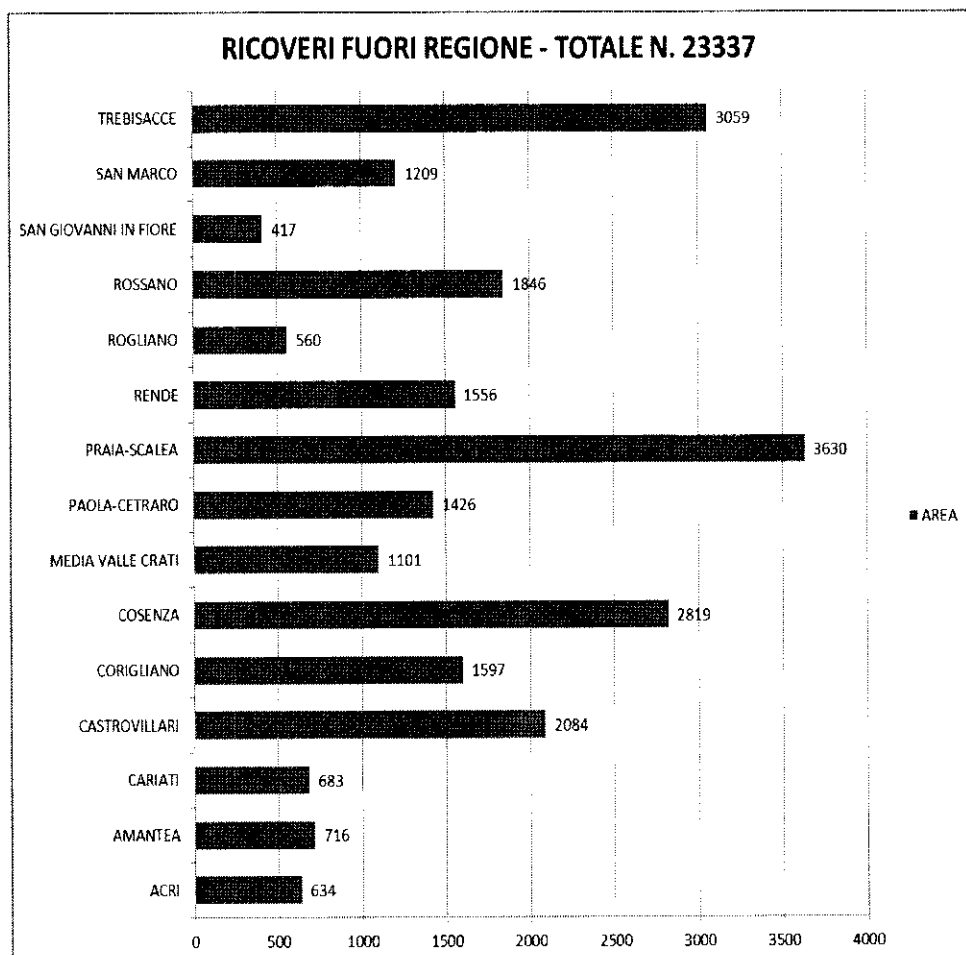
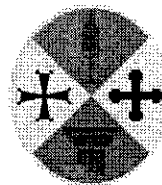
Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza

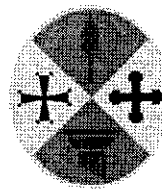


REGIONE CALABRIA

N° casi Mobilità passiva extraregionale per Regione erogante e Distretto di residenza							
REGIONE EROGANTE	COSENZA-SAVUTO	IONIO NORD	IONIO SUD	POLLINO ESARO	TIRRENO	VALLE CRATTI	Totale complessivo
LAZIO	730	638	510	575	990	751	4.194
PUGLIA	262	1.155	475	614	162	278	2.946
BASILICATA	75	975	56	441	1.244	58	2.849
LOMBARDIA	532	471	350	378	644	419	2.794
EMILIA ROMAGNA	367	335	682	323	424	530	2.661
CAMPANIA	276	191	157	269	1.059	171	2.123
TOSCANA	333	263	235	271	403	298	1.803
LAZIO (Bambin Gesù)	197	195	156	89	313	218	1.168
SICILIA	180	57	45	47	78	131	538
PIEMONTE	97	91	72	60	115	88	523
VENETO	87	57	52	40	91	121	448
UMBRIA	82	57	49	54	68	72	382
LIGURIA	85	40	55	49	72	63	364
MARCHE	21	33	19	19	12	31	135
ABRUZZO	17	50	7	13	20	22	129
FRIULI-VENEZIA GIULIA	16	19	17	21	17	20	110
MOLISE	8	17	1	13	29	11	79
VALLE D'AOSTA	1			8	19	1	29
P.A. DI TRENTO	6	4	4	5	4	2	25
P.A. DI BOLZANO	4	6		1	4	4	19
SARDEGNA	3	2	4	3	4	2	18
Totale complessivo	3.379	4.656	2.946	3.293	5.772	3.291	23.337

Il grafico seguente rappresenta il numero di casi in mobilità extraregione distinto per aree distrettuali della ASP di Cosenza, individuate nei territori degli ex Distretti, per meglio definire la provenienza dei pazienti:





Dipartimento funzionale farmaceutico Ospedale/territorio

A seguito della riorganizzazione aziendale effettuata con delibera ASP n.3200 del 22 novembre 2012 e successiva integrativa n. 3297 del 30 novembre 2012, ai sensi del DPGR n. 7 del 06.09.2010, è stato istituito, con Delibera ASP n. 1555 del 15 luglio 2014, il Dipartimento Farmaceutico Ospedale Territorio finalizzato anche in ambito assistenziale al coordinamento organizzativo utile al raggiungimento dell'efficacia, efficienza e economicità delle prestazioni erogate perseguendo anche per il 2016, criteri di uniformità ed omogeneità su tutto il territorio aziendale.

E' noto che l'assistenza farmaceutica è costituita da tre diversi livelli di attività, che pur in una definizione autonoma generano il pacchetto di cura per il quale la sostenibilità economica richiede oggi particolare attenzione nell'espressione di attitudini gestionali manageriali.

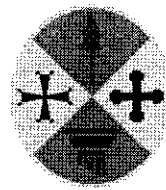
- **Assistenza farmaceutica convenzionata** affidata alle farmacie distribuite sul territorio che gestiscono in maniera capillare l'area dedicata alla cronicità delle patologie, impegnando considerevoli risorse economiche a fronte dell'incremento della popolazione anziana e dello sviluppo delle attività di diagnosi e cura in questa fascia di età
- A questa fa riferimento e si collega la Distribuzione per Conto (DPC) di cui Accordo Quadro regione Calabria DGR 81/2010 e smi, attivata in regione Calabria nel mese di novembre 2010 e per la quale l'ASP di Cosenza da gennaio 2014 è ASP capofila per tutta la regione
- **Assistenza farmaceutica diretta** affidata alle farmacie territoriali aziendali, presenti sul territorio della provincia e che fanno capo alle UOC di Farmaceutica Territoriale costituenti il dipartimento, che assicurano
 - la gestione di qualsivoglia voce farmaceutica riferita alla gestione dei presidi interni all'azienda presenti sul territorio, interagendo con le necessità degli altri dipartimenti e servizi (ambulatori e poliambulatori specialistici, CAPT, consultori, CSM, Sert, Uffici di prevenzione, laboratori analisi, GM ecc.).
 - l'assistenza farmaceutica ai pazienti aventi diritto ed affetti da particolari patologie specie nel campo oncologico, che richiedono l'uso di medicinali particolarmente critici e/o soggetti a specifiche normative con impegno economico e gestionale importante tale da costituire una voce considerevole nell'esercizio di bilancio dell'ASP.
- **Assistenza farmaceutica Ospedaliera** affidata alle farmacie ospedaliere interne ai presidi dei tre Spoke e dei due presidi di San Giovanni in Fiore e di Acri, preposta al management della cura al paziente acuto. Particolarmente critica negli ultimi anni è risultata la gestione della prescrizione specialistica in fase di dimissione e di continuità terapeutica attraverso l'utilizzo del ricettario SSN, determinando ciò anomalie nella corretta integrazione della continuità ospedale – territorio.

L'espressione di tali attività non prescinde però da una azione globale di governo clinico che riguarda la formazione, l'informazione, la gestione della innovazione e della sostenibilità della stessa, la valutazione farmaco economica, gli studi di sicurezza e quant'altro, tutte azioni che si esplicano nei confronti degli utenti interni ed esterni, comprendendo sia gli operatori sanitari del Dipartimento stesso che tutti coloro i quali, appartenenti alle aree ospedaliere e territoriali, nonché ai Dipartimenti presenti nell'ASP, convenzionati e dipendenti, specialisti e non, andando così ad incidere sulle criticità eventualmente derivanti da comportamenti inappropriati.

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 ai diversi provvedimenti regionali al riguardo già adottati, stabiliscono la necessità di produrre un programma di lavoro caratterizzato dalla definizione degli obiettivi da raggiungere attraverso specifici interventi sulla farmaceutica che si esplicano a livello dell'area territoriale, in ambito distrettuale, quanto dell'area ospedaliera anche attraverso



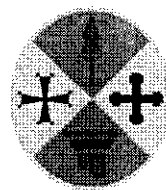
Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

il coordinamento con gli altri Dipartimenti (Prevenzione, Dipendenze, Materno-Infantile, Emergenza-Urgenza ecc.).

Gli obiettivi specifici del Dipartimento Farmaceutico sono esplicitati attraverso le azioni utili al loro raggiungimento, avendo individuati gli opportuni indicatori da utilizzare per la misurazione del grado di raggiungimento degli stessi a step successivi e con tempistiche scandite (mensili, trimestrali o semestrali) sulla base di quanto definito anche dagli organi istituzionali con i quali il dipartimento interagisce; gli obiettivi sicuramente da perseguire sono verifica dell'appropriatezza prescrittiva, verifica e monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata, miglioramento rendicontazione e flussi L.648/96, implementazione monitoraggio consumi e spesa per medicinali oncologici e biologici, miglioramento % di utilizzo dei medicinali off-patent, prontuario aziendale, ma soprattutto razionalizzazione dei costi che nell'ultimo periodo hanno segnalato una inversione di tendenza nel senso di incremento, che deve essere prontamente controllato e ridimensionato, garantendo le prestazioni.



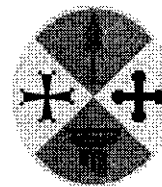
7. E) SISTEMI INFORMATIVI

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

Nel corso del 2016 l'ASP intende potenziare e migliorare la 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 dell'azienda assicurando collaborazione per il perseguimento degli obiettivi comuni definiti dall'Azienda.
- Ottimizzazione delle modalità di relazione informativo- informatica tra le strutture interne al fine di consentire la disponibilità costante dei dati di governo delle attività sanitarie;
- Definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali e la cura della sua attuazione sulla base delle risorse finanziarie;
- Coordinamento di tutte le richieste di acquisizione di strumenti informatici provenienti dai diversi livelli organizzativi;
- Predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzioni delle procedure e delle apparecchiature informatiche e di telefonia;
- Supporto della parte tecnico-informatica del CUP aziendale.
- Supporto tecnico-informatico alle attività di programmazione e controllo (Sistema Direzionale, reporting, ecc.) e di tutte le attività connesse allo sviluppo del processo di budget e della informatizzazione della scheda di budget.

Nel corso dell'anno 2016 dovrà essere garantita la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno. Indispensabile, inoltre, garantire l'efficienza degli impianti, delle attrezzature e dei collegamenti.

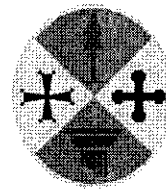


7. F) REALIZZAZIONE OBIETTIVI DI PSN

La programmazione delle attività e dei progetti relativi al 2016-2018 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla intesa Stato-Regioni del 2014 e succ., e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale della Regione Calabria.

Nel presente Piano delle performance si stabilisce che gli obiettivi di Piano dovranno essere perseguiti e rendicontati da ciascuna struttura in relazione all'area di competenza (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione, Salute mentale) trattandosi di attività dedicate e finalizzate, nelle regioni sottoposte al Piano di rientro, anche al miglioramento dell'erogazione dei LEA (Patto per la Salute 2014-2016 e Intesa Stato/Regioni del 10/07/2014).

La realizzazione delle linee progettuali e la conseguente attività di rendicontazione da parte delle strutture interessate, costituirà obiettivo di budget ed elemento di misurazione della performance organizzativa per le stesse, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di risultato.



8. COLLEGAMENTO DEL PIANO DELLE PERFORMANCE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA' (PTTI)

Anche nel corso del 2016 saranno implementate le azioni di promozione della trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione nelle articolazioni aziendali. Il Processo di Budget 2016 terrà conto della necessità di sviluppare obiettivi che responsabilizzino i dirigenti al corretto adempimento degli obblighi previsti dal D.Lgs 33/2013, adeguatamente pesati ai fini della misurazione della sola performance organizzativa, in stretta collaborazione con il PTCP.

Il PTCP rappresenta il documento fondamentale per la definizione della strategia di prevenzione all'interno di ciascuna amministrazione; si tratta di un documento di natura programmatica e risulta importante stabilire gli opportuni e reali collegamenti con il Piano della Performance 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.

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, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTCP nel duplice versante della :

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

In sede di aggiornamento del Piano della performance sarà opportuno prevedere che:

«L'erogazione della retribuzione di risultato per i Dirigenti è comunque subordinata al rispetto degli adempimenti relativi a:

- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione
- Programma Triennale della Trasparenza e l'Integrità e agli obblighi di Pubblicazione previsti dal D.Lgs 33/2013
- all'assenza di segnalazioni relativi al mancato e/o tempestivo assolvimento degli stessi»

Pertanto le misure di prevenzione obbligatorie ed ulteriori previste nel PTCP costituiranno obiettivo di Performance specifico per i Dirigenti Responsabili individuati.

Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione, individuati nel P.T.P.C. e negli atti programmatici relativi al ciclo della Performance, occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della Relazione della performance (art. 10 d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, l'Azienda, attraverso l'ufficio Prevenzione corruzione e Trasparenza, dovrà verificare i risultati raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

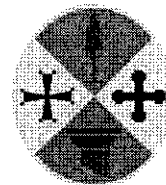
Dai risultati emersi nella Relazione delle performance, il Responsabile della Prevenzione della corruzione dovrà tener conto:

- effettuando un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuando delle misure correttive, sia in relazione alle misure c.d. obbligatorie che a quelle c.d. ulteriori, anche in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, d.lgs. n. 165 del 2001 ed i referenti del responsabile della corruzione;
- per inserire le misure correttive tra quelle per implementare/migliorare il P.T.P.C.

Il collegamento tra il PTCP ed il Piano della Performance è assicurato dalla programmazione per budget.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

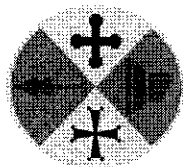
In particolare le schede di budget dovranno contenere obiettivi collegati e coerenti con gli impegni e le attività previste dal PTCP, e riferiti alle schede di misura e monitoraggio elaborate dove sono esplicitati gli obiettivi e le attività che le diverse articolazioni organizzative dovranno assicurare in termini di anticorruzione e trasparenza.

Le attività così definite saranno periodicamente monitorate dalla struttura Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, che con cadenza periodica trasmetterà alla struttura di Programmazione e Controllo la relazione sul monitoraggio della Trasparenza e della Prevenzione Corruzione, di competenza.

Per quanto attiene alla *performance organizzativa*, quindi, la programmazione per budget rappresenta il meccanismo operativo di riferimento mentre, per quanto attiene la *performance individuale* dovranno essere previsti ulteriori meccanismi operativi che saranno definiti in sede di contrattazione decentrata (ad esempio: schede di valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi di performance).

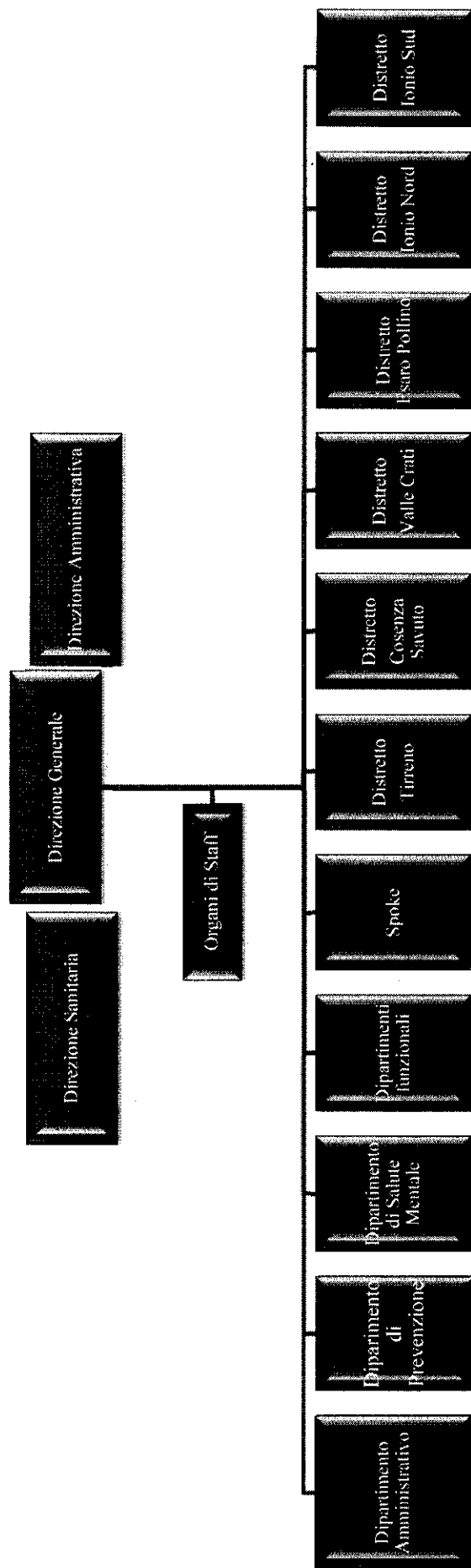


Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

8. ALBERO DELLE PERFORMANCE



9. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

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

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

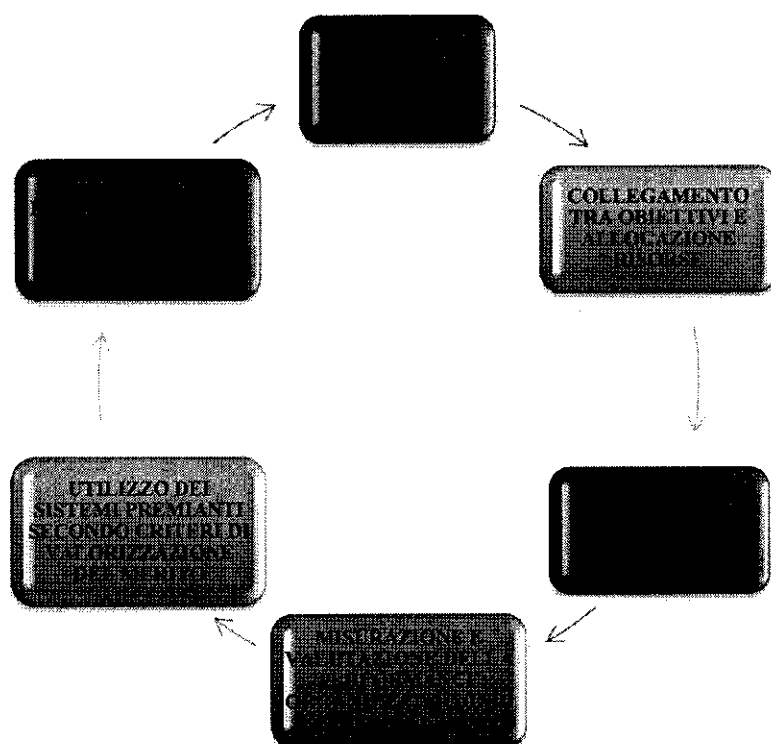
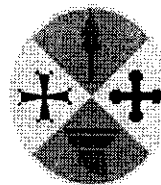


Grafico "Il Ciclo di Gestione della Performance"



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

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 e per le macrostrutture.

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

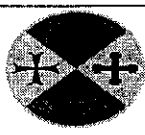
Stante quanto sopra premesso, nel corso del 2016 saranno, comunque, poste in essere tutte le azioni necessarie per il miglioramento continuo del Ciclo di gestione delle performance nel rispetto del decreto legislativo n.150/09.

ALLEGATI: Scheda obiettivi per negoziazione Budget (la scheda allegata riporta gli obiettivi comuni proposti a tutti i CdR);

N.B: gli obiettivi specifici, diversi per ciascun CdR, saranno assegnati, a conclusione del processo di negoziazione tra il Comitato Budget ed i singoli CdR, entro marzo 2016 ed inseriti nella scheda negoziata.

Il Direttore Generale

Dot. Raffaele Mauro

 <i>Regione Calabria</i> <i>Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza</i> 		VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA DIRIGENZA AZIENDALE		REGIONE CALABRIA							
NUMERO SCHEDA _____		SCHEDA DI BUDGET ANNO 2016	Periodo valutato 01/2016- 12/2016	Collegato a risorse							
COGNOME E NOME : PROFILO PROFESSIONALE: DIRETTORE SOC TIPOLOGIA DI INCARICO : DIRETTORE UNITA' OPERATIVA : U.O.C. POSTI LETTO (ORD +DH/DS) : DIPARTIMENTO : P. O./STRUTT. TERR. STRUTTURA VALUTATORE DI 1° ISTANZA-											
		tel:	V.A.:								
		cellulare:									
		e-mail:	VINCOLI								
Num d'ord. Indicatore	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	Consuntivo 2015	% peso obiettivo	V.A. 2016	Risultato conseguito 2016	Punteggio indicatore	P	T	S	Org	Altro
PRE-REQUISITO DI VALUTAZIONE	Rispetto debito informativo nei confronti della U.O.CED/SISA e della U.O. Programmazione e Controllo. N.contestazioni di mancato/ritardato rispetto del debito informativo: N.contestazioni formulate per incompletezza/incongruenza dei dati trasmessi	==									CED/SISA Resp. art. 50
1	Negoziare budget con CDR subordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	=====	2								
2	Piano delle attività anno 2016. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	=====	1								da condividere con SPOKE di competenza
3	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un'analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	=====	2								
4	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	=====	2								
5	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per odc.	=====	1								UOC risorse Umane
6	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	=====	2								UOC Ing.clin. e Tecn.pat.
7	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli erogatori.	0	2								Direzione sanitaria az. e Coordinamento distretti
8	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	0	2								Affari generali
9	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. Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	0	3								URP
10	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	=====	1								

[illegible]

3