

PIANO DELLA PERFORMANCE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

ANNO 2021-2023



U.O.C. Programmazione e Controllo

Dr. Francesco Laviola

Indice

	Pag.
Premessa	3
1 Identità dell'Azienda Sanitaria.	4
2 Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione.	4
3 Il Contesto	5
4 L'Analisi Swot.	17
5 Le Risorse Finanziarie.	18
6 Il Piano di Sviluppo Triennale.	19
7 Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	22
8 Albero della Performance.	24
9 Linee Programmatiche ASP	28
10 Direttiva di Budget Anno 2021.	32
11 I° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	35
12 II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:	36
13 III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:	39
14 Sistemi Informativi.	41
15 Realizzazione Obiettivi di PSN.	42
16 Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.	43

➤ Premessa

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

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

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

Il Piano della performance, essendo un documento di programmazione per il triennio 2021-2023 è oggetto di aggiornamento annuale in relazione a:

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

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2021-2023 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell'esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance tiene conto di tali indicazioni.

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

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

L'ASP di Cosenza, organizzata in Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici, attraverso l'articolazione delle attività territoriali ed ospedaliere, si impegna al raggiungimento degli obiettivi aziendali che, per il triennio 2021-2023, sono sintetizzati nel presente Piano della Performance.

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

Il Commissario Straordinario
Dr. Vincenzo Carlo La Regina

1. Identità dell'Azienda Sanitaria.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., per cui l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato (atto aziendale) approvato con DCA n° 117/2017, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla normativa regionale e dalle disposizioni sul piano di rientro.

Ha sede in Via degli Alimena 8, Cosenza. Il Sito Istituzionale è il seguente: www.asp.cosenza.it

2. Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione.

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

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

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

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la **Direzione Aziendale** che assicura la **direzione strategica dell'ASP** attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda.

Il **Collegio Sindacale**, nominato dal Direttore Generale, è formato da tre componenti nominati: uno dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministero della Salute, dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica e controllo in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio.

3. Il Contesto

3.1 Il Contesto esterno.

Nella tabella seguente si riporta la classifica delle province della Calabria ordinata per popolazione residente. I dati sono aggiornati al 31/12/2019 (ISTAT).

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
1.	Cosenza	690.503	6.709,75	103	150
2.	<i>Città Metropolitana di Reggio Calabria</i>	530.967	3.210,37	165	97
3.	Catanzaro	349.344	2.415,45	145	80
4.	Crotone	168.581	1.735,68	97	27
5.	Vibo Valentia	154.715	1.150,64	134	50
	Totale	1.894.110	15.221,90	124	404

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 150 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 690.503 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.710 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza è caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 103 abitanti per Km²) rispetto al dato nazionale (187 abitanti per Km²). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

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

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

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat) anno 31/12/2019

Distretti ASP	2018	2019	2020	Diff. 20/19	Superficie Km ²
1 - "TIRRENO"	134.900	134.730	132.006	-2.724	1.086
2 - "ESARO/POLLINO"	97.546	96.633	94.235	-2.398	1.350
3- "JONIO NORD"	101.359	100.931	98.503	-2.428	1.352
4 - "JONIO SUD"	70.895	70.659	68.638	-2.021	766
5 - "VALLE CRATI"	144.138	143.516	141.651	-1.865	860
6 - "COSENZA/SAVUTO"	159.864	159.284	155.920	-3.364	1.295
TOTALE DISTRETTI	708.702	705.753	690.953	-14.800	6.709

Di seguito si riportano i dati della distribuzione per fasce di età della popolazione nella provincia di Cosenza al 01 gennaio 2020:

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	numero	%	numero	%	numero	%
0-4	13.495	50,80%	13.076	49,20%	26.571	3,80%
5-9	14.575	51,00%	14.002	49,00%	28.577	4,10%
10-14	15.982	51,60%	15.009	48,40%	30.991	4,50%
15-19	16.983	51,60%	15.926	48,40%	32.909	4,80%
20-24	18.497	52,60%	16.687	47,40%	35.184	5,10%
25-29	20.478	51,40%	19.324	48,60%	39.802	5,80%
30-34	21.352	50,40%	21.005	49,60%	42.357	6,10%
35-39	22.224	50,70%	21.617	49,30%	43.841	6,30%
40-44	24.024	50,10%	23.936	49,90%	47.960	6,90%
45-49	24.927	48,80%	26.120	51,20%	51.047	7,40%
50-54	26.154	48,40%	27.856	51,60%	54.010	7,80%
55-59	25.767	48,40%	27.467	51,60%	53.234	7,70%
60-64	23.150	48,40%	24.675	51,60%	47.825	6,90%
65-69	20.588	48,40%	21.978	51,60%	42.566	6,20%
70-74	17.944	47,80%	19.589	52,20%	37.533	5,40%
75-79	12.530	46,40%	14.477	53,60%	27.007	3,90%
80-84	10.626	43,20%	13.998	56,80%	24.624	3,60%
85-89	6.172	38,60%	9.824	61,40%	15.996	2,30%
90-94	2.155	32,60%	4.454	67,40%	6.609	1,00%
95-99	451	26,80%	1.229	73,20%	1.680	0,20%
100+	42	23,30%	138	76,70%	180	0,00%
Totale	338.116	49,00%	352.387	51,00%	690.503	100,00%

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 150 Comuni per come si evince anche dai dati geo-funzionali della ASP di Cosenza distinti per gli ex 15 Distretti:

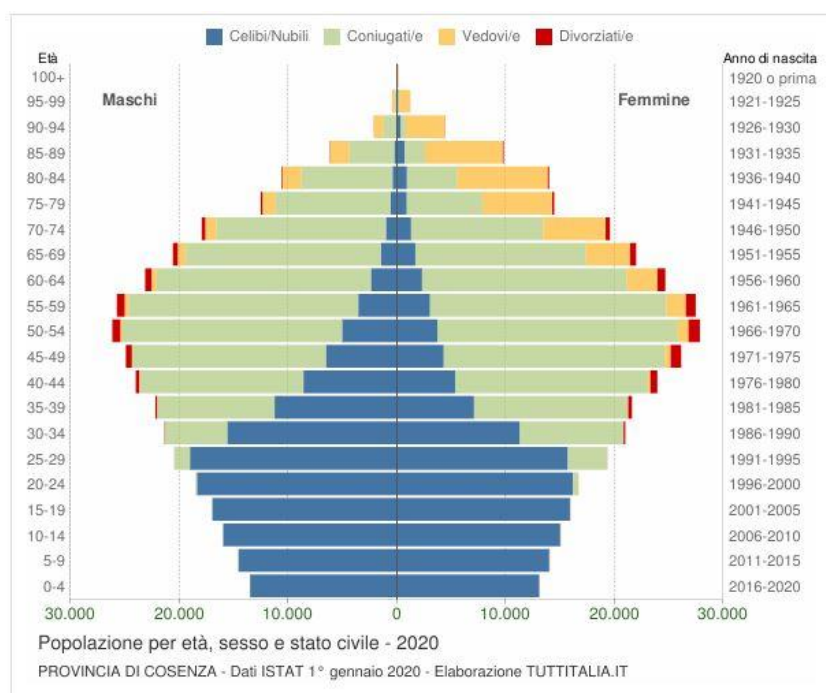
DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
	Anno 2020			
DISTRETTI	popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
1 - "TIRRENO"	132.006	33	940	87
2 - "ESARO/POLLINO"	94.235	28	1.179	67
3 - "JONIO NORD"	98.503	21	1.295	170
4 - "JONIO SUD"	68.638	14	1.350	76
5 - "VALLE CRATTI"	141.651	20	1.086	144
6 - "COSENZA/SAVUTO"	155.920	34	860	224
TOTALE DISTRETTI	690.953	150	6.710	128

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

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

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

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Cosenza per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020.



La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati. I residenti con età 0-14 anni sono 86.139, quelli con età 15-64 anni sono 448.169, quelli con 65 e più anni

sono 156.195, nell'intera azienda, con un indice di vecchiaia (popolazione $\geq$ 65 anni/giovani 0/14), per l'intera azienda pari a 181,3 anziani per ogni 100 giovani.

3.1 Contesto Interno.

Nel corso degli ultimi anni si è intrapreso il percorso per ovviare alle criticità della gestione economico-finanziaria, conseguenza dell'appesantimento dovuto alle mutate dimensioni gestionali, non ben assorbito per carenze strutturali del sistema amministrativo-contabile determinate sia dai successivi cambi al vertice della Direzione Aziendale, sia dalla carenza di chiare procedure, metodologie e tecnologie per un corretto flusso informativo, gestionale e di controllo del settore contabile e finanziario.

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 e di collegamento con gli interlocutori.

Si specifica infine che, a seguito delle dimissioni del Direttore generale all'inizio del 2019, il susseguirsi di cambi al vertice del management aziendale non ha consentito a tutt'oggi l'approvazione del bilancio d'esercizio anno 2018, né di quello dell'anno 2019. Ciò anche in considerazione delle criticità amministrativo-contabili evidenziate dalla Direzione Strategica pro-tempore.

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

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

I dati relativi al periodo precedente dimostrano che nonostante si siano registrati esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio ed all'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario, l'Azienda ha saputo riorganizzare la propria offerta e la propria azione in modo da ottenere risultati positivi in termini di efficienza compatibilmente con la disponibilità di risorse.

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

Anche il biennio 2019 e 2020, è stato caratterizzato da un lato da una scarsità di risorse complessive che hanno reso necessarie tutta una serie di azioni straordinarie di rientro, dall'altro dal recupero di efficacia necessario dal punto di vista dell'appropriatezza per mantenere livelli di assistenza coerenti con la *mission* aziendale.

A) **In relazione ai principali fatti di gestione**, in considerazione degli eventi legati all'emergenza COVID-19 che hanno caratterizzato l'anno 2020, si è ritenuto riportare l'analisi dei dati riferiti all'anno 2019, a confronto con il 2018, ed al grado di raggiungimento degli obiettivi, riservando un capitolo a parte per le analisi relative all'anno 2020.

Dall'esame dei report anno 2019, si evince quanto segue:

- a) Principali **indicatori ospedalieri** in regime ordinario anno 2019 e scostamenti rispetto all'anno 2018; dall'esame della tabella, si evince che:

- per ciò che riguarda la **degenza media**, l'andamento complessivo negli Spoke è nel senso del miglioramento dell'indicatore, in quanto nel 2019 si è ridotta dello 0,01% rispetto al 2018, mantenendosi sempre all'interno dei valori medi nazionali, nonostante le difficoltà organizzative; negli ospedali di zona disagiata il valore è invece ridotto dello 0.02 %.
 - Per ciò che concerne la percentuale di **casi chirurgici** si ha un incremento medio di 0,9% negli Spoke nel 2019 con valori inferiori rispetto alla media nazionale in quanto al disotto dal 50% in tutti i presidi;
 - Per ciò che concerne il **peso medio dei DRG** si ha negli Spoke un miglioramento dell'indicatore dello 0,05%, passando da 0,93% nel 2018 a 0,98% nel 2019, valore in linea con la media nazionale nonostante le difficoltà organizzative.
 - Il **numero complessivo dei ricoveri** è in riduzione di circa 691 casi, distribuiti negli stabilimenti di Cetraro (-657), Corigliano (-536), Castrovillari (-111) , S. Giovanni (-96); sono invece in incremento relativo nello stabilimento di Paola (+200), Aciri (+19) Rossano (+218) e Praia a Mare (+267). Per ciò che riguarda le tipologie, sono in riduzione sia i DH/DS che i ricoveri ordinari.
 - Il **tasso di occupazione** dei posti letto negli Ospedali Spoke risulta nel 2019 in riduzione, passando in media dal 79,4% del 2018 al 77,9%, con dei picchi di riduzione che riguardano maggiormente il P.O. di Cetraro -2%), Corigliano (-8,8%) e Rossano (- 4%)
 - gli **interventi per frattura di femore** sono stati nel 2019 pari a n° 134 casi a Paola (di cui soltanto 52 effettuati entro i 2 giorni dal ricovero, con un indice pari a 39%), n° 146 casi a Rossano (di cui 50 effettuati entro i 2 giorni dal ricovero, con un indice pari a 34%), n° 35 casi a Castrovillari (di cui 14 effettuati entro i 2 giorni dal ricovero, con un indice pari al 40%). La media aziendale risulta del 37,7%
 - per ciò che riguarda gli **indicatori di parto** dei reparti di Ostetricia e Ginecologia, è da segnalare che nel 2019 nel P.O. di Castrovillari vi è stata un'incidenza dei primi cesarei del 33,58% nel P.O. di Cetraro vi è stata un'incidenza dei primi cesarei del 50,45%, nel P.O. di Corigliano vi è stata un'incidenza di primi parti cesarei del 24,06%. Il dato di Cetraro è di molto al di sopra fuori sia dai valori medi nazionali che regionali, e comunque risulta chiuso da Luglio 2019.
 - per quanto riguarda l'**attività specialistica ambulatoriale** degli Ospedali, vi è da segnalare che le prestazioni sono aumentate complessivamente di 202.261 prestazioni, con un incremento in tutti i P.O. tranne che presso il P.O. di S. Giovanni in F.
 - le prestazioni **APA-PAC** si sono complessivamente ridotte nel 2019 di 2.040 prestazioni, con un decremento dei ricavi di euro 136.651; la riduzione ha riguardato maggiormente il P.O di Castrovillari (-490 casi), il P.O. di Paola, (-1.778), il P.O. di Rossano (-131).
 - per ciò che riguarda gli **accessi al Pronto soccorso** e nei Punti di Primo Intervento, c'è da registrare nel 2019 rispetto al 2018 una riduzione complessiva degli accessi di circa 2.292 casi; la riduzione riguarda i Pronto Soccorso di Castrovillari (-517), Cetraro (-963), Paola (-505), S. Giovanni in F. (-169), Trebisacce (-345), Praia a Mare (-216) e tutti i PPI.
 - anche per ciò che riguarda le **prestazioni erogate nei Pronto soccorso e PPI** si registra una riduzione complessiva di 11.113 casi.
- b) tra le principali prestazioni erogate dall'area territoriale, dall'esame dei report si evince:
- un incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Dipartimento di Salute mentale che passano da n°40.909 casi nel 2018 a n°41.279 casi nel 2019, con un decremento che riguarda i CSM del Distretto Tirreno (-952 casi) e i CSM del Distretto Ionio Nord (-847 casi).
 - Una riduzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale esterna che complessivamente corrisponde a 23.189 di casi in meno nel 2019 (1.358.818 casi) rispetto al 2018 (1.382.007 casi).



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

- c) Per le **liste di attesa** dal report, relativo al monitoraggio nazionale sui tempi di attesa e liste di attesa per le prestazioni sottoposte a monitoraggio, si evince quanto segue:
- Per le prestazioni **con classe di priorità U** (da erogare entro i 3 giorni), il dato può ritenersi soddisfacente in quanto nel 2019, su 8.742 prestazioni richieste, ne sono state soddisfatte 8.579, con una percentuale di erogato pari al 98,13%;
 - Per le prestazioni **con classe di priorità B** (da erogare entro i 10 giorni), il dato può ritenersi soddisfacente in quanto nel 2019, su 32.476 prestazioni richieste, ne sono state soddisfatte 31.124, con una percentuale di erogato pari al 95,83%;
 - Per le prestazioni **con classe di priorità D** (da erogare entro i 30 giorni), il dato è meno soddisfacente in quanto su 57.068 prestazioni richieste, ne sono state soddisfatte soltanto 38.903, con una percentuale di erogato pari al 68,16%.
 - Per le prestazioni **con classe di priorità D** (da erogare entro i 60 giorni), il dato è da ritenersi soddisfacente in quanto su 41.074 prestazioni richieste, ne sono state soddisfatte 39.479, con una percentuale di erogato pari al 96,11%.
 - Per le prestazioni **con classe di priorità P** (da erogare entro i 120 giorni), il dato è da ritenersi soddisfacente in quanto su 61.485 prestazioni richieste, ne sono state soddisfatte 54.123, con una percentuale di erogato pari all'88,02%.

Nella tabella seguente si riporta la percentuale di rispetto tempi di erogazione specialistica per classi di priorità -2019

Classe U Erogato entro 3 gg	Classe U Erogato oltre 3 gg	Classe B Erogato entro 10 gg	Classe B Erogato oltre 10 gg	Classe D Erogato entro 30 gg	Classe D Erogato oltre 30 gg	Classe D Erogato entro 60 gg	Classe D Erogato oltre 60 gg	Classe P Erogato entro 120 gg	Classe P Erogato oltre 120 gg
8.579	163	31.124	1.352	38.903	18.165	39.479	1.595	541.238	73.612
TOTALE U 8.742		TOTALE B 32.476		TOTALE D 30 gg 57.068		TOTALE D 60 gg 41.074		TOTALE P 120 gg 61.4850	
98,13% EROGATO entro 3 gg		95,83% EROGATO entro 10 gg		68,16% EROGATO entro 30 gg		96,11% EROGATO entro 60 gg		88,02% EROGATO entro 120 gg	

B) Principali fatti di gestione anno 2020 - Emergenza Covid

Nel corso dell'anno 2020, com'è noto, le attività di tutto il SSN in Italia, e quindi anche nella ASP di Cosenza, sono state prepotentemente condizionate dall'esplosione della pandemia da Coronavirus, che a partire dal mese di febbraio, ha di fatto dettato le agende delle prestazioni sanitarie da erogare.

Infatti dopo una prima esplosione dell'ondata pandemica, che si è protratta da fine febbraio fino al mese di giugno, si è registrata una parziale attenuazione, con una successiva recrudescenza che dal mese di agosto in crescendo è tutt'ora in atto, e tale situazione ha condizionato l'individuazione della Regione Calabria quale zona rossa, non solo per la diffusione del contagio, quanto anche per le carenze croniche del SSR, in particolare per la scarsa disponibilità di posti letto di terapia intensiva e per la carenza di personale sanitario medico e non medico. Tale situazione, anche per l'ASP di Cosenza, ha fortemente condizionato lo sviluppo dei programmi previsti per l'anno 2020.

Infatti, per ciò che attiene alle attività erogate nel corso dell'anno 2020, dall'esame dei dati di attività dell'ASP risultanti sui sistemi aziendali alla data del 30 settembre 2020, si fa rilevare quanto di seguito meglio specificato:

Prestazione	N° al 30/09/2019	N° al 30/09/2020	Scostamento 2020/2019	Variazione %
Ricoveri	16.685	10.755	-5.930	-35,54
Interventi chirurgici osp.	9.479	6.562	-2.917	-30,77
Specialistica ambulat. Ospedali	1.537.704	1.169.236	-368.468	-23,96
Specialistica ambulat. Distretti	1.041.248	675.429	-365.819	-35,1
Attività amb. Dip. Salute Mentale	29.957	16.724	-13.233	-44,2
Diagnostica per immagini ASP	79.469	48.965	-30.504	-38,4
Laboratorio analisi ASP	1.739.508	1.329.017	-410.491	-23,60
Attività APA-PAC	14.710	11.141	-3.569	-24,3
Emodialisi ASP	101.961	101.608	-353	-0,35
Prestazioni di Pronto soccorso e PPI	895.071	694.090	-200.981	-22,45

Dai dati riportati in tabella e rilevati dal sistema informativo di rilevazione delle attività si evince chiaramente che le prestazioni erogate dall'ASP di Cosenza nel corso dei primi 9 mesi dell'anno 2020 hanno subito un crollo rispetto allo stesso periodo dell'anno 2019.

Infatti si registra per l'ASP di Cosenza, pur tenendo conto che si tratta di dati al 3° trimestre non a consuntivo, una riduzione dei ricoveri ospedalieri di circa il -36%, degli interventi chirurgici di circa il -31%, della specialistica ambulatoriale tanto delle prestazioni erogate negli ospedali (-23,96%), che negli ambulatori distrettuali (-35%), delle prestazioni erogate dal Dipartimento di Salute Mentale del -44%, delle prestazioni di Diagnostica per immagini del -38,4%, delle prestazioni di laboratorio analisi del -23,60%, delle attività APA-PAC del -24,3% e delle prestazioni di pronto soccorso-PPI del -22,45%.

Si registra peraltro, al contrario, che soltanto le prestazioni di emodialisi non hanno subito variazioni, confermando nei dati i volumi erogati nel corso dello stesso periodo dell'anno 2019.

C) La Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria.

L'ASP di Cosenza è articolata in :

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

Macro articolazione organizzativa.

L'A.S.P di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa:

a. Distretti Sanitari:

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

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

- Distretto 5 “Valle Crati”;
- Distretto 6 “Cosenza –Savuto” con S.G.F.

b. Presidi Ospedalieri:

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

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

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere è stata rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e dell' atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017.

c. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Amministrativo/Tecnico-Logistico;

Dipartimenti/Aree Funzionali

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

d. Strutture Ospedaliere e Territoriali Accreditate:

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

e. Strutture di ricovero extraospedaliere:

- Residenzialità e semiresidenzialità Anziani;
- Residenzialità Disabili;
- Riabilitazione estensiva extraospedaliere;
- Residenzialità e semiresidenzialità Dipendenze patologiche;
- Residenzialità per persone affette da HIV/AIDS;
- Residenzialità e Semiresidenzialità Salute Mentale;

- Residenzialità e semiresidenzialità Autismo e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
- Strutture Assistenza Domiciliare;
- Assistenza territoriale residenziale e semi residenziale per minori.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera**, l'Azienda opera mediante tre Ospedali Spoke, due Ospedali di Zona disagiata, due presidi in corso di attivazione, così suddivise:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore ed Acri;
- Ospedali in corso di attivazione di Trebisacce e Praia a Mare.

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

Nel processo di riordino dell'assistenza ospedaliera, è in fase di sviluppo la rete delle Cure Primarie che rappresentano un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'**Assistenza Primaria**, con l'obiettivo di una presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine di diminuire progressivamente il loro spostamento fra le strutture e favorire la possibilità del loro mantenimento al domicilio attraverso le dimissioni protette.

A tal fine è in programma lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT) che rappresentano una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini con le peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio, contraddistinte dalla compresenza di aree a forte urbanizzazione, di aree extraurbane e di aree rurali a bassa densità abitativa. Lo scopo è quello di costruire una piattaforma sperimentale, assistenziale sul modello UCCP (Unità Complessa Cure Primarie) da allocare nei CAPT (Centri di Assistenza Primaria Territoriali). L'Azienda tende a sviluppare, in modo uniforme e omogeneo, l'**Assistenza Domiciliare Integrata** con l'Assistenza Sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina Generale dovrà ricoprire un ruolo centrale. In quest'ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 (con una soglia minima LEA $\geq$ al 1.8 %) di pazienti over 65 in ADI. Al fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità (DPGR n° 12/2011 "*Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*") è impegno dell'ASP garantire l'Assistenza residenziale e semiresidenziale il cui accesso è riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci previa valutazione multidisciplinare (UVM). A detto organismo è conferito il compito di predisporre i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVM, deve dunque garantire la necessaria multi-professionalità e l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale). Le diverse attività non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi "protetti", si collocano nella **Specialistica di II° livello** da eseguirsi in ambito ospedaliero. I distretti dovranno, dunque, condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le altre strutture accreditate per il livello ospedaliero, adeguate e condivise procedure di tutte le fasi assistenziali e di integrazione tra le risorse professionali per un percorso organizzativo comune (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – PDTA).

3.2 Analisi del contesto interno.

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

- 1) organizzazione;
- 2) risorse strumentali ed economiche;

- 3) risorse umane;
- 4) "salute finanziaria".

Dal punto di vista operativo, diventa ancora piu' importante, in questa fase, da una parte colmare quel ritardo di regolamentazione interna che costituisce una cronica criticità aziendale e sul quale si è lavorato, con notevoli difficoltà, nel corso dell'anno, e contemporaneamente dall'altra adeguare al nuovo assetto organizzativo le analisi, i processi ed i procedimenti, nonché le misure individuate, in modo da contribuire alla definizione della regolamentazione che dovrà sostenere l'attuazione dell'Atto Aziendale, con le conseguenti modifiche dell'assetto organizzativo e gestionale.

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



La struttura organizzativa aziendale è attualmente in corso di rimodulazione per la riorganizzazione necessaria in applicazione dell'atto aziendale che è rimasta incompiuta, ovvero la revisione dello stesso.

La sfida che si intende affrontare, è quella di potenziare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo "virtuoso" di arricchimento in *progress* del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente.

Per quanto riguarda il personale oltre il 70% di quello dipendente ha un'età uguale o superiore a 50 anni, per il resto la carenza di personale medico e del comparto, nonché di personale amministrativo adeguato, condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.

3.3 Il Contesto Normativo specifico di riferimento.

I riferimenti normativi principali attraverso i quali è stato redatto questo Piano della Performance, sono contenuti in alcuni articoli del titolo 1 del Decreto 150/09 che ne delineano le modalità di redazione e le finalità.

In particolare:

- l'art. 5, al comma 1, statuisce che *"gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici...."*;
- l'art. 10 al comma 1 punto a), stabilisce che le Amministrazioni redigano, annualmente entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- l'art. 10 al comma 3, stabilisce che eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance;
- L'art. 11, comma 8, stabilisce che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale il Piano stesso;
- l'art. 15, alle lettere a e b del comma 2, definisce la responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo nella emanazione di *"Direttive generali contenenti gli indirizzi strategici"* e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, del Piano delle Performance;

Altri riferimenti normativi:

- la delibera Civit n. 112/2010, con cui la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, fornisce istruzioni operative su *"Struttura e modalità di redazione del Piano della performance"* (art.10, co. 1, lett. a, del D.lgs. 27/10/2009, n. 150), documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- il D. Lgs. 1 agosto 2011, n. 141, avente ad oggetto *"Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3 della legge 4 marzo 2009, n. 15"*;
- la legge regionale 03 febbraio 2012 n.3 riguardante *"Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Pubblica Amministrazione Regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n° 150"*;
- il decreto n° 3957 del 27 marzo 2012, del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, dott. Antonino Orlando con il quale sono state approvate le *"linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel S.S.R."*;
- il D.Lgs. 33 del 14/03/2013 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni"*;
- Il D. Lgs. N° 97 del 25 maggio 2016 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* (G.U. 8 giugno 2016, n. 132).

3.4 Le Risorse Umane.

Come si è già avuto modo di evidenziare precedentemente, questa ASP, negli ultimi anni, è stata impegnata in un piano di riassetto organizzativo aziendale, scandito dall'adozione di numerosi Provvedimenti..

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

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

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

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

Allo stato non è possibile assistere al crescente depauperamento degli organici, a danno di servizi che, pur in carenza dei previsti requisiti organizzativi, devono comunque garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e prestazioni indifferibili per l'attività delle strutture aziendali, a cui nel corso dell'anno 2020 si sono aggiunte le attività impreviste collegate all'emergenza Coronavirus.

Pertanto, si rende necessario ed urgente un investimento razionale e programmato della spesa del personale su nuove assunzioni, nonché alla completa attuazione del processo di stabilizzazione che, oltre ad apportare un beneficio in termini di ingresso di nuove risorse nelle Unità Operative più carenti, contribuirà a riqualificare l'Assistenza Sanitaria in termini prestazionali e di interventi di qualità diretti al malato, nonché a rispettare la normativa vigente in materia di turnazioni del personale (L. 30 ottobre 2014, n. 161 "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis"). Per tali finalità l'ASP di Cosenza, secondo le di indirizzo del D.M. 08/05/2018, applicando la metodologia di calcolo le linee guida del DCA n° 192/2019, in coerenza con il DCA n° 64/2016 e dell'atto aziendale, ha adottato il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2020/2022, con delibera n° 680 del 12/08/2020 a cui si rimanda.

La ristrettezza dei margini operativi richiede una revisione della politica di gestione del personale, con una rivisitazione della dotazione organica per Unità operative coerente con l'assetto organizzativo dell'atto aziendale, e con il ripristino dei requisiti organizzativi minimi.

4. L'Analisi Swot.

Punti di forza	Punti di debolezza
1. Prosecuzione del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale secondo gli indirizzi della Regione. 2. Riequilibrio economico, conseguito attraverso interventi di: - efficienza della spesa per beni e servizi (centralizzazione degli acquisti e gare consorziate); - efficienza e razionalizzazione della spesa, attraverso sistemi metodologici concernenti i tetti di spesa per attività di erogazione diretta ed indiretta (strutture aziendali e/o convenzionate); - contenimento della spesa per il personale, quale conseguenza del blocco del turnover e della razionale riorganizzazione aziendale. 3. Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale secondo il DCA n° 65/2020. 4. Piena consapevolezza della Dirigenza sulla necessità della riorganizzazione dei servizi. 5. Forte motivazione alla partecipazione a progetti interdisciplinari. 6. Sblocco parziale del turnover per il personale. 7. Disponibilità Atto aziendale approvato. 8. Possibilità di rimodulare l'atto aziendale ASP da parte del Commissario straordinario. 9. Implementazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza	1. Dotazione organica carente e non adeguata ai requisiti minimi organizzativi previsti; 2. Resistenza al cambiamento da parte delle risorse umane. 3. Mobilità passiva extraregionale ed intra in aumento; 4. Sistema aziendale informativo ed informatico non ancora adeguato alle esigenze aziendali ed implementazione della contabilità analitica soggetta al nuovo sistema informativo regionale (SEC-SISR). 5. Tempi ristretti per la realizzazione dei cronogrammi di attuazione definiti e ridefiniti con il piano di rientro. 6. Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio che rallentano il cambiamento. 7. Incompleto e/o lento adeguamento delle attrezzature informatiche e sanitarie alle esigenze emergenti. 8. Lenta adesione delle strutture alla normativa relativa alla trasparenza ed all'integrità di cui al D.Lgs. n. 33/2013. 9. Indicatori di attività non sempre in linea con bmk. 10. Difficoltà nel reperire professionalità mediche adeguate alle esigenze operative ed organizzative. 11. Ritardo nell'attuazione e realizzazione delle UCCP e delle AFT territoriali. 12. Difficoltà nel reperire fondi finalizzati alla realizzazione del piano di investimenti programmato dalla ASP ai fini della completa realizzazione del atto aziendale.
Opportunità	Minacce
1) Crescita professionale e culturale degli operatori attraverso la partecipazione a progetti multidisciplinari e ad eventi formativi mirati all'acquisizione di nuove metodologie e strumenti di lavoro; 2) Le azioni mirate alla riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, inerenti misure di miglioramento. 3) innovazione del sistema organizzativo; 4) miglioramento della performance e della qualità dell'offerta sanitaria; 5) sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali (PDTA) coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; 6) innovazione di condotte organizzative gestionali finalizzate a nuovi processi di valutazione. 7) Introduzione del sistema informativo SEC-SISR regionale. 8) Obblighi all'adeguamento normativo per provvedimenti nazionali e regionali, e condivisione azioni con il Dipartimento Sanità e la Struttura Commissariale, quali l'attuazione dei PAC per la certificazione dei bilanci. 9) Implementazione del sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Legge 190/2012. 10) Implementazione del sistema di gestione della privacy;	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; 2. Mancata attuazione dei percorsi di innovazione in termini di performance aziendale per scarsa compliance operatori. 3. Resistenze delle categorie portatrici di interesse agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda. 4. Mancata o insufficiente attività di formazione degli Operatori allo svolgimento di nuove attività e prestazioni; 5. limitatezza e lentezza della innovazione tecnologica; 6. Esposizione a comportamenti poco trasparenti a rischio corruzione, derivanti da condizionamenti esterni e/o interni. 7. Non completa implementazione dell'attività di mappatura del rischio ed individuazione relative misure di cui la Legge 190/2012. 8. Riduzione quote offerta sanitaria pubblica a vantaggio dei privati accreditati. 9. Carenza di risorse economiche ed investimenti adeguati da parte del livello regionale per l'adeguamento della rete ospedaliera al DCA n° 64/2016 e territoriale. 10. Mobilità passiva extraregionale in aumento; 11. Gestione della Pandemia covid che limita e/o condiziona le attività ordinarie.

5. Le Risorse Finanziarie.

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone, per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione", appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi. L'Azienda ha pertanto provveduto a disporre delle necessarie risorse con l'approvazione del Bilancio di Previsione per l'anno 2021, con delibera n.32 del 21/01/2021, alla quale si rimanda per i dettagli della parte economica e patrimoniale.

6. Il Piano di Sviluppo Triennale.

6.a. Attività

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

Punti cardine sono:

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

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

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

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

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

6.b. Adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza.

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

Il comparto disciplinare in materia è stato completato dai seguenti principali decreti attuativi:

il D.Lgs. n° 33 del 14 marzo 2013 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, entrato in vigore il 20 aprile 2013, modificato ed integrato dal D.Lgs n° 97 del 25 maggio 2016 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*, il quale pone in capo alle PP.AA. specifici obblighi di pubblicazione sui propri siti informatici per le attività amministrative di competenza;

il D.Lgs. n° 39 dell'8 aprile 2013 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n° 190"*, entrato in vigore il 4 maggio 2013, che disciplina le cause di inconferibilità e incompatibilità degli esponenti della P.A., e delle entità privatistiche partecipate (con Delibera ANAC n° 149 del 22 dicembre 2014 è stato peraltro chiarito che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario);

il Decreto del Presidente della Repubblica n° 62 del 16 aprile 2013 (*Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, approvato in attuazione dell'art. 54 del d.lgs. n° 165 del 2001, come sostituito dalla legge n° 190/2012*).

In attuazione della legge 190/2012, con Delibera dell'ANAC (ex C.I.V.I.T.) n° 72 dell'11 settembre 2013, è stato altresì adottato il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), aggiornato, e la cui funzione principale è quella di assicurare l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, elaborate a livello nazionale e internazionale, prevedendo l'adozione di specifiche azioni e misure finalizzate alla prevenzione della corruzione. Il Piano è stato successivamente adottato con cadenza periodica. Il Piano attualmente in vigore è quello adottato con Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 – PNA 2019

In attuazione delle disposizioni sopracitate questa ASP con Delibera del D.G. n° 207 del 30/01/2014 si è dotata del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2014-2016, aggiornato con delibera n° 245 del 28/01/2015, con delibera n° 26 del 29/01/2016, con delibera n. 101 del 31/01/2017, con delibera n. 161 del 31/01/2018, con delibera n. 62 del 31/01/2019 e con delibera n. 145 del 30/01/2020 pubblicati sul sito dell'ASP di Cosenza

http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=programma_trasparenza_integrita contenente le attività, le aree a rischio, i rischi specifici, le misure obbligatorie da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici.

La stessa programmazione è stata definita ed approvata per la Trasparenza, con l'adozione del Piano Triennale per la Trasparenza negli anni 2014 (Delibera 206 del 30/01/2014) 2015 (Delibera n° 247 del 28/01/2015). Dall'anno 2016 il Piano della Trasparenza è diventato parte integrante del PNA per come previsto dall'aggiornamento normativo.

L'ASP di Cosenza si è altresì dotata di un Codice di comportamento con Delibera del Direttore Generale n°3374 del 15/12/2013. La programmazione sopra indicata è stata portata avanti negli anni, con l'approvazione delle diverse misure obbligatorie, primariamente la misura relativa alla trasparenza, con l'allestimento ed aggiornamento del sito aziendale www.asp.cosenza.it, l'adozione della Policy sul



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Wistleblowing, la formazione generale del personale sulle tematiche relative all'etica ed alla legalità e la formazione specifica destinata ai Responsabili e ai dipendenti operanti nelle aree a rischio, la individuazione delle aree a rischio e la mappatura dei processi. Si è poi aperta la discussione per la individuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione, sia obbligatorie che ulteriori, ed in particolare della misura relativa alla rotazione del personale.

Nel corso dell'anno 2016, in considerazione della prevista scadenza, a seguito di avviso pubblico, è stato nominato un nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione (del. 1614 del 6 ottobre 2016) e della trasparenza (del. 1776 del 10/11/2016), tenendo conto anche delle indicazioni contenute nella Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 - Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e nella Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 – Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016.

L'impegno della Direzione strategica dell'ASP di Cosenza, anche per il triennio 2021 - 2023 sarà quello di favorire in ogni modo la corretta e completa applicazione delle indicazioni specifiche fornite dal PNA e delle misure previste nel relativo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione di competenza, in costante soluzione, affinamento e miglioramento, concretamente attuabili con gli opportuni adattamenti di contesto e con gli strumenti disponibili, con lo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto di eventuali fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo.

In particolare, questa ASP si pone quale obiettivo strategico di medio-lungo termine quello di innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario aziendale, a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative in cui si articola.

Per realizzare questi obiettivi, saranno necessari interventi tra loro correlati e complementari, sul piano generale e trasversale, realizzando le misure del PTPCT che hanno un riferimento normativo e regolamentare e sul piano specifico, realizzando le misure di prevenzione proprie di ogni area di rischio. La realizzazione di tali interventi richiede un supporto formativo, soprattutto sul RPC e, a cascata, su tutti coloro che intervengono nei processi di costruzione ed attuazione delle azioni dei PTPC. Ciò affinché tutti i soggetti siano in grado di realizzare al meglio le misure e le indicazioni contenute nel PNA, per come recepite dal PTPCT, attraverso la realizzazione degli obiettivi previsti, per realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione, e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

E' stato approvato in via definitiva l'aggiornamento del codice di comportamento aziendale al fine di renderlo coerente con le disposizioni normative di cui alla deliberazione ANAC n° 177 del 19/02/2020.

7. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

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

7.1 Ambiti di Valutazione:

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

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

7.2 Criteri e Scale di valutazione.

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

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

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

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

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

procedura: ruoli di responsabilità e di supporto; 2) di individuazione e valutazione delle competenze organizzative: funzione Risorse Umane e OIV; 3) di valutazione dei meriti individuali: fasi e attori.

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

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

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

* Legenda:

R = Regione;

DG = Direttore Generale;

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

I = Individuo;

CG = Controllo di Gestione o Programmazione e Controllo;

RU = Risorse Umane;

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

OO.SS. = Sindacato o RSU;

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

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

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

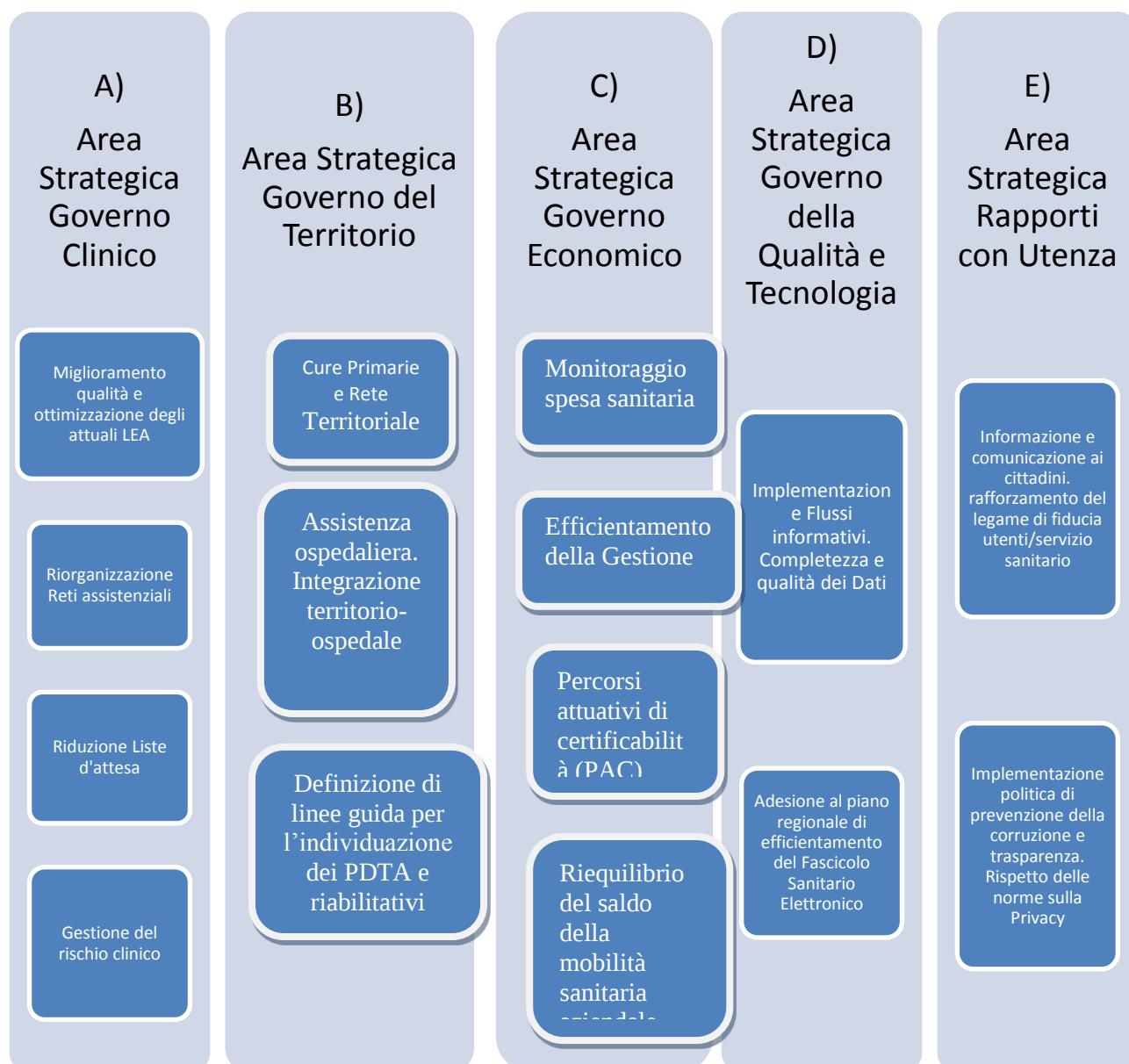
3	FASI/ATTORI*	R	DG	DS	I	CG	RU**	NV-OIV	OO.SS.	TEMPI (ENTRO)
	1. Definizione scheda di valutazione		☐				■		☐	
	2. Compilazione scheda di valutazione			☐			■			Giugno
	3. Pesatura obiettivi competenze		■	☐						
	4. Verifica di benchmark schede						☐	■		
	5. Colloquio su scheda			■	☐					
	6. Valutazione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

8. Albero della Performance.

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

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





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



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

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

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

a. Collegamento degli obiettivi con le risorse.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio. Gli obiettivi operativi sono definiti ed assegnati sulla base degli obiettivi strategici indicati nella relazione del Direttore Generale in relazione alle risorse disponibili, previste dalla programmazione economica aziendale nel Bilancio di Previsione redatto dalla

competente struttura Programmazione Economica e Finanziaria sulla base della normativa vigente, del riparto del FSR e delle indicazioni regionali.

Dunque, gli obiettivi per la misurazione della performance operativa sono assegnati sulla base degli obiettivi strategici regionali e del Direttore generale, e correlati alle risorse disponibili. La Struttura Programmazione e Controllo, sulla base delle previsioni di spesa per conto economico individuate nei conti economici del bilancio di previsione, ed in relazione alla disponibilità ed attendibilità dei dati analitici derivanti dal sistema di Contabilità Analitica, esplicita i criteri di assegnazione degli obiettivi operativi, mentre la individuazione degli obiettivi e delle risorse per CDR viene definita nel Comitato di Budget e/o dal Direttore Generale.

b. Monitoraggio in corso di esercizio.

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

c. Meccanismi di retroazione.

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

d. Misurazione e Valutazione della performance.

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

e. Collegamento con il sistema premiante.

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

f. Rendicontazione.

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

g. Procedure di conciliazione.

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

9. Linee Programmatiche ASP

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

- Proseguire nel processo di riorganizzazione aziendale, con l'attribuzione formale delle funzioni dirigenziali sanitarie e tecnico-amministrative, nonché individuazione di compiti e responsabilità nell'area del comparto, secondo l'atto aziendale e le disposizioni del Commissario ad Acta e del Dipartimento salute;
- Ridurre/Eliminare le carenze e le criticità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- Riordinare l'assistenza ospedaliera, territoriale e potenziamento dell'emergenza/urgenza secondo le indicazioni ed il Piano definito con il livello regionale;
- Ridefinire il fabbisogno di personale nel periodo di riferimento in relazione alle mutate esigenze organizzative dell'ASP e ricostituire al minimo funzionale le dotazioni organiche della dirigenza medica e del comparto, sempre a seguito della **corretta attribuzione all'ASP, da parte del livello regionale, di risorse umane e tecnologiche** nel rispetto dei requisiti minimi organizzativi previsti dalle normative vigenti;
- Contenere ed abbattere le liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale secondo il piano predisposto dall'ASP;
- Razionalizzare e ridurre la spesa farmaceutica perseguendo le indicazioni ministeriali e regionali;
- Ridurre la mobilità sanitaria extraregionale, attraverso un incremento della attrazione qualitativa;
- Migliorare ed ottimizzare l'assistenza agli anziani ed ai disabili, l'integrazione ospedale territorio e l'assistenza domiciliare;
- Migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
- Gestire la carenza e la mobilità del personale;
- Implementare il sistema di programmazione e controllo implementando il processo di misurazione delle performance per CDR.
- Implementare e ottimizzare il sistema di valutazione del personale.
- Implementare il sistema di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza attraverso una sempre migliore sinergia tra le azioni definite nel Piano Triennale della Prevenzione Corruzione, ed il Piano delle Performance dell'ASP di Cosenza;
- Definire la ricognizione dei beni mobili ed immobili.
- Monitorare e rendicontare le prestazioni rese a stranieri Temporaneamente presenti (STP) e stranieri che a qualsiasi titolo usufruiscono di prestazioni sanitarie soggette a recupero dei crediti per rimborso da parte del Ministero dell'Interno o delle Nazioni di provenienza.
- Razionalizzare del personale;
- Migliorare la performance aziendale e delle singole strutture;
- Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza;
- Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
- Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intra - aziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;

9.1) *Obiettivi Strategici Aziendali per l'anno 2021.*

Anche per il 2021 gli obiettivi aziendali tengono conto delle indicazioni impartite alle Pubbliche Amministrazioni, tramite le leggi finanziarie e le indicazioni ricevute dalla Regione Calabria che prevedono il raggiungimento del pareggio di bilancio, che nella presente si riferisce all'arco temporale del triennio ed il contenimento di alcune voci di spesa ed in particolare:

- a. Rispetto della spesa del personale avendo come riferimento i limiti economici definiti dalle disposizioni nazionali e regionali.
- b. Rispetto delle indicazioni relative al contenimento degli aggregati di spesa;
- c. Il rinvio alla normativa vigente, nelle more della determinazione degli specifici obiettivi di contenimento da parte della Regione, in ordine alla contrazione dei costi dei prodotti farmaceutici, dei presidi sanitari e protesici e della spesa farmaceutica;

L'osservanza di queste disposizioni in presenza di rilevanti difficoltà legate a fattori esogeni, come ad esempio l'invecchiamento della popolazione ed il relativo aumento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate e delle limitate risorse disponibili, ha comportato anche per il 2021 la necessità di determinare obiettivi secondo criteri di contenimento e razionalizzazione della spesa, nonché il proseguimento di azioni o l'individuazione di nuovi strumenti di gestione esposti di seguito. E' da tenere presente che anche per il 2021 le azioni saranno condizionate dalla gestione della emergenza pandemica.

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

1. Attuazione del D.lgs. N° 118/2011, con perseguimento del rispetto dei tempi di pagamento dell'Azienda nei confronti dei soggetti creditori.
2. 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.
3. Razionalizzazione e monitoraggio della spesa;
4. Miglioramento degli indicatori di performance relativi alla qualità ed esiti delle cure in generale e delle aree di ortopedia, di chirurgia generale, di cardiologia e di ginecologia, in particolare.
5. Favorire lo sviluppo di una riorganizzazione delle reti assistenziali per intensità di cure.
6. Favorire lo sviluppo delle reti assistenziali per patologia attraverso la riorganizzazione e qualificazione del personale.
7. Favorire l'allineamento, in termini di utilizzo e spesa dei farmaci, ai livelli medi nazionali (mediante l'implementazione di strumenti di appropriatezza definiti e revisione prezzi di acquisto).
8. Incrementare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per incrementare la sicurezza (qualità, sicurezza e rischio clinico).
9. Aggiornamento dell'inventario delle attrezzature tecnologiche presenti in azienda, nonché gestione del patrimonio immobiliare;
10. Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale, secondo le indicazioni regionali;
11. Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti, con rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare di quelle ambulatoriali, attraverso l'ottimizzazione dei processi non solo in ottica aziendale, ma anche in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area, nonostante la riduzione delle risorse, ma senza incidere sui servizi ai cittadini.
12. Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale, sia fuori Regione che all'interno della stessa Regione Calabria .

13. Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DCA n°88 del 23/05/2019 e s.m.i., dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
 14. Utilizzo di risorse vincolate;
 15. 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".
 16. Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
 17. Definizione di linee guida/protocolli per l'individuazione dei PDTA e riabilitativi anche, tra l'altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
 18. 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.
 19. Definizione dei percorsi per la gestione e l'organizzazione delle Aree funzionali, integrati con le strategie e gli obiettivi definiti per i CDR di I° e II° livello.
 20. 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.
 21. Favorire lo sviluppo della qualità nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale attraverso la formazione e la qualificazione del personale;
 22. Implementazione della politica di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso la definizione e l'attuazione di un PTPCT che sia sempre più integrato con il Piano delle Performance.
 23. Ulteriore impulso alla razionalizzazione degli acquisti con attività dirette a rendere efficiente la gestione dei magazzini all'interno dell'ASP.
 24. Adesione al piano di accelerazione ed efficientamento del fascicolo sanitario a seguito della messa a disposizione da parte della Regione delle infrastrutture e delle banche dati.
 25. Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali, pur in presenza di una riduzione complessiva delle risorse.
 26. Monitoraggio degli eventi sentinella.
 27. 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.
 28. Mantenimento dei volumi complessivi di attività nel settore dell'integrazione socio-sanitaria, pur in presenza di una complessiva riduzione delle risorse, potenziando in particolare le cure domiciliari, le cure palliative ed il controllo di appropriatezza dell'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- Compatibilmente con le risorse disponibili, l'Azienda ha predisposto un piano di sviluppo che consentirà di porre in essere gli interventi straordinari previsti soprattutto riguardo al progetto di adeguamento strutturale e tecnologico di varie strutture per le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi di razionalizzazione, potenziamento e miglioramento quali-quantitativo dei servizi offerti dalla rete dell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

9.2) Obiettivi Aziendali del Commissario Straordinario

Gli obiettivi individuati nel corso dell'anno 2020 sono da ritenersi ancora validi e da perseguire per l'anno 2021 in quanto obiettivi di medio-lungo periodo e per continuità amministrativa. Ciò anche ai fini della valutazione dei Dirigenti, in quanto il raggiungimento degli stessi è condizione propedeutica all'avvio della misurazione e successiva valutazione della performance organizzativa per le singole strutture interessate.

Il Commissario straordinario, nominato con DCA n° 5/2021 ed insediatosi con delibera n° 34 del 21/01/2021 si riserva, nel corso dell'anno, di integrare e/o rimodulare gli obiettivi indicati, in ragione delle specifiche criticità emergenti e/o riscontrate.

Gli indicatori sono riportati nella allegata tabella (Allegato C).

9.3) Strumenti Gestionali e le Azioni Intraprese

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dal livello regionale sono da ritenersi quali prioritari ai fini della valutazione dei Dirigenti, in quanto il raggiungimento degli stessi è condizione propedeutica all'avvio della misurazione e successiva valutazione della performance organizzativa per le singole strutture interessate. Per raggiungere tali obiettivi in presenza dell'attuale scenario e delle condizioni precedentemente indicate, l'Azienda ha programmato la prosecuzione del piano di razionalizzazione e sviluppo già avviato negli anni precedenti contenente azioni riguardanti i seguenti aspetti:

1. Rivisitazione e rimodulazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie, attraverso l'ottimizzazione dei processi in maniera integrata con le altre Aziende pubbliche e private dell'area;
2. Reingegnerizzazione di alcuni processi aziendali;
3. Efficientamento;

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

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

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

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

Le azioni gestionali di riorganizzazione delle attività e di efficientamento individuate da questa Azienda Sanitaria potranno consentire contenimento della spesa rispetto al bilancio dell'anno precedente.

A supporto delle attività di programmazione e delle attività di monitoraggio della Direzione strategica sono anche da segnalare tutte le misure inserite dal RPCT, nel Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, approvato con delibera n° 145 del 30/01/2020 che prevede la individuazione dei procedimenti amministrativi, la mappatura delle aree a rischio di corruzione o malagestione, le procedure per migliorare la gestione delle attività, ecc. con conseguente sviluppo nel corso dell'anno, così come per gli anni precedenti, delle relative procedure e misure, da applicare da parte delle singole strutture interessate per migliorare i servizi, razionalizzare le risorse, e migliorare la trasparenza nella pubblica Amministrazione.

10. Direttiva di Budget Anno 2021.

L'Azienda anche per l'anno 2021 si pone come obiettivo qualificante quello di continuare ad implementare l'attuazione del ciclo della performance e del sistema di budget introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l'obiettivo di correggere le penalizzazioni esistenti in determinati settori di assistenza.

Gli obiettivi e le attività definiti nel Piano attuativo e dettagliato nel Piano delle performance, saranno trasferiti annualmente alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di negoziazione degli obiettivi operativi che, attivato nel corso del 2013, dovrà essere ulteriormente implementato nel 2021 con il coinvolgimento a tutti i livelli e miglioramento della reportistica mediante attivazione della gestione informatizzata della scheda di budget e della misurazione.

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

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

- livello aziendale: si tratta dell'insieme degli obiettivi di budget, ed è determinato dalla somma delle misurazioni delle performance relative alle macro-articolazioni organizzative, compresi gli organismi di staff;
- livello macroarticolazione organizzativa (macrostruttura/dipartimento): con tale termine ci si riferisce ad un'aggregazione di strutture complesse autonome coordinate da un responsabile (per es. Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto - CdR I° livello). Il budget operativo di CdR di livello I° è definito dall'insieme degli obiettivi delle unità operative afferenti alla macroarticolazione, integrata dagli obiettivi/progetti gestiti direttamente dal livello superiore;
- livello di struttura complessa autonoma o semplice dipartimentale: rappresenta un livello di responsabilità subordinato (CdR II° livello). Il CdR di livello II° rappresenta il livello più analitico rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di budget (per es. Reparto, Servizio, Unità Operativa) nella ASP di Cosenza.

Il processo di budget ed il ciclo della performance si avvia annualmente solo a seguito di approvazione, da parte della Direzione Strategica, del Bilancio consuntivo dell'anno precedente, e della validazione dei dati a consuntivo di Contabilità Analitica da parte della struttura gestione risorse economiche e finanziarie; il processo di budget anno 2021 sarà articolato nei Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello (per ogni struttura dovrà essere predisposto una scheda analitica di obiettivi per C.d.R.), per come di seguito specificato:

1. Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

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

2. Budget Area Territoriale:

- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Nord;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Sud;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Tirreno
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Pollino/Esaro;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Valle Crati;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Cosenza;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Centrale Operativa SUEM/118;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Strutture complesse interdistrettuali;
- Budget II° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali sotto – ordinate da parte del I° livello, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

3. Budget Area Ospedaliera:

- Budget I° livello: Negoziazione con le Direzioni mediche degli Spoke/Presidi ospedalieri;
- Budget I° livello: Negoziazione con le strutture complesse e semplici dipartimentali presenti nella macrostruttura, in condivisione con la rispettiva Direzione medica, e con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

4. Budget Dipartimenti Strutturale di Salute Mentale:

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

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

- **Budget strutture operative di supporto:** negoziazione di obiettivi da parte del Direttore Generale con le strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti allo staff.
- **Budget Dipartimento amministrativo e tecnico-logistico:**
- Budget I° Livello: negoziazione con la Direzione del Dipartimento Amministrativo da parte della Direzione Amministrativa e con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.
- Budget II° livello: Negoziazione, da parte del Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico, con le Strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti allo stesso, con il supporto della UOC Programmazione e Controllo.

6. Dipartimenti Funzionali:

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

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

- La condivisione con le strutture sotto ordinate, da parte dei Responsabili dei singoli CDR, degli obiettivi negoziati;
- L'assegnazione di obiettivi individuali, da parte del responsabile CDR, ai singoli Dirigenti afferenti al CDR.

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

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

11. 1° LIVELLO: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

11.1 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 "prevenzione collettiva e sanità pubblica". Le prestazioni e le attività che il Dipartimento deve erogare sono quelle indicate nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e nei provvedimenti regionali attuativi, 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 2019-2020;
- Mantenimento/miglioramento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2019/2020;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
- Contenimento, per il 2021, dei costi del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2019/2020, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente e razionalizzazione della spesa;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

11.2) Obiettivi specifici:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/1172001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, come il PRP 2018/2020, o in via di adozione, relativamente ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, stabiliscono la necessità di produrre programmi e piani di lavoro caratterizzati dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2021, ed erogare le relative attività.

Al fine di recepire, organizzare e programmare la gestione a livello locale del PRP, il Dipartimento di prevenzione e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 12 gennaio 2017, dovrà contribuire al perseguimento degli obiettivi specifici indicati nel Piano di Prevenzione Aziendale, in gran parte sovrapponibili agli obiettivi LEA già individuati per l'anno 2020, relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione, meglio specificati nel piano delle performance 2021, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting.

L'Azienda nel corso dell'anno 2020 ha erogato principalmente le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in considerazione delle risorse a disposizione, e le attività sono state fortemente condizionate dall'espandersi dell'epidemia da Coronavirus che, dal mese di febbraio 2020 ha impegnato il Dipartimento di Prevenzione in primo piano nelle attività di contrasto alla diffusione sul territorio.

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

12. II° LIVELLO: ASSISTENZA DISTRETTUALE:

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

12.1) 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.

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

- Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione e messa a regime dei PL delle RSA pubbliche individuate nei CAPT, Case della salute, etc..) mediante la realizzazione dell' "integrazione Ospedale-Territorio".
- Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività.
- Contenimento del tasso di crescita della spesa farmaceutica rispetto ai valori degli anni precedenti (mediante protocolli operativi con i MMG, controllo appropriatezza prescrittiva, ecc.) la distribuzione diretta di farmaci e presidi particolarmente costosi, controllo dell'appropriatezza prescrittiva, prescrizione dei farmaci generici;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale e dell'emergenza entro i tempi stabiliti dai relativi piani regionali e aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.)
- Mantenimento/miglioramento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2019 (l'anno 2020 è stato condizionato dal Covid);
- Mantenimento/miglioramento dei costi registrati nel 2019-2020 dai Distretti sanitari e comunque tendenza ad equilibrio di bilancio;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;

- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda e riduzione tempi di attesa;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Ottimizzazione delle attività in regime diurno e di ricovero;
- Verifica appropriatezza delle prestazioni erogate;

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

12.2) Obiettivi specifici

Il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2021, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il piano delle performance ed il relativo processo di Budgeting, e di seguito elencati in sintesi:

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

12.3) Rete territoriale

Nell'ambito del processo di riqualificazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale il Commissario ad ACTA per il PdR con l'adozione del programma operativo 2019/2021 ha individuato, tra l'altro, l'obiettivo di rafforzamento e riqualificazione dei servizi territoriali, adottando il DCA n° 65/2020. L'ASP di Cosenza, con deliberazione n° 673 del 10/08/2020, ha provveduto alla riorganizzazione della rete territoriale in coerenza con le disposizioni regionali.

Il Distretto deve costituire il centro di governo oltre che di organizzazione e di erogazione dei servizi, il polo di integrazione sanitaria e socio/sanitaria, il punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari e sociosanitari dell'azienda. Esso assume quindi il ruolo di committenza e quindi di valutazione e di gestione dei servizi territoriali (ruolo di produzione) e dovrà puntare sulla presa in carico dei pazienti e sull'implementazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) che nella loro funzione di front-office, raccoglie le istanze dei cittadini, mentre nella funzione di back-office gestisce e valuta le richieste di accessi

ai servizi territoriali e funge da anello di congiunzione con la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Un ruolo centrale è quello delle cure primarie che, riorganizzate per AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), garantiscono la continuità dell'assistenza h 12/24, nonché l'integrazione interprofessionale e organizzativa multiprofessionale tra i MMG all'interno del complessivo sistema delle cure primarie, i PLS e gli specialisti.

Il Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale sarà perseguito anche attraverso lo sviluppo dei percorsi assistenziali a livello distrettuale. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

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

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

Il Distretto, nel rispetto del proprio ruolo e comunque in un contesto non semplice in quanto anch'esso in corso di riorganizzazione, assicura l'erogazione di tutte le attività comprese nei LEA compreso il monitoraggio ed il controllo delle attività distrettuali.

Per la realizzazione efficace degli sportelli unici si è resa necessaria la costruzione di una rete informatica che ha richiesto una forte innovazione tecnologica a sostegno di modalità di accesso semplificate, uniformi e trasparenti.

12.4) Servizio Urgenza Emergenza Medica (SUEM)

Per il SUEM, oltre alle postazioni già attive, si perseguirà l'obiettivo già previsto nel 2020 non realizzato per carenza di risorse umane, dell'attivazione di ulteriori **tre postazioni di 118**, in applicazione del decreto regionale sulla rete emergenza.

L'attivazione delle tre postazioni richiede la disponibilità di personale medico, infermieristico e di autisti di ambulanze (6 medici, 6 infermieri, 6 autisti per postazione) da aggiungersi alle figure tutt'ora carenti nelle postazioni già attive. **Per l'anno 2021 dovranno essere previsti corsi di formazione avanzati e obbligatori per tutto il personale afferente alla rete dell'emergenza-urgenza.**

Nella gestione delle emergenze generate dall'Epidemia da COVID-19, considerata la presenza capillare del 118 sul territorio provinciale si è scelto di impiegare sin dall'inizio della pandemia e fino a tutt'oggi, tutte le postazioni senza distinzione di intervento su pazienti COVID e non COVID, per sfruttare al meglio l'esperienza maturata nelle maxi-emergenze in questi anni di vita del servizio, ma soprattutto nei primi mesi del 2020. Questa emergenza ha messo a dura prova tutti, in particolar modo gli operatori del 118, da sempre in prima linea, e le attività continueranno anche nel 2021 fino alla conferma della fine dello stato di emergenza.

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

13. III° LIVELLO: ASSISTENZA OSPEDALIERA:

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

13.1) 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 13 gennaio 2017 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di Pronto soccorso, degenza ordinaria day hospital, day surgery, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo, conservazione e distribuzione dei tessuti, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni.

Gli obiettivi generali da perseguire per l'area ospedaliera:

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

13.2) Obiettivi specifici

I Presidi ospedalieri e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM LEA, dovranno perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2021 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

1. Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso l'attivazione e/o potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione posti letto lungodegenza e riabilitazione intensiva previsti).
2. Regolarità e puntualità nella chiusura delle SDO da parte delle UU.OO. e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.
3. Completamento e sviluppo della riconversione degli ospedali in Spoke secondo i decreti regionali;
4. Completa attuazione, sviluppo e razionalizzazione della rete dell'emergenza secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali.
5. Ottimizzazione degenza media;
6. Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
7. Incremento dei ricoveri propri con recupero di tipologie di DRG in mobilità passiva (su tipologie specifiche);
8. Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA);
9. Ottimizzazione peso medio DRG e valore medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
10. Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
11. Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.P.).



12. Monitoraggio eventi sentinella (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
13. Miglioramento tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
14. Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie.
15. Rispetto dei livelli di attività e raggiungimento dei risultati nel rispetto dei volumi e delle tipologie anno 2019-2020 (attività condizionate dal Covid).
16. Mantenimento/riduzione della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal livello regionale (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
 - Spesa farmaceutica ospedaliera = < al 3,5 % FSN.
 - Rispetto dei processi collegati: generici, File F, Chiusure schede AIFA, Farmaci innovativi.
17. Migliorare / Implementare la prescrizione specialistica in regime di dimissione (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico) e l'uso della ricetta dematerializzata;
18. Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e sulla appropriatezza prescrittiva in relazione alla prescrizione specialistica (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
19. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei farmaci, attività di farmacovigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico)
20. Monitoraggio sicurezza dell'uso dei Dispositivi medici, attività di dispositivo vigilanza (obiettivo condiviso con il Dipartimento Farmaceutico);
21. Implementazione procedure di dematerializzazione della ricetta cartacea, in ambito ospedaliero;
22. Abbattimento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
23. Trasmissione Flussi informativi completi, senza anomalie, inviati entro le scadenze previste dalla normativa: Assistenza ospedaliera:SDO, CEDAP, MEF, File C, Consumi ospedalieri (CP), HSP, ecc.

Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget anno 2021 dei singoli Presidi e C.d.R. assegnatari di budget.

14. 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 2021, l'ASP intende potenziare e riorganizzare 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 (reporting, ecc.) e di tutte le attività connesse allo sviluppo del processo di budget, reporting e della informatizzazione della scheda di budget.
- Supporto al passaggio dal vecchio sistema informativo al nuovo sistema regionale SEC-SIRS.

Anche nel corso dell'anno 2021 dovrà essere garantita la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno. Indispensabile, inoltre, garantire l'efficienza degli impianti, delle attrezzature e dei collegamenti.

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

15. Realizzazione Obiettivi di PSN.

La programmazione delle attività e dei progetti relativi agli obiettivi di piano anni 2021-2023 sarà definita dall'ASP in base ed in applicazione a quanto stabilito dalla relativa intesa Stato-Regioni, e quanto disposto di volta in volta con specifici provvedimenti da parte della struttura commissariale e del Dipartimento salute della Regione Calabria, su indicazione della Direzione aziendale. Nel presente Piano della Performance si stabilisce che ciascuna macrostruttura/CDR dovrà perseguire il raggiungimento degli obiettivi di Piano, e dovrà provvedere alla conseguente rendicontazione in relazione all'area di competenza (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione, Salute mentale).

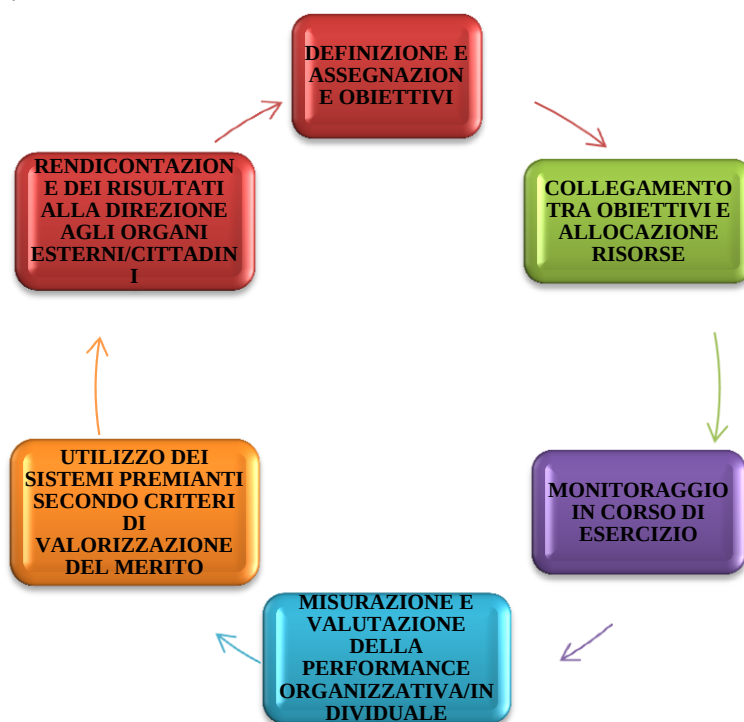
Infatti trattasi di attività dedicate e finalizzate, nelle regioni sottoposte al Piano di rientro, anche al miglioramento dell'erogazione dei LEA (che già l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità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

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

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

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

- 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.



16.1 Il Ciclo di Gestione della Performance.

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

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

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

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

FASE	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Fase 1	Attivazione Comitato di Budget e revisione del Regolamento di Budget	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Programmazione e Controllo
Fase 2	Rappresentazione della Struttura nel rispetto 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 Uff. Prev. Corruzione e Trasparenza
Fase 7	Collegamento/Integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Programmazione e Controllo U.O.C. Gestione risorse Economiche e Finanziarie.

L'Azienda anche per il triennio 2021-2023 si pone come obiettivo qualificante l'implementazione ulteriore del ciclo di gestione della performance introdotto come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per superare le criticità presenti, con l'obiettivo di migliorare le performance esistenti in determinati settori di assistenza.

Gli obiettivi e le attività definiti nei Piani attuativi e dettagliati nei relativi Piani delle performance, per ogni singolo anno dal 2016 al 2019, sono stati 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 nel 2015 (CDR di I° livello) ed è stato implementato **dal 2016 in poi anche a livello delle Unità operative complesse e semplici dipartimentali** (CDR di II° livello).

La misurazione delle performance relative agli indirizzi, alle azioni ed ai risultati, definiti nel corso della negoziazione del budget, ha reso possibile, tra l'altro, la verifica del raggiungimento dei risultati e la valutazione del personale dirigente e la conseguente retribuzione di risultato o produttività prevista. Essa è stata regolarmente prodotta, per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 mediante la redazione, da parte della struttura preposta, della **Relazione annuale sulla performance organizzativa** che, approvata dalla Direzione strategica, è stata validata dall'OIV e pubblicata annualmente **sempre entro i termini previsti per legge** (30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento). La relazione per l'anno 2020 sarà elaborata entro il 30 giugno 2021.

Il processo di budget, nel triennio oggetto di analisi, si è costantemente sviluppato parallelamente alla risoluzione ed al superamento delle criticità che erano ancora presenti, fino al 2015, nelle varie fasi del sistema di programmazione e controllo, e comunque anche con la crescita ed il completamento del sistema informativo aziendale, della contabilità direzionale, della definizione dell'assetto organizzativo aziendale, della individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali;

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano parametro di riferimento per la misurazione dei risultati conseguiti dall'organizzazione.

In particolare, i destinatari degli obiettivi di budget, nell'ASP di Cosenza, sono stati tutti i Direttori di struttura complessa, i Dirigenti responsabili di Struttura semplice a valenza dipartimentale o in Staff della Direzione aziendale.

ALLEGATI:

- a. Reporting dati di riferimento di attività ASP Cosenza e di mobilità attiva e passiva.
- b. Proposta di modello di scheda di negoziazione budget da utilizzare per l'anno 2021.
- c. Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi di CDR ai fini della negoziazione della scheda di Budget anno 2021 (si riportano gli obiettivi di riferimento per lo sviluppo per CDR).
- d. Mappa dei Centri di Responsabilità.

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