



AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



Piano della Performance

Azienda Ospedaliera di Cosenza

2022/2024

INDICE

PREMESSA		pag. 3
1.	<i>Presentazione e contenuti</i>	pag. 3
2.	<i>Terminologia del Piano della Performance</i>	pag. 4
3.	<i>Informazioni d'interesse per gli stakeholder esterni</i>	pag. 5
3.1.	<i>Chi siamo</i>	pag. 5
3.2.	<i>Come operiamo</i>	pag. 7
3.3.	<i>Mandato istituzionale e Mission</i>	pag. 8
4.	<i>L'Organizzazione</i>	pag. 9
5.	<i>Il Contesto di Riferimento</i>	pag. 13
5.1.	<i>Analisi del Contesto Esterno</i>	pag. 15
5.2.	<i>Analisi del Contesto Interno</i>	pag. 15
5.2.1.	<i>Analisi S.W.O.T.</i>	Pag. 16
6.	<i>Il Ruolo dell'A.O. nella rete Emergenza- Urgenza</i>	pag. 18
7.	<i>Attività in ALPI</i>	pag. 19
8.	<i>L'Azienda in cifre</i>	pag. 21
9.	<i>La Salute Finanziaria</i>	pag. 25
10.	<i>Il Bilancio</i>	pag. 25
11.	<i>Coerenza tra Piano della Performance, Programmazione Economica-Finanziaria e Sistema di Budgeting</i>	pag. 26
11.1	<i>Bilancio Annuale di Previsione e Bilancio di Esercizio</i>	pag. 26
12.	<i>Linee Programmatiche e gli obiettivi per il triennio</i>	pag. 26
13.	<i>Gestione dell'Emergenza COVID</i>	pag. 27
13.1.	<i>Adeguamento degli spazi</i>	pag. 27
13.2.	<i>Gestione della sicurezza e governo del rischio clinico</i>	pag. 28
13.3.	<i>Gestione del personale</i>	pag. 28
13.3.1.	<i>Lavoro agile</i>	pag. 28
13.4.	<i>Riorganizzazione delle attività</i>	pag. 29
13.5.	<i>Sviluppo di strumenti di monitoraggio</i>	pag. 29
14.	<i>Processo di Budgeting</i>	pag. 29
15.	<i>Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale</i>	pag. 30
16.	<i>Processo Aziendale di Budgeting</i>	pag. 31
16.1	<i>Negoziante e Condivisione del Budget d'Esercizio</i>	pag. 31
16.2	<i>La scheda di Budget</i>	pag. 32
16.3	<i>Tempistica del Processo di Budgeting</i>	pag. 32

16.4	Valutazione Finale del grado di raggiungimento degli obiettivi	pag. 33
16.5	Gestione del Ciclo della Performance. Dalla Performance organizzativa a quella individuale	pag. 33
17.	Partecipazione dei cittadini all'aggiornamento del Piano della Performance	Pag. 34
18.	Integrazione tra Il Piano della Performance Il Ptpct	pag. 35
<i>Prospetto Allegato</i>		

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 2022-2024 è oggetto di aggiornamento annuale in relazione ai seguenti determinanti:

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

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2022-2024 si è tenuto in debito 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, in questa fase, di emergenza sanitaria connessa alla pandemia Covid 19 tutt'ora in corso, che ha comportato un importante stravolgimento del Sistema Sanitario nel suo complesso, segnando un solco di discontinuità nell'attività cd "ordinaria" e costringendo le Aziende ad un repentino e un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni epidemiologici.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, inoltre, 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.

La pandemia ha determinato una rivisitazione delle priorità dell'Azienda e inevitabilmente ha inciso anche sul "normale" iter della programmazione ed il ciclo della performance.

Il presente documento rappresenta quindi l'aggiornamento al precedente Piano della Performance 2021 – 2023, mantenendo valido l'impianto del precedente piano a valenza triennale ma con la revisione e contestualizzazione degli obiettivi sull'anno 2022.

1. PRESENTAZIONE E CONTENUTI

Il Piano della Performance (art. 10 del D.lgs n. 150 del 27/10/2009) è un documento programmatico a breve e medio termine, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici. L'Azienda si propone di promuovere la Tutela della Salute dei cittadini, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona. La soddisfazione dei bisogni dell'utenza e il miglioramento della salute, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali, sono obiettivi prioritari che richiedono misure preventive e curative da realizzarsi in stretta collaborazione tra i servizi ospedalieri e territoriali. L'Azienda dovrà porre una significativa attenzione ai fattori economici e sanitari non perdendo di vista la sensibilità degli effetti organizzativi e la razionalizzazione del lavoro. L'Azienda si impegna a sviluppare tutte le azioni necessarie per promuovere il principio della responsabilizzazione diffusa del personale e il continuo coinvolgimento dello stesso, sviluppando anche iniziative formative specifiche, migliorando il benessere organizzativo. Costituisce impegno fondamentale proseguire nell'attuazione del programma di informatizzazione aziendale, in particolare la gestione informatica delle cartelle cliniche e del registro operatorio; nonché promuovere le iniziative finalizzate al controllo, ottimizzazione e contenimento dei costi mediante il continuo coinvolgimento sia dei Centri di Responsabilità che dei Centri di costo. La promozione riguarda lo sviluppo di tutte le attività ritenute strategiche per l'Azienda, come il potenziamento delle attività chirurgiche e lo sviluppo del progetto **“Il Polo Oncoematologico del Mariano Santo: umanizzazione delle cure, innovazione tecnologica, ricerca e formazione”**. Il progetto si riferisce alla creazione di un polo onco-ematologico all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, nello Stabilimento Ospedaliero del Mariano Santo, nel quale concentrare i principi fondamentali di un'assistenza moderna, efficace ed efficiente e cioè umanizzazione, innovazione, ricerca e formazione. La realizzazione di questo progetto architettonico, assistenziale, organizzativo, già in fase avanzata, consentirà di:

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

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

2. TERMINOLOGIA DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Al fine di favorire una migliore comprensione del contenuto del Piano della Performance 2022 - 2024 e per

garantire la necessaria trasparenza aziendale si ritiene necessario fornire le definizioni di alcuni termini specifici riportati all'interno del piano.

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso, ovvero dalle singole Strutture Organizzative nelle quali essa si articola;

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto dai singoli individui;

Ciclo di Gestione della Performance: è il processo aziendale utilizzato per definire gli obiettivi e i piani di attività a essi collegati, attraverso cui si provvede alla misurazione, alla valutazione e alla rendicontazione dei risultati perseguiti alla fine del ciclo;

Piano della Performance: è l'insieme degli obiettivi strategici e operativi su cui si fonda l'attività aziendale; viene approvato e revisionato annualmente dall'Azienda;

Misurazione della Performance: è l'attività di analisi degli scostamenti tra i singoli obiettivi prefissati e i conseguenti risultati raggiunti, rapportati ad indicatori misurabili in termini quantitativi e/o economici, oppure riferiti a processi organizzativi e/o di qualità e/o di soddisfazione dei bisogni della popolazione e degli utenti;

Valutazione della performance: è l'attività di valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance;

Indicatore: è un elemento caratteristico del processo, è misurabile ed evidenzia significative informazioni sull'efficacia, sull'efficienza o sulla qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento del singolo obiettivo.

Stakeholder: è un gruppo di individui, che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, anche solamente dalla sua azione;

Outcome: è l'effetto prodotto ed il risultato finale dell'azione svolta dall'Azienda, dal punto di vista del destinatario del servizio erogato o reso.

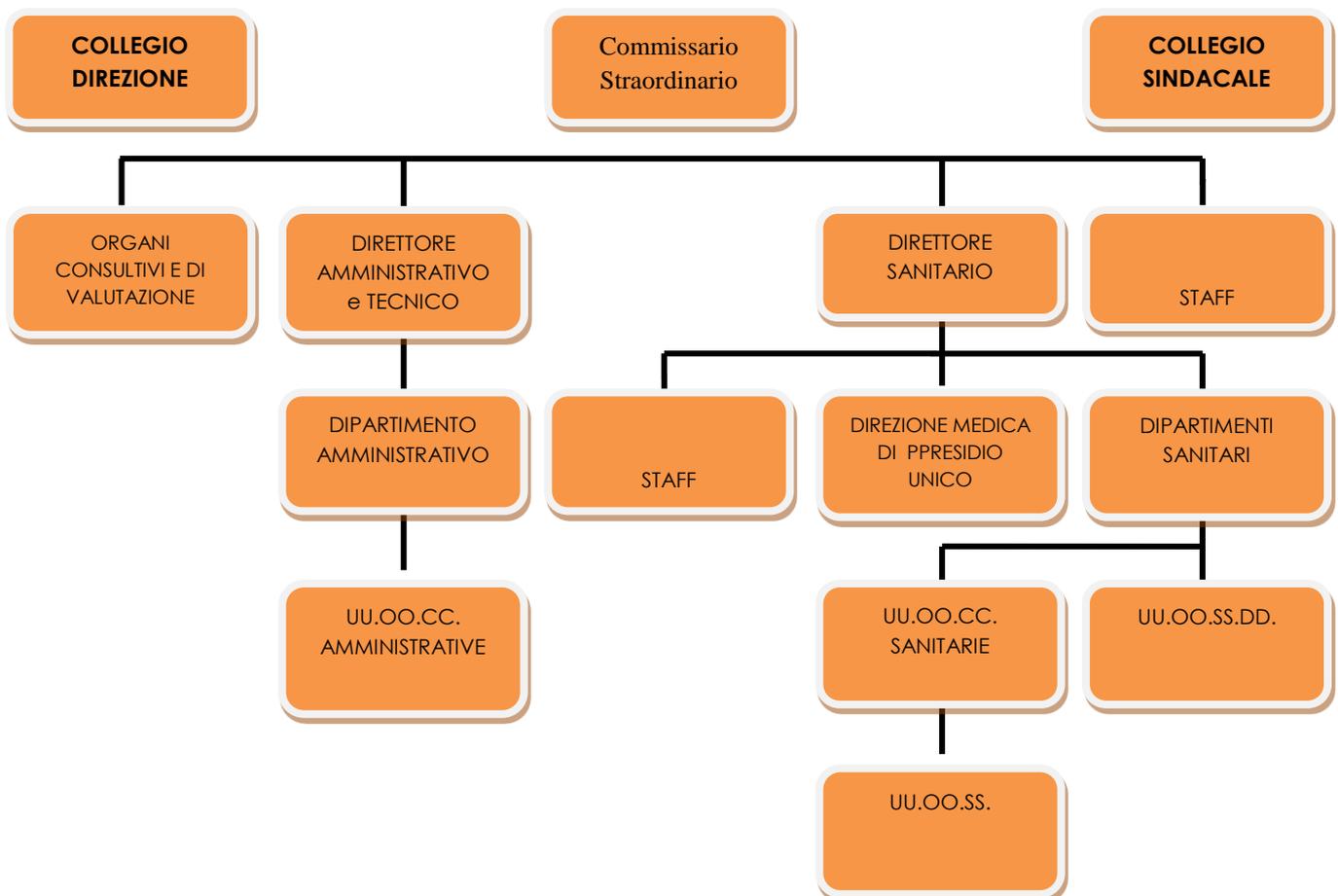
3. INFORMAZIONI D'INTERESSE PER GLI STAKEHOLDERS ESTERNI

3.1. CHI SIAMO

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

Il Commissario Straordinario è il Legale Rappresentante dell'Azienda, Responsabile della gestione complessiva della

stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati. Il Commissario Straordinario assicura la direzione strategica dell'Azienda attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori, Amministrativo e Sanitario, partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda. Il Collegio Sindacale, è formato da tre componenti e dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio. Il Collegio di Direzione, di cui il Commissario Straordinario si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero - professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Commissario Straordinario si avvale del Collegio di Direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane



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

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

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

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

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

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

3.2 COME OPERIAMO

L'Azione Aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa allo scopo di:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali e nazionali;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;

- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell’Azienda Ospedaliera;

- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali.

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

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per poter perseguire le finalità dell’azienda e assicurare alla stessa la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;

- avviare logiche e strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico- assistenziale che su quello dell’efficienza gestionale;

- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell’economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;

- assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sia sotto il profilo della competenza sanitaria che della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del comfort alberghiero;

- realizzare tutti i supporti tecnologici necessari per garantire la progressiva misurazione dei fenomeni gestionali utili alla produzione di informazioni per supportare il processo decisionale strategico e direzionale oltre che rendere evidenti i risultati aziendali raggiunti, in campo clinico-assistenziale ed economico, alla Regione, agli Enti interessati e ai cittadini.

L’attività dell’Azienda è improntata al rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, qualità ed equità.

3.3 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

L’Azienda persegue la propria missione attraverso l’erogazione dei LEA, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, facendo propri i principi di salvaguardia della dignità della persona e del soddisfacimento del bisogno di salute espresso, dell’equità nell’accesso ai servizi offerti, della qualità, dell’appropriatezza e della sicurezza delle cure praticate, dell’economicità nell’impiego delle risorse; garantisce l’accoglienza nelle sue strutture ed eroga i suoi servizi a chiunque ne abbia bisogno, secondo il modello “dalla cura al prendersi cura” (from cure to care) fornendo e sviluppando assistenza polispecialistica, promuovendo e perseguendo la centralità del paziente-utente, favorendo la formazione, la valorizzazione e la motivazione del personale mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati. L’azione aziendale, sulla base delle risorse disponibili e nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende del settore sanitario, si sviluppa con le seguenti finalità:

1. consolidare e potenziare le aree di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il case-mix trattato e sviluppando i rapporti di interconnessione con le altre strutture sanitarie regionali;
2. rafforzare il ruolo di riferimento svolto nella risposta all’emergenza-urgenza e dalla patologia cronica complessa in ambito provinciale e regionale, in qualità di Hub e DEA di II livello;
3. assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento, per le aree di

intervento di alta specialità, valorizzando la vocazione per patologie acute e complesse dell'Azienda Ospedaliera;

4. favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali per assicurare ai pazienti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali.

A tale scopo, l'Azienda ritiene fondamentale agire con l'obiettivo di:

- realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità, individuando nel patrimonio professionale aziendale la leva fondamentale per perseguire le finalità istituzionali ed assicurare la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- favorire la responsabilizzazione sui risultati aziendali attraverso l'adozione di soluzioni organizzative atte a valorizzare le competenze professionali e gestionali dei dirigenti e di tutti gli operatori, attuando formule di responsabilizzazione sui risultati e sviluppando sistemi di reporting nell'ambito del controllo di gestione che consentano un'adeguata oggettivazione e visibilità delle informazioni a valenza gestionale e tecnica;
- orientare priorità e risorse al miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico-assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale anche attraverso l'istituzione ed il rafforzamento di strutture e specifiche competenze per il miglioramento della qualità;
- favorire lo sviluppo di reti sanitarie integrate finalizzate al miglioramento dei servizi resi all'utenza, sviluppando collaborazioni con altre Aziende Sanitarie che potranno attuarsi tramite la costituzione di dipartimenti interaziendali o la realizzazione di altre forme di coordinamento;
- favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;-promuovere l'immagine dell'Azienda attraverso un'attività di informazione che veicoli gli eventi e le iniziative e incentivi i processi di umanizzazione, anche al fine di agevolare un approccio alle strutture sanitarie sereno da parte dell'utenza e instaurare con i media rapporti professionali di reciproca e mutua interazione.
- garantire idonei strumenti di misurazione dei risultati raggiunti in campo clinico – assistenziale in termini di volumi ed esiti.

4. L'ORGANIZZAZIONE

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

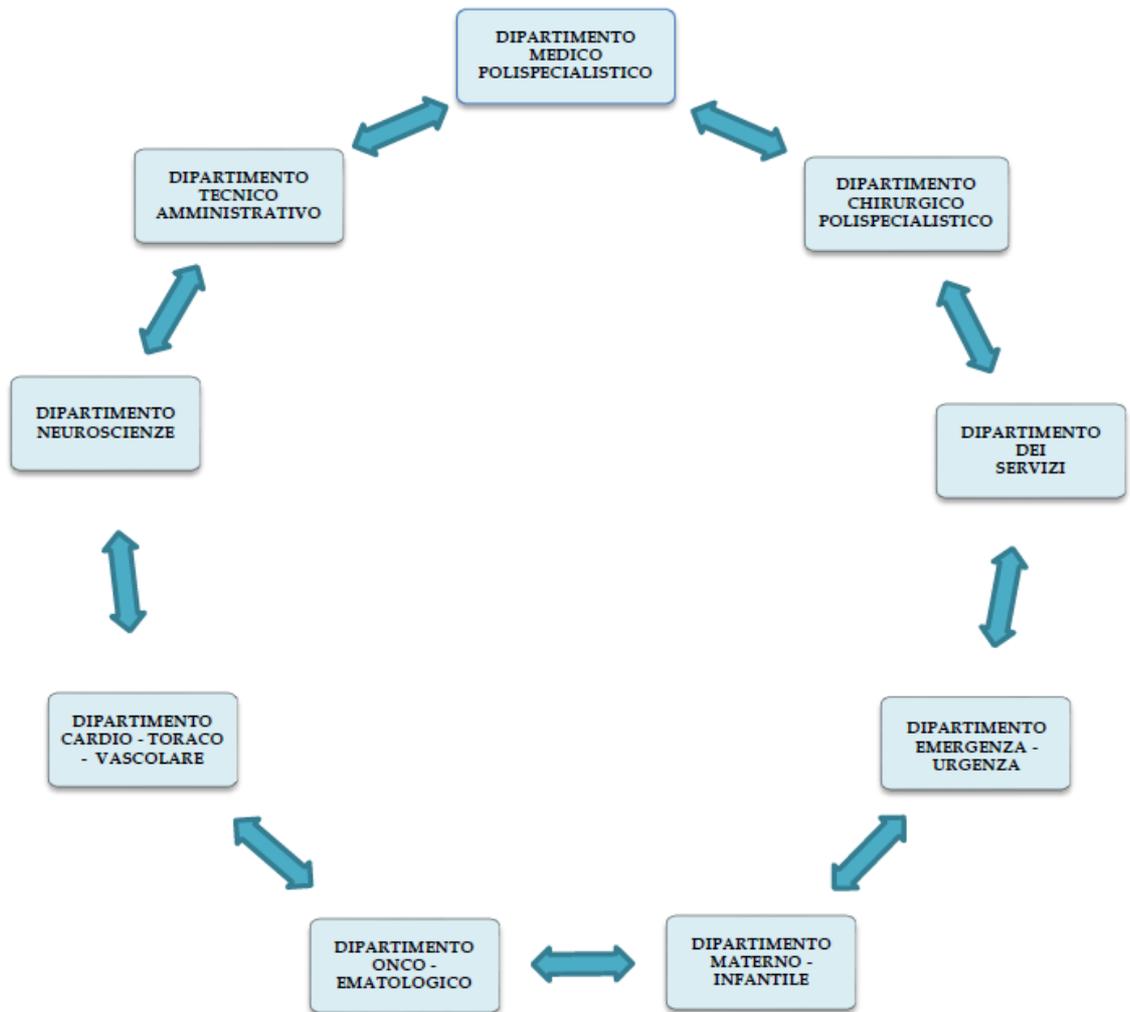
Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili" e rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione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

Il Dipartimento partecipa alla negoziazione con la Direzione Strategica delle unità operative ad esso afferenti, restando in capo alle singole unità operative il ruolo di centro di responsabilità e di costo nei confronti delle risorse a

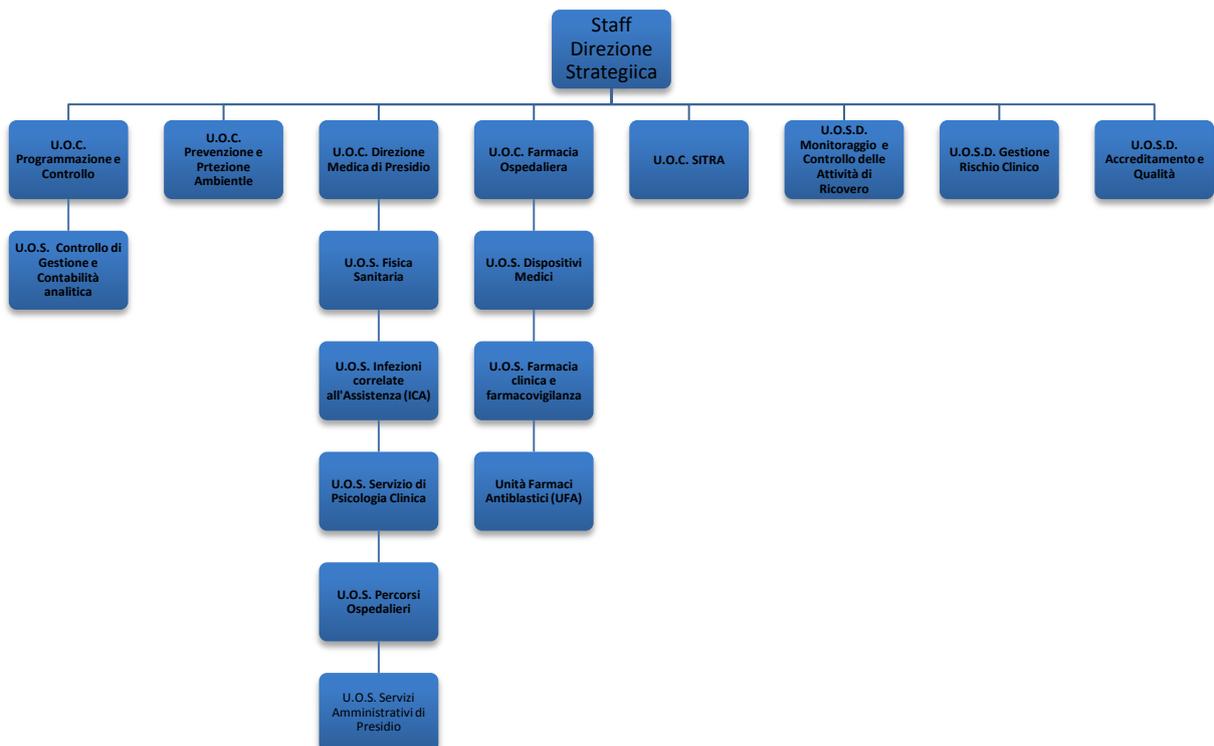
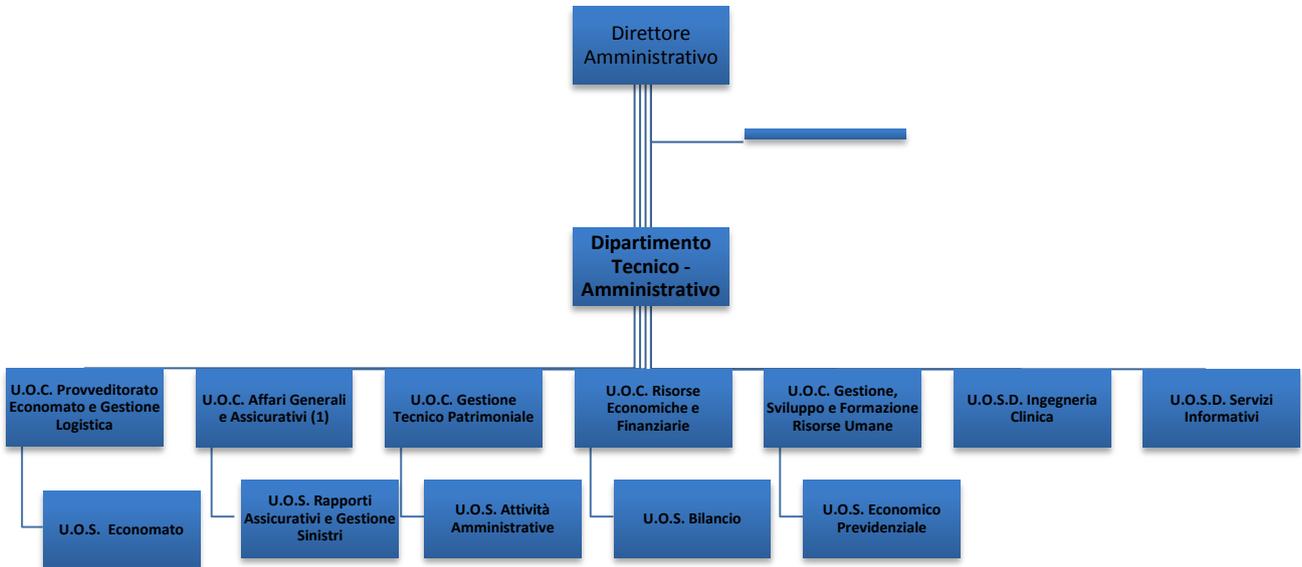
ciascuna assegnate.

Il funzionamento del dipartimento è definito con apposito atto avente natura regolamentare.

L'Azienda individua i seguenti Dipartimenti:



Organigramma – Direzione Amministrativa



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

Le Aziende Ospedaliere sono sistemi organizzativi tra i più complessi, che hanno come "mission" l'assistenza. Sono chiamate a un miglioramento continuo che, solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle buone pratiche, può alimentare. Tutto ciò che l'organizzazione aziendale non deve essere solo caratterizzata dalla multidisciplinarietà e/o multiprofessionalità ma anche dalla capacità di adattamento e cambiamento. L'organizzazione aziendale sanitaria è forse la principale dimensione nel processo di cambiamento. Pianificazione strategica, programmazione ciclica delle attività, gestione delle risorse e orientamento all'utenza e coinvolgimento del cittadino sono concetti cardine e imprescindibili nel percorso di rinnovamento che negli ultimi anni ha subito e sta subendo il SSN.

Mantenere un SSN sostenibile è ormai una delle priorità per chi si occupa di sanità, a tutti i livelli; tutto questo può realizzarsi solamente rinnovando, rendendo il sistema più efficace ed efficiente, adottando nuovi modelli organizzativi che rendano più snelle le Aziende, mutando in maniera creativa i profili professionali, per renderli più idonei ai cambiamenti in atto. Innovare significa ottenere cambiamenti e non solo proporre nuovi modelli o sistemi. L'innovatore ha idee brillanti, in qualche modo rivoluzionarie, prende dei rischi e prosegue quando gli altri si sono ormai fermati ed è per questo che un'organizzazione, in particolare quella sanitaria non si può permettere di restare al palo quando c'è un cambiamento o quando c'è la necessità di mutare i propri assetti. Un'Azienda sanitaria deve essere una organizzazione flessibile, strutturata in maniera tale da far fronte alle evoluzioni dei modelli organizzativi e degli scenari normativi. L'operatività e le sue funzioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza vengono svolte dalle strutture organizzative alle quali sono assegnate risorse umane, materiali, tecnologiche e strutturali, gestite in base a una precisa organizzazione e programmazione aziendale e monitorate principalmente attraverso lo strumento del budgeting. L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza si articola in:

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

Il personale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza al 31/12/2021 era composto da n° 1.683 unità di cui n°56 a tempo determinato. Nelle tabelle che seguono il dettaglio della distribuzione del personale e il bilancio di genere.

Tabella 1. Personale ospedaliero Azienda Ospedaliera di Cosenza al 31/12/2021				
MACROCATEGORIA	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2020 T.I.	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2020 T.D.	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2021 T.I.	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2021 T.D.
DIRIGENTI MEDICI E SANITARI	436	25	419	22
DIRIGENTI TECNICO-AMMINISTRATIVI	9	0	7	1
PERSONALE COMPARTO	1131	92	1.201	33
TOTALI	1.576	117	1.627	56

Tabella 2. Bilancio di Genere Personale ospedaliero Azienda Ospedaliera di Cosenza al 31/12/2021						
MACROCATEGORIA	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2020 (T.I. + T.D.)	M	F	PERSONALE IN SERVIZIO A FINE ANNO 2021 (T.I. + T.D.)	M	F
DIRIGENTI MEDICI E SANITARI	461	245	216	441	231	210
DIRIGENTI TECNICO-AMMINISTRATIVI	9	6	3	8	6	2
PERSONALE COMPARTO	1.223	481	742	1.234	487	747
TOTALE	1.693	732	961	1683	724	959

Si mantiene costante il bilancio di genere nell'anno 2021; la figura maschile risulta essere preponderante tra i dirigenti e in particolare tra i Direttori di Struttura Complessa che annoverano solo n. 3 femmine rispetto ai n. 34 maschi.

5. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

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

In particolare:

- l'art. 5, al comma 1, statuisce che "gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici...";
- l'art. 10 al comma 1 punto a), stabilisce che le Amministrazioni redigano, annualmente entro il 31 gennaio il

Piano della Performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione 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. 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;
- delibera Civit 88/2010, linee guida per la definizione degli standard di qualità.
- delibera Civit 89/2010, indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
- delibera Civit 112/2010, struttura e modalità di redazione del piano della performance.
- delibera Civit 113/2010, applicazione agli enti del Servizio Sanitario Nazionale Mattoni SSN, Mattoni 8, Misura dell'Outcom.
- L.R. n°3/2012, linee guida regionali in materia di valutazione delle performance nel Servizio Sanitario Regionale.
- *comma 524 punto a) della Legge di stabilità 2016.*
- Decreto del Dirigente Regione Calabria 3262 del 21.03.2014 avente ad oggetto: "Approvazione schema di Regolamento aziendale del Sistema di misurazione e valutazione della Performance individuale – Programma operativo 2013-2015 – Programma 10 obiettivo 10.1.6.
 - Decreto Legislativo n.517/1993;
 - Patto per la Salute 2010 - 2012;
 - Patto per la Salute 2014 - 2016;
 - Manovre economiche nazionali (Spending Review) e Leggi di Stabilità annuali;
 - Legge n.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
 - Decreto Legislativo n.33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione";
 - Decreto Ministeriale n.70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

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

LINEE STRATEGICHE

L'emergenza sanitaria ha imposto un ripensamento delle priorità, anche per tutelare la salute del personale dipendente. È intenzione dell'Azienda riprendere una serie di iniziative, fra le altre la formazione del personale. In corso di emergenza pandemica, alcuni corsi già pianificati sono stati rimandati e si è proceduto a rivedere ed implementare le principali linee di azione per il prossimo triennio, già formalizzate nel Piano dell'anno 2021, che si riportano di seguito:

- Realizzazione di momenti formativi per l'utilizzo di moduli della piattaforma FAD per ottimizzare il monitoraggio delle attività formative obbligatorie;
- Realizzazione di percorsi formativi per lo sviluppo di progettualità FAD;
- Monitoraggio annuale procedure del Piano della Qualità;
- Proseguimento del progetto di sperimentazione della valutazione della ricaduta formativa dei percorsi formativi;
- Realizzazione di attività formative per il miglioramento delle competenze nell'utilizzo degli strumenti informatici.

IL CONTESTO ESTERNO

5.1 Analisi del contesto esterno.

L'Azienda, con decorrenza marzo 2020, a causa della diffusione della pandemia da Covid 19, ha subito un brusco rallentamento dell'attività ed essendo, comunque, struttura a rilevanza regionale ad alta specializzazione offre, comunque, prestazioni assistenziali diagnostiche e terapeutiche specialistiche agli utenti del territorio che si rivolgono ad essa, utilizzando anche il servizio reso dall'Area di Emergenza-Urgenza. Sarà compito della Struttura Commissariale e degli organi aziendali prevedere Piani di recupero delle prestazioni non rese negli anni 2020/2021 a causa dell'epidemia SARS-Cov 19. I Piani saranno inviati al Commissario governativo. Mediante la specifica attività di integrazione con l'A.S.P. di Cosenza, l'A.O. è impegnata nella realizzazione di specifici percorsi assistenziali di gestione integrata di pazienti bisognosi di diagnosi e cura, con malattia in fase avanzata di qualsiasi origine e/o affetti da patologie dolorose croniche (Rete integrata delle cure palliative con la Terapia del Dolore sul modello Hub and Spoke).

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

5.2 Analisi del contesto interno.

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

modo armonico e coordinato, ai molteplici fabbisogni di assistenza della popolazione.

Dovranno, altresì, realizzare le prescrizioni regionali in relazione:

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

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

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

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

5.2.1. ANALISI S.W.O.T.

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

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

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

- la presenza di professionalità di elevata competenza;
- la presenza di tecnologie di altissima specialità;
- la presenza di attività uniche nel bacino d'utenza provinciale e regionale;
- l'elevata complessità della casistica trattata;
- la condivisione in rete tra le strutture abilitate dei referti prodotti dalle strutture di laboratorio e/o radiologiche e delle immagini degli esami eseguiti.

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

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

- la vetustà del complesso immobiliare comprendente i presidi ospedalieri Annunziata e Santa Barbara che con difficoltà sono sottoposti a continui adeguamenti in attesa della realizzazione del nuovo presidio ospedaliero. L'altro

presidio della A.O, il Mariano Santo, ristrutturato e in attesa di accreditamento, in grado di risolvere in parte i problemi logistico-strutturali, non è, al momento in cui viene redatto il Piano, ancora operativo.

- l'innalzamento dell'età media del personale e la fruizione da parte dello stesso delle agevolazioni derivanti dall'applicazione di normativa vigente (legge 104/1992, decreto legislativo 151/2001 e successive modifiche ed integrazioni) con ripercussioni sull'attività e l'organizzazione dei turni;

- laboriosità del processo di digitalizzazione aziendale in connessione con Territorio e Regione.

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

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

1. opportunità interne che il sistema è capace di innescare al suo interno e quindi direttamente manovrabili attraverso la S.W.O.T. I vantaggi che possono derivare dalla combinazione tra punti di forza e punti di debolezza sono:

- incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche attraverso la realizzazione di una apposita struttura di nuovi ambulatori, colmando le criticità dei locali attualmente destinati agli ambulatori ed avvalendosi delle elevate professionalità e tecnologie di cui dispone l'Azienda;

- razionalizzazione delle prestazioni di ricovero a favore dei ricoveri appropriati, superando le criticità derivanti dall'obsolescenza di alcune attrezzature e dall'usura di alcuni ambienti, e potendosi basare sulla presenza di elevate professionalità e su una casistica statisticamente altamente complessa;

- accelerazione delle procedure di attivazione dell'ala dello Stabilimento Mariano Santo completa, con l'inizio del trasferimento di alcune attività riconducibili al Polo Onco-ematologico.

2. opportunità esterne indipendenti dal sistema e proprie del contesto, dell'ambiente in cui il sistema è calato. Le opportunità che l'Azienda potrebbe cogliere dal contesto esterno riguardano:

- la creazione dei piani di gestione integrata ospedale-territorio per i pazienti cronici ai fini della dimissione facilitata;

- la collaborazione con le strutture territoriali ai fini dell'incremento delle possibilità di accesso agli screening oncologici;

- l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, anche in regime di Day Service, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, in luogo delle prestazioni di ricovero che danno luogo a DRG non appropriati.

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

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

1. minacce interne, che è possibile gestire agendo per tempo sui punti di debolezza:

- decremento del numero di prestazioni ambulatoriali erogate e conseguente minore soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini.

2. minacce esterne, indipendenti dalla capacità decisionale manageriale. Le minacce che provengono dal contesto esterno sono:

- la diminuzione del fatturato conseguente alla diminuzione del numero complessivo dei ricoveri derivante dall'applicazione dei decreti sull'inappropriatezza ed alla riduzione della percentuale dei DH medici di 1 giorno, oggi aggravato dall'emergenza pandemica;

- l'affluenza al pronto soccorso di un notevole numero di utenti che potrebbero soddisfare la loro domanda di salute in strutture territoriali;

- la necessità di erogare cure di bassa intensità e complessità che dovrebbero essere erogate dalle strutture territoriali;

- la carenza nel territorio di strutture di riabilitazione e di lungodegenza e l'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare integrata, che determinano un anomalo incremento delle giornate di degenza;

- la diminuzione della spesa per beni e servizi, prevista dalla normativa nazionale, che, tenuto conto delle nuove linee di attività intraprese dall'Azienda, comporta il rischio di non potere assicurare una adeguata risposta alla domanda di salute della cittadinanza.

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

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

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

6. IL RUOLO DELL'AO NELLA RETE EMERGENZA-URGENZA

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

alta specialità.

Il Pronto Soccorso realizza interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Il modello organizzativo prevede l'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30-01-98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza).

Si applica il Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza-urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage Accordo Stato Regione del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n.285).

ATTIVITÀ IN ALPI

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza ha approvato il Regolamento sull'Attività Libero Professionale Intramuraria, in ottemperanza alle disposizioni e normative regionali in merito.

Per la gestione dell'Alpi, si è provveduto ad ottemperare, pertanto, a quanto previsto nel Regolamento Aziendale, e precisamente alla verifica e congruità delle domande che di volta in volta sono state presentate, all'accertamento della effettuabilità delle prestazioni richieste, dell'impegno orario, della disponibilità dei locali e alla verifica delle prestazioni erogate nell'ambito dell'U.O.C. di appartenenza.

Successivamente, dopo l'autorizzazione delle istanze prodotte, a seguito della convalida del Direttore Sanitario P.U., si è provveduto ad inserire i dati utili nel software in dotazione, predisponendo le agende e trasmettendone comunicazione al professionista, nel rispetto di quanto previsto nell'Atto Aziendale stesso.

Sono stati, pertanto, verificati i volumi di attività in Alpi ed i relativi tempi di attesa al fine di procedere all'allineamento.

Per i Dirigenti Medici che sono autorizzati allo svolgimento dell'Alpi allargata, è prevista una presentazione del software in uso con relativa formazione, per garantire l'esecuzione della prenotazione e della fatturazione della prestazione resa in LAP.

E' stata prevista per quest'ultimi l'infrastruttura di rete per il collegamento con l'Azienda che consente:

- l'espletamento del servizio di prenotazione delle prestazioni;
- la rilevazione dell'impegno orario del dirigente medico;
- la rilevazione del numero di pazienti visitati;
- la rilevazione degli estremi dei pagamenti;

Il pagamento delle prestazioni rese in Alpi è stato effettuato direttamente all'Azienda, tramite mezzi di pagamento che assicurano la tracciabilità delle corrisposizioni di qualsiasi importo (Pos). Sono stati, inoltre, definiti gli importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, nonché ad assicurarsi la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Azienda, ivi, compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete. Per questi ultimi si sta procedendo a una attenta revisione.

E' stato attivato un sistema di contabilità separata ed adottare misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto d'interesse o di forme di concorrenza sleale. E' stato costituito apposito Organismo Paritetico di verifica del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale Alpi ed è stata prevista la timbratura del cod. 77 per monitorare l'accesso all'intramoenia svolta all'interno della struttura ospedaliera.

Nell'anno 2018

I volumi ottenuti dell'attività in ALPI sono stati:

- n. prestazioni 14196;
- importo totale 1.466.711,00

Nell'anno 2019

I volumi ottenuti dell'attività in ALPI sono stati:

- n. prestazioni 13151;
- importo totale 1.362.212,00

Nell'anno 2020

I volumi ottenuti dell'attività in ALPI sono stati:

- n. prestazioni 7.711;
- importo totale 824.126,00

Nell'anno 2021

I volumi ottenuti sono stati:

- n. prestazioni 14699;
- importo totale 1.079.166.

L'ALPI presso l'Azienda Ospedaliera non è in contrasto con le finalità e le attività istituzionali ma rappresenta un'attività in favore e su libera scelta dell'assistito pagante in proprio ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

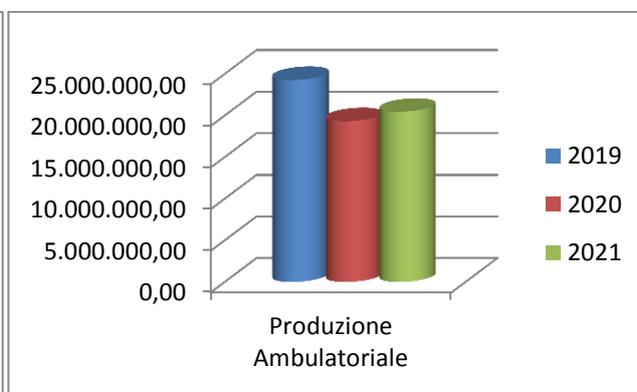
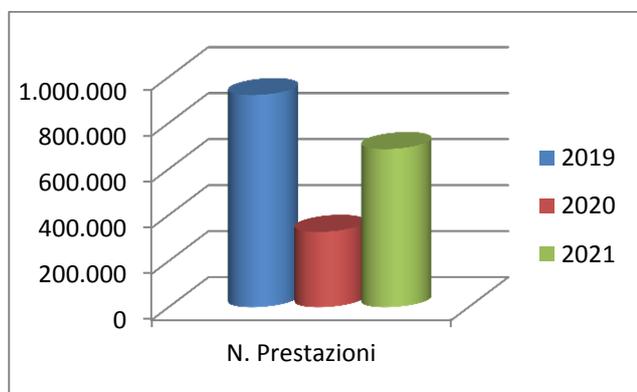
L'attività ALPI è una delle attività che ha risentito molto dell'emergenza COVID, come si può facilmente evincere dal confronto dei relativi dati sopra esposti e dalla tabella sottostante che mette in evidenza come l'andamento dell'attività in ALPI, nei quattro trimestri dell'anno 2021, sia stata inversamente proporzionale all'andamento dei contagi da SARS-Cov.

TRIMESTRI 2021	N. Prestazioni	EURO
I	216	23.887,00
II	5095	300.758,00
III	5906	356.419,00
IV	3482	398.102,00

7. L'AZIENDA IN CIFRE

L'Azienda Ospedaliera espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 Presidi; si riportano di seguito i dati maggiormente significativi relativi all'anno 2021 rispetto ai due anni precedenti.

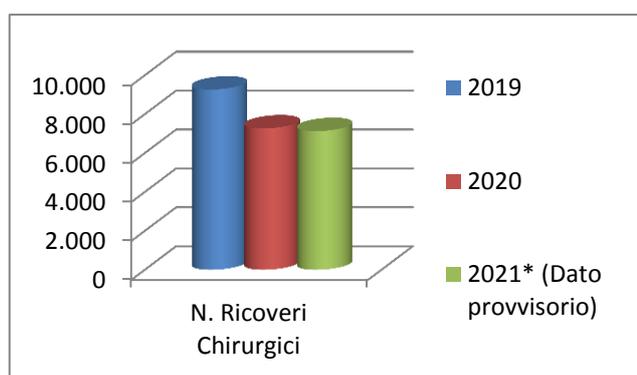
Prestazioni Ambulatoriali			
	2019	2020	2021* (dati provvisori)
N. Prestazioni	921.994	327.713	687.578
Produzione	24.282.092,96	19.328.686,75	20.457.052,00



Attività di ricovero

CASI TRATTATI E PRODUZIONE RICOVERI			
Anno Dimissione	Regime Ricovero	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2019	1 - ordinario	21.278	€ 91.731.130,80
	2 - day hospital	3.550	€ 3.796.374,00
2019 Totale		24.828	€ 95.527.504,80

2020	1 - ordinario	16.025	€ 77.732.535,00
	2 - day hospital	2.395	€ 2.485.999,00
2020 Totale		18.420	€ 80.218.534,00
2021* (dato congelato al 13/12/2021 SEC-Sirs)	1 - ordinario	15.128	€ 72.361.145,00
	2 - day hospital	2.803	€ 3.103.896,00
2021 Totale		17.931	€ 75.465.041,00



Ricoveri Chirurgici		
Anno Dimissione	N. Ricoveri	Imp. Lordo SDO
2019	9.268	€ 51.965.738,00
2020	7.270	€ 44.147.410,00
2021* (Dato congelato al 13/12/2021 SEC-Sirs)	7.132	€ 41.058.949,00

Come si può facilmente evincere dai grafici sopra rappresentati, l'attività ambulatoriale della A.O. di Cosenza, pur ancora sotto dimensionata rispetto all'anno 2019 (precedente all'emergenza COVID), nell'anno 2021 ha registrato una sensibile ripresa che si spera possa essere consolidata e implementata nell'anno 2022, mentre sostanzialmente stabile risulta l'attività di ricovero.

ATTIVITÀ PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO GENERALE					
Triage	2019	2020	2021	Variazione Assoluta 2021 rispetto al 2019	Variazione % 2021 rispetto al 2019
ROSSO	1.119	925	1.429	310	27,69
GIALLO	23.205	13.658	10.693	-12.512	-53,92
VERDE	21.474	16.431	14.242	-7.232	-33,68
BIANCO	1.605	1.464	1.245	-360	-22,43
ARANCIONE	0	0	732	732	
AZZURRO	0	0	2.216	2.216	
TOTALE	47.403	32.478	30.557	-16.846	-35,54

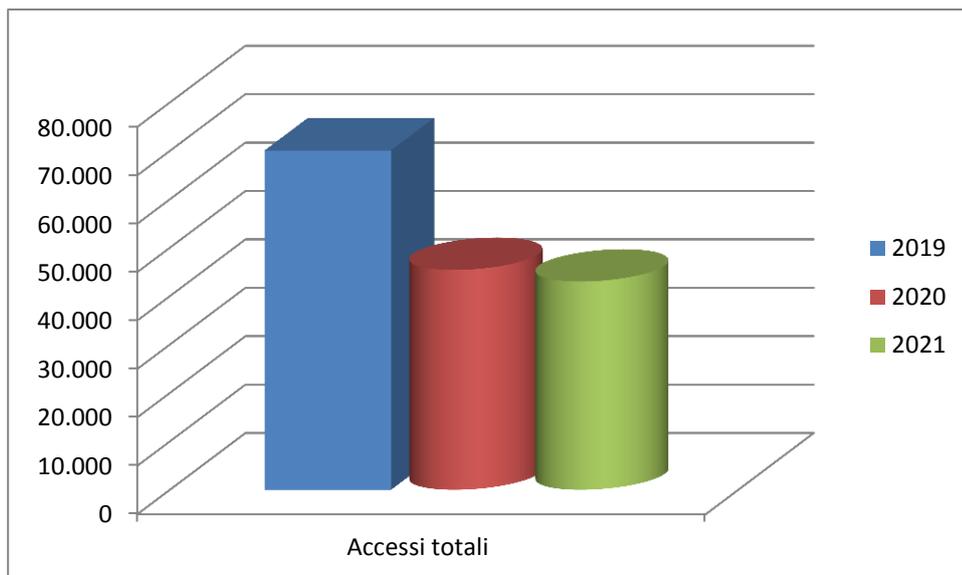
GINECOLOGICO

Triage	2019	2020	2021	Variazione Assoluta 2021 rispetto al 2019	Variazione % 2021 rispetto al 2019
ROSSO	4	4	3	-1	-25,00
GIALLO	2.753	2.558	1.885	-868	-31,53
VERDE	2.197	1.531	1.405	-792	-36,05
BIANCO	2.581	1.615	1.296	-1.285	-49,79
ARANCIONE	0	0	148	148	
AZZURRO	0	0	351	351	
TOTALE	7.535	5.708	5.088	-2.447	-32,48

PEDIATRICO

Triage	2019	2020	2021	Variazione Assoluta 2021 rispetto al 2019	Variazione % 2021 rispetto al 2019
ROSSO	68	48	72	4	5,88
GIALLO	3.638	2.105	1.824	-1.814	-49,86
VERDE	11.376	5.028	4.941	-6.435	-56,57
BIANCO	92	52	38	-54	-58,70
ARANCIONE	0	0	36	36	
AZZURRO	0	0	467	467	
TOTALE	15.174	7.233	7.378	-7.796	-51,38

TOTALE	2019	2020	2021	Variazione Assoluta sul 2019	Variazione % 2021 rispetto al 2019
Accessi	70.112	45.419	43.023	-27.089	-38,64



8. LA "SALUTE FINANZIARIA"

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

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

L'assegnazione delle risorse di parte corrente è effettuata dall'Assessorato Regionale della Salute, basandosi su una preventiva negoziazione delle risorse, e procedendo alla valorizzazione dei flussi delle attività erogate dall'Azienda a consuntivo ed alla valorizzazione delle funzioni non tariffate.

Il sistema comporta, pertanto, la piena valorizzazione di tutte le attività effettuate dall'Azienda, nel rispetto del principio della competenza economica previsto dal codice civile.

9. IL BILANCIO

La tipologia dei ricavi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza rimane sostanzialmente imperniata sulle consuete categorie della mobilità sanitaria, dei contributi in conto esercizio dalla Regione e delle così dette entrate proprie. Il sistema di remunerazione per le strutture erogatori del sistema sanitario regionale prevede, infatti, l'assegnazione di una quota onnicomprensiva per tutte le funzioni, più il finanziamento a prestazione della restante attività, sia che venga resa alle aziende territoriali regionali sia che venga rivolta a cittadini di provenienza extraregionale.

I ricavi per Contributi in c/esercizio, che ammontano a €87.515.518,18 nel 2020, in aumento, rispetto al precedente.

Per quanto attiene il valore della produzione l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, si registrano nel 2020, ricavi per € 202.465.807,35.

I costi complessivi dell'esercizio 2020 sono risultati ammontare ad € 197.516.511,77 segnando una diminuzione rispetto al bilancio di esercizio del 2019.

Per quanto attiene il fattore produttivo del personale, l'Azienda, nella gestione, si è attenuta ai vincoli disposti dalla normativa nazionale e regionale e, a conclusione dell'esercizio, si è registrato un onere, al netto dell'IRAP, di € 101.369.767,69 (2020) dato presso che costante rispetto al 2019.

I beni sanitari con un ammontare complessivo di € 49.686.767,93 nel 2020, segnano un decremento rispetto al 2019.

L'esercizio 2020 si è chiuso con una perdita di € - 3.632.390,90.

10. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE, PROGRAMMAZIONE ECONOMICA - FINANZIARIA E SISTEMA DI BUDGETING

In premessa si è evidenziato come il Piano della Performance sia uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. 150/2009 per valutazione della performance; l'articolo 5 comma 1 (obiettivi definiti in coerenza con quelli del bilancio) e l'articolo 10, comma 1, lettera a) (adozione di un documento denominato piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della performance finanziaria e di bilancio dove siano individuati indirizzi e obiettivi strategici e operativi) del suddetto decreto, stabiliscono quindi i paletti all'interno dei quali ci si debba muovere per definire il piano della performance in maniera integrata con il processo di programmazione, con il sistema di budgeting e con il bilancio di previsione. Il ciclo di gestione della performance deve essere strutturato in modo tale che gli obiettivi assegnati siano correlati e collegati alla pianificazione strategica. Le principali componenti per poter gestire il ciclo sono quindi: il bilancio di previsione annuale, linee strategiche di indirizzo, piano della performance e sistema di budgeting, per l'assegnazione degli obiettivi alle singole strutture.

10.1. BILANCIO ANNUALE DI PREVISIONE E BILANCIO DI ESERCIZIO

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza con deliberazione del Commissario n. 318 del 30/06/2021 e successiva n. 572 del 7/12/2021, ha approvato il Bilancio di Esercizio, anno 2020. Con deliberazione n° 201 del 30/10/2020, è stato approvato il Bilancio Preventivo 2021 ed il piano degli investimenti.

Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite strumenti contabili quali modelli ministeriali - regionali CE per il Conto Economico, report di monitoraggio mensile della spesa del personale e alcuni report di contabilità analitica per centro di costo, con particolare interesse ai consumi di farmaci, presidi e diagnostici.

11. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

Come espresso in premessa l'emergenza COVID ha pesantemente stravolto la precedente programmazione e si rende necessario allineare il presente Piano della Performance ricomprendendovi tutti gli obiettivi e le azioni previste per la gestione della pandemia. Diventa pertanto questo l'obiettivo prioritario della presente programmazione.

Restano comunque valide le linee programmatiche precedentemente individuate per il triennio 2021 – 2023, articolate

per Obiettivi Strategici, Operativi e Indicatori. **Gli obiettivi strategici** e **gli obiettivi di performance ed esiti** che la Direzione Strategica intende perseguire nell'anno 2022, sono, quindi, riassunti nella tabella allegata.

Resta inoltre imprescindibile lo sviluppo del nuovo sistema organizzativo, inteso soprattutto in risposta alle indicazioni contenute nella programmazione regionale che ha definito le schede di dotazione delle strutture ospedaliere, delle strutture sanitarie di cure intermedie e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.

Nello sviluppo di tali tematiche si manterrà prioritaria l'attenzione a quanto sarà indicato negli obiettivi regionali.

12. GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19

Specificatamente all'annualità 2022, in ottemperanza con quanto indicato dalla normativa e dalle disposizioni nazionali e regionali, saranno individuati 5 macro-obiettivi al fine di rispondere all'emergenza contingente e futura:

- Adeguamento degli spazi e della tecnologia;
- Gestione della sicurezza e governo del rischio clinico;
- Gestione del personale;
- Riorganizzazione delle attività;
- Sviluppo di strumenti di monitoraggio.

13.1 ADEGUAMENTO DEGLI SPAZI

La pandemia ha comportato un adeguamento degli spazi di cura. È stato necessario definire ed implementare un piano di riassetto degli spazi al fine di garantire la sicurezza di pazienti, utenti ed operatori, compresi operatori tecnici ed amministrativi. L'Ospedale Santa Barbara di Rogliano è stato qualificato come Ospedale Covid, per le attività di cura dei pazienti positivi al COVID-19. Con tale trasformazione il presidio è stato dotato nel corso dell'anno 2021 di N° 32 posti letto;

L'U.O.C. Terapia Intensiva nel corso dell'anno 2021 ha operato, su N° 13 posti letto + N° 6 posti No COVID. L'U.O.C. di Malattie Infettive n°17 posti letto. In questo periodo sono rimasti inoltre attivi, con appositi varchi dedicati, le attività di Dialisi e di Oncologia.

Trasformazioni analoghe, sono avvenute per la U.O.C. di Geriatria con N° 20 posti letto di cui mediamente N°10 posti letto COVID e N° 10 posti letto non COVID; Pneumologia 18 posti letto COVID, di cui 10 posti di sub intensiva. Si è proceduto comunque ad attuare un piano di gestione dell'emergenza innanzitutto con le risorse disponibili. Una delle misure ha riguardato anche il governo degli accessi, realizzando “filtri esterni” e varchi, con sistemi di prenotazione per l'utenza. Sono stati inoltre definiti percorsi dedicati ad alcune tipologie di pazienti (es. dializzati, malati oncologici, pronto soccorso).

I posti letto effettivi al 31/01/2022 della AO di Cosenza, su un totale di N° 747 deliberati (incluso COVID), ammontano a N° 500.

Infine per lo Stabilimento “Mariano Santo”, nato negli anni '30 come Ospedale Tisiologico, il progetto di ristrutturazione, indirizzato a Polo di Innovazione Sanitaria per tutte le patologie cronico degenerative con particolare attenzione alle malattie Onco-Ematologiche, consentirà, nel nuovo riassetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, di meglio programmare la innovazione sanitaria assicurando maggiori spazi e servizi più adeguati alla presa in carico dei pazienti cronici in particolare oncologici che sempre più numerosi si rivolgono alle strutture sanitarie pubbliche, nonché dalla necessità e urgenza di ottemperare alle norme sui requisiti strutturali e tecnologici generali e di adeguare le strutture sanitarie, a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi commisurati alle specifiche esigenze di salute ed alle modalità di erogazione delle prestazioni.

13.2 GESTIONE DELLA SICUREZZA E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO

La crisi da COVID-19 ha comportato la necessità di definire ed attuare procedure per la sanificazione degli ambienti e della strumentazione, per l'utilizzo DPI (Dispositivi di protezione Individuali), definendo le aree e le attività in base al potenziale livello di rischio clinico da fronteggiare, e per l'effettuazione dei tamponi ai fini del monitoraggio del personale dipendente. Un ruolo importante ha avuto anche la formazione nel fornire istruzioni operative, soprattutto nei casi di trasferimento interno del personale tra diversi presidi ospedalieri.

Si è reso necessario strutturare tali procedure con l'obiettivo di riaprire le attività, con conseguenze organizzative rilevanti soprattutto per l'attività ambulatoriale dovendo garantire la prestazione in sicurezza, con distanziamento sociale tra pazienti nelle sale di attesa e sanificazione degli ambienti tra una visita e la successiva.

13.3 GESTIONE DEL PERSONALE

La gestione delle risorse umane è stata strategica per fronteggiare la crisi. È stato definito ed attuato un piano che ha visto la redistribuzione dello stesso in base alle esigenze, nonché assunzioni straordinarie secondo le indicazioni e le possibilità indicate dalle disposizioni nazionali e regionali. Anche i collaboratori tecnici ed amministrativi, meno esposti al rischio di contagio, hanno visto ridefinite le loro modalità di lavoro grazie all'introduzione dello smart working, modalità di lavoro innovativa per la pubblica amministrazione che si è resa indispensabile per garantire le attività di supporto agli operatori sanitari sul campo.

Nell'anno 2022, con l'approvazione del piano di rimodulazione del fabbisogno del personale (DCA n. 2 del 18/01/2022), l'Azienda si predispose all'avvio/completamento di procedure concorsuali al fine di dotarsi delle unità di personale previste che andranno a colmare le carenze laddove individuate in fase di predisposizione del piano stesso.

13.3.1. Lavoro Agile

L'adozione di modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

Durante lo svolgimento del lavoro agile, sia l'Azienda sia il dipendente possono, con un preavviso non inferiore a 30 giorni e fornendo specifica motivazione, recedere dall'accordo e interrompere tale tipologia di attività.

Il dirigente dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane, d'intesa con il dirigente dell'U.O. di appartenenza, può recedere dall'accordo in qualunque momento, senza preavviso, nei seguenti casi:

- a. l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte dal dipendente non sia rispondente ai parametri stabiliti;
- b. per sopravvenute esigenze di servizio.

Il dirigente della struttura presso la quale è assegnato il dipendente in lavoro agile predispone un idoneo sistema di monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati conseguiti attraverso la prestazione lavorativa svolta ed al termine dell'attività individuale di lavoro agile il dirigente della struttura cui è assegnato il dipendente redige una relazione conclusiva da trasmettere all'Osservatorio Aziendale previsto dal Regolamento che ne terrà conto ai fini di un monitoraggio generale circa le ricadute organizzative dell'istituto.

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

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

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

13.4. Riorganizzazione delle Attività

Il COVID-19 ha comportato lo stop dell'attività se non per le prestazioni urgenti e/o in particolare in specifici ambiti quale l'oncologia e la dialisi. Tale rimodulazione delle attività non ha riguardato però soltanto ospedali e ambulatori.

Con il riavvio delle attività si è visto poi necessario riaprire reparti, sale operatorie ed ambulatori, il che ha significato implementare sistemi web di prenotazione dell'accesso alle strutture da parte dell'utenza (es. prelievi ematochimici, pratiche amministrative).

Sarà utile approfondire i risultati riguardanti lo smart working, auspicandone l'utilizzo anche in situazioni non-emergenziali.

13.5. Sviluppo di Strumenti di Monitoraggio

La gestione della crisi portata dal COVID-19 ha anche reso necessario lo sviluppo di sistemi di monitoraggio specifici. Non solo reportistica su pazienti positivi, guariti e deceduti, ma anche sistemi di verifica periodica degli accessi e delle presenze nei reparti, il conteggio dei DPI disponibili presso le strutture, i tamponi realizzati, il personale attivo o in malattia, in presenza o in smart working. Ma anche report di monitoraggio dell'attività di sorveglianza realizzata dalla Struttura di Prevenzione, così come il monitoraggio costante della situazione all'interno delle strutture. Sistemi questi tuttora attivi in questa fase di ripresa delle attività e quindi utili e necessari in caso di eventuali colpi di coda del virus.

13. IL PROCESSO DI BUDGETING

Il Piano della Performance è lo strumento di collegamento tra gli obiettivi strategici, che si intendono perseguire, contenuti nel bilancio annuale di previsione, gli obiettivi assegnati dalla Regione e il processo di budget aziendale. Gli obiettivi che sono riportati nel Piano della Performance rappresentano l'architettura su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l'anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura cui sono stati assegnati, inoltre, devono essere collegati al sistema di valutazione e incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l'oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

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

definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire.

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

14. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

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

Le Linee Guida di riferimento sono:

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

Per meglio inquadrare i concetti di Performance si riportano le seguenti definizioni:

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuto dall'Azienda Ospedaliera di ossia dalle singole Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura e inseriti nella scheda di budget.

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente, valutato attraverso una scheda di valutazione redatta dal Responsabile della struttura, dal numero delle presenze in servizio rispetto alle giornate lavorative. Per i dirigenti responsabili di struttura e per i coordinatori infermieristici viene valutata anche la percentuale del raggiungimento degli obiettivi specifici loro assegnati.

Ciclo della performance: è il processo aziendale con cui vengono definiti gli obiettivi attraverso i quali si misura,

valuta e rendiconta la Performance. Le principali fasi del ciclo della performance sono la misurazione (analisi dagli scostamenti dei risultati dagli standard prefissati), valutazione (raffronto dei risultati ottenuti in base alla misurazione e pesatura del raggiungimento), rendicontazione (trasmissione con cadenza periodica degli esiti dell'attività di misurazione).

16. PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

16.1 NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO

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

Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

1. esplicitazione obiettivi nel Piano della Performance;
2. programmazione e avvio del Processo di Budget, per il quale si rimanda al regolamento di budget;
3. formulazione del budget, definizione e assegnazione degli obiettivi di budget;
4. svolgimento e misurazione dell'attività;
5. monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget per la verifica degli scostamenti dallo standard assegnato;
6. eventuale rinegoziazione degli obiettivi;
7. reporting e valutazione finale degli obiettivi.

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

1. Budget di Dipartimento;
2. Budget di Struttura Complessa/Semplice Dipartimentale/ Struttura Semplice.

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

16.2 LA SCHEDA DI BUDGET

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

Per ogni obiettivo saranno definiti:

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

16.3 TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING

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

Fase: Monitoraggio

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

Per quanto riguarda l'analisi trimestrale degli scostamenti tra i risultati parziali e gli obiettivi di budget, dietro richiesta

dei Responsabili di Struttura vengono organizzati degli incontri, unitamente al Comitato di Budget, per esaminare congiuntamente i risultati provvisori, soprattutto se relativi agli obiettivi che si discostano da quanto programmato, e valutare l'eventuale necessità di modificare il budget assegnato. Eventuali variazioni del piano dei centri di costo nel corso nell'anno 2022, che determinassero una modificazione numerica e/o qualitativa, potrebbero portare ad una revisione dei Centri di Responsabilità con la possibile conseguente assegnazione e negoziazione di obiettivi con le Strutture interessate.

16.4. VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del raggiungimento degli obiettivi.

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

16.5. GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE. DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.

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

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

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

17. PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE.

L'Azienda ha pubblicato sul proprio sito web istituzionale un avviso volto a raccogliere proposte e segnalazioni, finalizzate all'elaborazione del Piano della Performance. Il testo è stato pubblicato nella sezione Avvisi il 16/12/2021, al fine di aumentarne la visibilità e di conseguenza l'efficacia, è stato pubblicato anche sull'Home Page, nella sezione Primo Piano. Non sono tuttavia pervenute osservazioni o proposte.

18. INTEGRAZIONE TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E IL PTPCT

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) rappresenta il documento programmatico adottato dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza in attuazione della Legge 190 del 6 novembre 2012. Sulla base delle linee di impostazione previste dall'ANAC, da ultimo nel PNA 2019, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza sviluppa il sistema di prevenzione del rischio corruttivo attraverso un sistema a rete che presidia le diverse aree aziendali a rischio di corruzione, sia socio-sanitarie che tecnico-amministrative, come: gestione delle risorse umane, acquisizione beni e servizi e servizi tecnici, economico patrimoniale, prevenzione, la gestione della libera professione, liste di attesa. Nel 2022 assumeranno particolare rilievo:

- L'attenzione puntuale all'assolvimento degli obblighi di trasparenza in rapporto alla linee guida della delibera ANAC 1310/2016;
- Il proseguimento delle attività di formazione sui temi della prevenzione della corruzione dell'area amministrativa, tecnica e clinica;
- L'osservanza delle nuove disposizioni del Piano Nazionale Anticorruzione approvato con deliberazione ANAC 1064 del 13.11.2019.

La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al PNA - Piano Nazionale Anticorruzione – ha precisato che “Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo”.

In tale ottica, “particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due profili:

- Le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- Le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti”.

Il Piano Nazionale Anticorruzione prevede che il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza adottato dalle pubbliche amministrazioni in base alla Legge n.190/2012 entro il 31 gennaio di ogni anno sia coordinato con gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione ed in particolare con il Piano della performance. Precisa, inoltre, che è importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani.

In sede di attuazione del Piano della Performance dovranno essere annualmente individuati, su motivata proposta formulata dal RPCT, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

Pertanto, l'Azienda annualmente individuerà specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel Piano delle Performance, sia per quanto riguarda la performance organizzativa che la performance individuale. Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità si darà conto nella relazione della performance, oltre che nei monitoraggi periodici effettuati durante la gestione infra-annuale.

OBIETTIVI PIANO PERFORMANCE A.O. DI COSENZA		
Obiettivi Strategici	Obiettivi Operativi	Indicatore
OBIETTIVI REGIONE	Obiettivo Regione	OBIETTIVO REGIONE
Soddisfazione di tutte le richieste e dei flussi nei tempi previsti	invio nei tempi prescritti dei flussi informativi	% dei flussi inviati correttamente
PIANO GARE 2022 (CRONOPROGRAMMA)	rispetto delle scadenze per espletamento di gare a seguito delle autorizzazioni di acquito mediante MEPA e/o procedura negoziata e/o altra procedura prevista dalla norma	% di gare espletate entro i termini nell'anno 2022
PIANO PNRR	attuazione piano PNRR, aderenza anche alle indicazioni Regionali e Ministeriali	Attuazione piano PNRR delle UO interessate
Equilibrio Economico Finanziario	Pianificazione/valutazione dei costi rispetto allo storico	Programmazione acquisti farmaci e dispositivi per U.O.
	Spesa farmacia per UO	monitoraggio trimestrale e annuale per UO

	Valutazione scostamenti del budget assegnato	REPORT CON ASSEGNAZIONE BUDGET CON VERIFICA SCOSTAMENTO
	Trasmissione volumi e spesa specialistica ambulatoriale	REPORT TRIEMSTRALE E ANNUALE
	Trasmissione volumi e spesa ALPI	report trimestrale
	Redazione di un Piano programmazione acquisti	Redazione entro 30/04/2021
	Rispetto del budget assegnato alle UU.OO.	U.O. che hanno rispettato il budget assegnato
Rendicontazione COVID	Rendicontazione dei costi dovute alla pandemia da Sars-covid19	% rendicontazione delle U.O. interessate
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Riduzione % rapporto tra costi farmaci (dispos, diagnostici, farmaci) /produzione (ric. Ord. DH e ambulatoriale)	riduzione %
Contabilità Analitica	Invio contabilità analitica ai Dipartimenti	Invio report trimestralmente
Monitoraggio specialistica / Alpi	Monitoraggio tempi di attesa specialistica e ambulatoriali ex anta	numero report specialistica sui tempi di attesa per U.O.
	Monitoraggio Agenas Alpi con trasmissione volumi ed Alpi	REPORT SEMESTRALE SUL MONITORAGGIO ALPI

obblighi in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione	% Documenti/informazione pubblicati nella sezione amministrazione e trasparenza	% Documenti pubblicati
Formazione	Divulgazione dei corsi attivi ai referenti della formazione tramite email e comunicazioni ai Direttori delle U.O. del PAF 2022 e delle singole iniziative.	% coinvolgimento dei referenti della formazione per realizzazione PAF 2022
	Predisposizione PAF 2022	predisposizione delibera PAF 2022
	incontri informativi/formativi sul rischio clinico	<i>numero incontri</i>
	Effettuazione corsi di formazione ed informazione sui piani di emergenza (piano di evacuazione PEIMAF e PEVAC), Antincendio, art. 37 D.Lgs. 81/2008.	redazione report con andamento anni precedenti.
Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	Aggiornamento DVR per UU.OO.	<i>N° DVR aggiornati per UU.OO. con repor annuale</i>
Controlli	Controllo armadietti di reparto, con verifica dello scarico da parte dei responsabili	Report trimestrale per UO con eventuali solleciti
	Controllo farmaci innovativi	Report trimestrale per UO

Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Calabria	% Utilizzo del biosimilare sul totale dei farmaci originator per UU.OO.	Report trimestrale per UO FARMACI BIOSIMILARI
screening CA cervice uterina	Esito ricerca HPV DNA screening CA cervice uterina entro 72 ore	espletamento richieste entro 72h
Gestione del Personale	Implementazione di nuovi modelli organizzativi finalizzati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane ed al miglioramento della qualità dell'assistenza	n. verbali /relazioni
	inserimento del neoassunto con procedure di accoglienza ed affiancamento nel percorso lavorativo, direzione tirocinee studenti infermieristica università di cz.	report trimestrale
	coordinamento studenti di infermieristica secondo la convenzione tra A.O. ed UNICZ con assegnazione nelle UU.OO.CC. E verifica raggiungimento obiettivi	report trimestrale per U.O. del neoassunto

	Report mensile di tutto il personale assunto e trasferito nell'arco del mese per U.O.	report DEL PERSONALE GESTITO MENSILEMENTE PER U.O.
Soddisfazione del paziente	numero di lamentele ed elogi per UU.OO.	Report per UU.OO. Trimestrale e annuale
Gestione contenzioso e Mear Miss	Raccolta ed elaborazione dati contenzioso e report annuale	<i>report annuale</i>
	Monitoraggio e relazione su mear miss (eventi avversi)	<i>% di audit fatte sul totale degli eventi assegnati</i>
	Partecipazioni riunioni Comitato Valutazione Gestione Sinistri	<i>% n° partecipazioni alle riunioni con documentazione dei verbali</i>
Raccomandazioni ministeriali	monitoraggio raccomandazioni ministeriali	<i>n° verifiche effettuate</i>
Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	% PNE raggiunti positivamente sul totale dei PNE assegnati alle UU.OO.
	Elaborazione reportistica Inerente i ndicatori PNE (Trattamento frattura di femore, tagli cesarei /parti spontanei, colecistectomia laparoscopica per U.O.C.....)	% indicatori PNE per U.O. interessate
Aumento atti operatori	Implementazione PDTA	Punteggio ottenuto
Trasmissione SDO	Report mensile e annuale dei ricoveri ordinari e DH delle singole UU.OO	Report mensile per U.O. di ricovero

CONTROLLI RICOVERI	verifica DRG incoerenti (468 e 477)	% DRG 468 /477 controllati e verificati
	Controlli appropriatezza delle cartelle cliniche	numero di UU.OO. Sottoposte a controllo
	numero pre-sdo controllate/pervenute	numero % di presdo controllate/pervenute
	Elaborazione statistica sui ricoveri, trasferimenti, i vari indicatori (turnover, T.O. PL, Degenza media, ricoveri chirurgici)	Report semestrale e annuale
Accreditamento strutture sanitarie	Attivazione e/o implementazione delle procedure di autorizzazione/accreditamento delle varie strutture sanitarie aziendali individuate dalla Direzione Strategica	numero accreditamenti nell'anno 2022
PDTA	Attivazione e/o implementazione e/o Formazione sui PDTA anche attraverso distribuzione di materiale dedicato.Revisione scheda di Monitoraggio.	numero verbali relativo ai confronti sui PDTA

	Monitoraggio e verifica delle UU.OO. che nel corso dell'anno hanno attivato o continuato percorsi diagnostico terapeutici con altra UU.OO (PDTA attivati anni precedenti, PDTA attivato anno in corso)Counselling ed assessment	Report semestrale sui punteggi ottenuti dalle U.O. sul PDTA di riferimento
QUALITA'/PROCEDURE	% delle matrici inserite nelle proCedure dall'anno 2021	numero di matrice inserite /totale procedure
Controlli e verifiche	Verifiche e controlli dei carrelli di emergenza da eseguire nelle UU.OO. attraverso Check-list	Numero verifiche eseguite tramite check list
	Indagine di prevalenza ICA e di incidenza delle infezioni di ferita chirurgica	Numero report
	Rilevazioni su sistema di sorveglianza "ALERT" vigente.	%schede totali di sorveglianza redatte/ segnalazioni della UOC Virologia e Microbiologia
	Verifica sistema tracciabilità centrale sterilizzazione	Report trimestrali inviati
Monitoraggio	Aggiornamento almeno trimestrale sui posti letto attivi per UU.OO.	Report trimestrale posti letto per UO
	Pazienti affetti da grave	Pazienti trattati, numero

	obesità Chirurgica e con patologia oncologica gestiti in ambulatorio, numero	
	Qualità dei servizi esternalizzati con particolare riferimento alla centrale di sterilizzazione (tracciabilità) e lavanolo	aderenza al capitolato, report
Rispetto delle disposizioni regionali in merito dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Rispetto Piano di Riduzione dei tempi di attesa aziendale	Monitoraggio tempi di attesa specialistica ambulatoriali ex anta
Implementazione Fascicolo Sanitario Elettronico - Scrivania virtuale	Utilizzo della cartella clinica ambulatoriale/ordinario	% utilizzo cartella clinica ambulatoriale/ordinario
	Utilizzo scrivania virtuale	% utilizzo scrivania virtuale
	Utilizzo cartella clinica firmata digitalmente	% delle cartelle firmate digitalmente
Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della verifica degli adempimenti LEA 2019 aggiornato dal	riduzione % dimissioni volontarie	riduzione % dimissioni volontarie

nuovo sistema di garanzia	Invio flusso CEDAP corretto	% Invio flusso corretto entro il 10 di ogni mese