

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

Art. 6 decreto legge 9 giugno 2021, n. 80. Legge 6 agosto 2021, n. 113.

Sommario

INTRODUZIONE	2
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA	3
1.1 Scheda anagrafica dell'Azienda.....	3
1.2 Dati strutturali e di attività.....	4
1.3 Informazioni di interesse per cittadini e altri stakeholder esterni.....	5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	12
2.1 VALORE PUBBLICO	12
2.2.1 Gli indicatori di performance	29
2.2.2 L'evoluzione dei ricavi e del valore della produzione	34
2.2.3 Risorse, Efficienza ed Economicità.....	36
2.2.4 Le criticità e le opportunità	40
2.2.5 La pianificazione triennale	43
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	58
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO	73
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	73
3.1.1 Organigramma	73
3.1.2 Risorse umane	81
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	83
3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	84
3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile	85
3.2.3 Gli obiettivi individuati dall'Azienda	88
3.2.4 La misurazione e valutazione della performance	90
3.2.5 Gli impatti del lavoro agile	92
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	93
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre	93
3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale	94
3.3.3 Formazione del personale.....	96
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	97

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*, ha introdotto l'obbligo di adozione da parte delle pubbliche amministrazioni, entro il 31 gennaio di ogni anno, del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)*, di durata triennale aggiornato annualmente, con l'obiettivo di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Con il Decreto Legge 30 dicembre 2021 n. 228 *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"* ("Decreto Milleproroghe"), convertito con modificazioni dalla Legge n. 15 del 25 febbraio 2022, è stato differito il termine per l'adozione del PIAO, in sede di prima applicazione, dal 31 gennaio al 30 aprile 2022.

Con il Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 *"Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)"*, tale termine è stato ulteriormente prorogato dal 30 aprile al 30 giugno 2022. Inoltre, in sede di prima applicazione, il termine slitta comunque di 120 giorni dall'approvazione del Bilancio.

Il PIAO è pubblicarlo nel proprio sito internet istituzionale ed inviato al Dipartimento della funzione pubblica, per la pubblicazione sul relativo portale.

Secondo le previsioni normative il Piano deve definire:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b. la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
 - all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e di valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili destinata alle progressioni di carriera;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- e. l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con l'introduzione del Piano, il legislatore ha compiuto la scelta di riformare e semplificare gli atti di programmazione delle Pubbliche Amministrazioni in un documento unico che dovrebbe ricomprendere quelli precedentemente adottati come documenti singoli (Piano della Performance,

Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, , Piano per la Transizione Digitale, Piano di Azioni Positive ecc.)

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

1.1 Scheda anagrafica dell'Azienda

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Ospedaliera
DENOMINAZIONE	Grande Ospedale Metropolitano " <i>Bianchi Melacrino Morelli</i> " di Reggio Calabria
LEGGE ISTITUTIVA	Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 8 febbraio 1995
SEDE LEGALE	Via Provinciale Spirito Santo n. 24 89128 - Reggio Calabria (RC)
PARTITA IVA	01367190806
COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott. Gianluigi Scaffidi
DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE F.F.	Dott. Francesco Araniti
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE F.F.	Dott. Salvatore Maria Costarella
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	protocollo@pec.ospedalerc.it
SITO ISTITUZIONALE	https://www.ospedalerc.it
IPA	obm_080
CENTRALINO	0965.397111

Il Grande Ospedale Metropolitano "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria, costituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 8 febbraio 1995, ai sensi degli artt. 3 e 4 del Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, è HUB regionale e punto di riferimento dei centri SPOKE della provincia di Reggio di Calabria (o Area Sud come da D.P.G.R. - C.A. n. 18/2010) nonché sede di Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione (D.E.A.) di secondo livello.

La sede legale dell'Azienda è sita in via Provinciale Spirito Santo n. 24 a Reggio Calabria (Partita IVA 01367190806); le attività sanitarie sono distribuite su due Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero "F. Bianchi e G. Melacrino", comunemente denominato anche "Presidio Riuniti" - Via Giuseppe Melacrino n. 21 - 89124 Reggio Calabria (RC);
- Presidio Ospedaliero "Eugenio Morelli" - Viale Europa - 89133 Reggio Calabria (RC).

Sul sito istituzionale, nelle aree dedicate, sono inserite tutte le informazioni necessarie relative ai servizi, alle modalità di accesso ed erogazione, alle attività dell'Azienda, all'organizzazione ed agli uffici ed ai soggetti responsabili.

1.2 Dati strutturali e di attività

Si riporta la distribuzione dei posti letto del G.O.M. così come definita con il D.C.A. n. 64 del 5 luglio 2016 di riordino della rete ospedaliera regionale, parzialmente modificata a seguito dell'emergenza da COVID-19 con il D.C.A. n. 91 del 18 giugno 2020 ed il D.C.A. n. 104 del 29 luglio 2020.

Area	Cod. disciplina	Disciplina	Progressivo disciplina	Subcodice Presidio	Presidio Ospedaliero	Day Hospital	Day Surgery	Degenza ordinaria	Degenza semi-intensiva	Posti letto tecnici	Posti letto totali
CHIRURGICA	07	CARDIOCHIRURGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
	09	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	1	1	Presidio Riuniti	-	2	28	-	-	30
	13	CHIRURGIA TORACICA	1	1	Presidio Riuniti	-	1	14	-	-	15
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	Presidio Riuniti	-	1	19	-	-	20
	30	NEUROCHIRURGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	1	19	-	-	20
	34	OCULISTICA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	2	28	-	-	30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	1	1	Presidio Riuniti	-	4	6	-	-	10
	43	UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	1	1	Presidio Riuniti	-	2	18	-	-	20
	48	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	1	1	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2
EMERGENZA	51	MEDICINA D'URGENZA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
URGENZA	51	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (O.B.I.)	2	1	Presidio Riuniti	-	-	-	-	12	12
MATERNO-INFANTILE	31	NIDO	1	1	Presidio Riuniti	-	-	-	-	20	20
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	4	32	-	-	36
	39	PEDIATRIA	1	1	Presidio Riuniti	1	-	19	-	-	20
	62	NEONATOLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	1	-	16	-	-	17
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	2	Presidio Morelli	2	-	4	-	-	6
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1	1	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10
MEDICA	02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	1	1	Presidio Riuniti	6	-	-	-	-	6
	02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	2	2	Presidio Morelli	6	-	-	-	-	6
	08	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	1	1	Presidio Riuniti	2	-	22	-	-	24
	18	EMATOLOGIA	1	2	Presidio Morelli	8	-	24	-	-	32
	21	GERIATRIA	1	2	Presidio Morelli	-	-	10	-	-	10 (*)
	24	MALATTIE INFETTIVE	1	1	Presidio Riuniti	-	-	14	13	-	27
	26	MEDICINA GENERALE	1	2	Presidio Morelli	-	-	35	-	-	35
	29	NEFROLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	18	-	-	18
	32	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	1	1	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
	40	PSICHIATRIA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	8 (**)	-	-	-
	54	EMODIALISI	1	1	Presidio Riuniti	-	-	-	-	25	25
	58	GASTROENTEROLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	6	-	-	6
	64	ONCOLOGIA	1	2	Presidio Morelli	13	-	17	-	-	30
	68	PNEUMOLOGIA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	13	14	-	27
	97	DETENUTI	1	1	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2
POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	1	1	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10 (*)
(*)TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	14	-	-	14
	49	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	2	1	Presidio Riuniti	-	-	8	-	-	8 (*)
	49	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	3	2	Presidio Morelli	2	-	10	-	-	12
	49	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	4	1	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10
	49	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	5	1	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2 (*)
	50	UNITA' CORONARICA	1	1	Presidio Riuniti	-	-	15	-	-	15
TOTALI						41	17	507	27	57	649

(*) Posti letto da attivare. (**) I posti letto di Psichiatria non sono conteggiati nel totale dei posti letto del G.O.M. in quanto, pur essendo allocati all'interno del Presidio Riuniti, afferiscono al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) dell'A.S.P. di Reggio Calabria.

Tabella 1 - Posti letto

Nella tabella successiva si presentano alcuni dati di attività dell'Azienda (dati 2018-2022).

INDICATORI	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
NUMERO DIMESSI ORDINARI	20.944	19.858	15.436	16.086	16.186
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	158.845	155.875	127.405	134.913	137.033
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	71,66%	73,20%	74,82%	72,74%	71,09
% PAZIENTI >75 ANNI	20,89%	22,37%	21,92%	21,94%	22,88
DEGENZA MEDIA	7,58	7,85	7,29	8,39	8,55
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,2128	1,2728	1,3899	1,5050	1,4975
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 "NEONATO SANO"	1,3171	1,3888	1,5404	1,6530	1,6473
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	84,93	86,08	66,30	70,78	70,70
% RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	8,07%	6,52%	5,28%	3,73%	2,91%
% DRG ALTA COMPLESSITA'	9,18%	9,63%	11,49%	12,22%	12,57%
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	27,95%	30,03%	31,13%	33,49%	32,49%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI	27,67%	27,16%	29,37%	29,21%	30,05%
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	5.515	6.281	5.286	6.807	6.018
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	24.406	26.244	21.562	25.618	26.889
INDICE DI MORTALITA'	3,22%	3,72%	5,33%	6,65%	7,17%
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	641.619	731.818	564.192	642.745	720.218
N. PAC/APA	9.913	13.106	12.174	15.622	15.442
% FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 2 GG (2016/2021 % grezza PNE; 2022 dato G.O.M.)	55,23%	22,49%	24,15%	82,22%	77,48%
% PARTI CESAREI PRIMARI (2016/2021% grezza PNE; 2022 dato G.O.M.)	28,81%	26,48%	27,85%	29,61%	27,82%
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	70.585	72.634	63.668	62.847	65.531

Tabella 2 - Dati di attività anni 2018/2022 (dati 2022 provvisori alla data di approvazione del PIAO).

1.3 Informazioni di interesse per cittadini e altri stakeholder esterni

Il contesto esterno di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'Azienda, cioè i principali interlocutori in grado di incidere sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati.

Il Grande Ospedale Metropolitano "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria è inserito organicamente nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e svolge le funzioni legislativamente assegnate con finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria assistenziale nazionale e regionale.

Territorio di riferimento

La Città Metropolitana di Reggio Calabria si estende su una superficie di 3.210,31 km² con una popolazione di 523.791 abitanti (dati ISTAT 01/01/2021) ed una densità di 163,16 ab./km².

Il Comune di Reggio Calabria conta nr. 173.026 abitanti con una densità pari a 723,85 ab./km².



Dati demografici

Andamento demografico della popolazione



Grafico 1 – Andamento della popolazione residente..

Flusso migratorio della popolazione

Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la città metropolitana di Reggio Calabria negli ultimi anni.

Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri motivi (ad esempio per rettifiche amministrative).

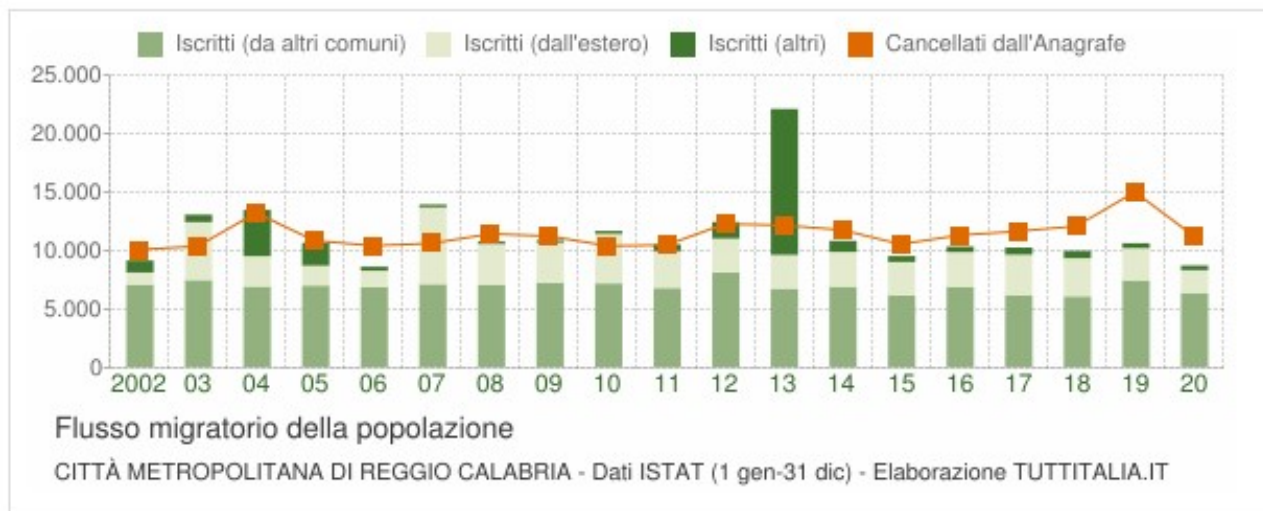


Grafico 2 – Flusso migratorio.

Movimento naturale della popolazione

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni.

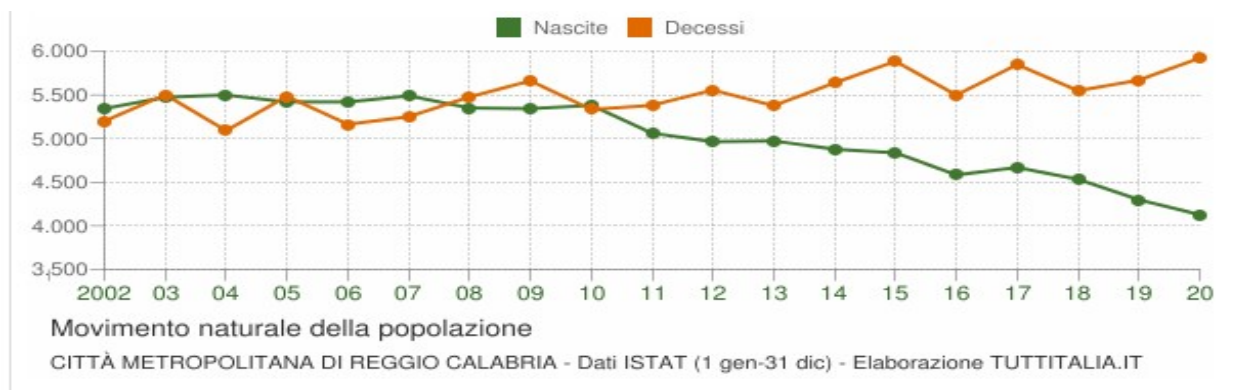


Grafico 3 – Movimento naturale della popolazione.

Distribuzione della popolazione per fasce di età

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021 e tiene conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

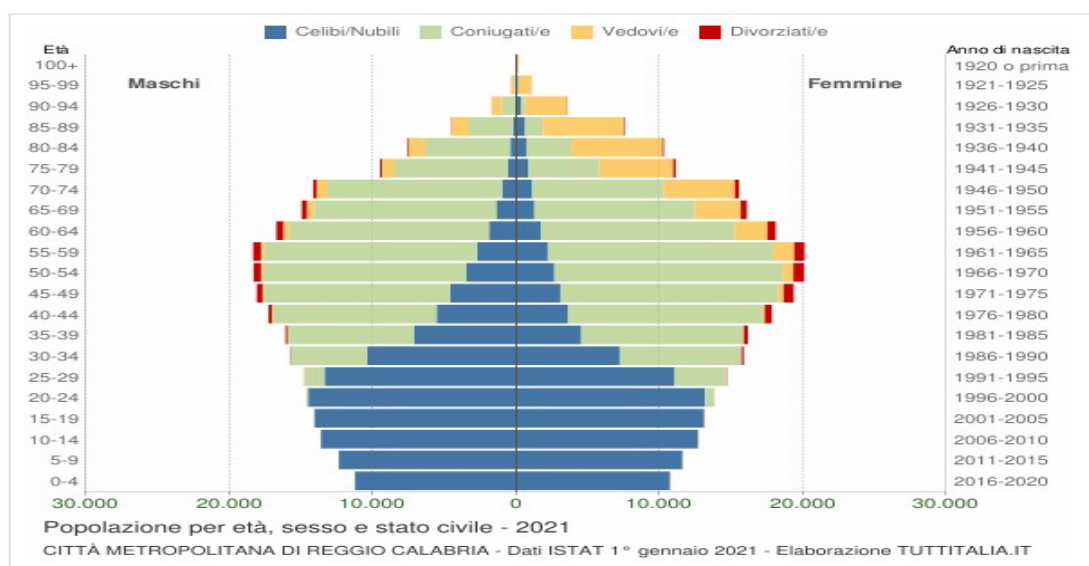


Grafico 4 Distribuzione della popolazione per fasce di età.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.



Struttura per età della popolazione (valori %)

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Grafico

5 – Struttura della popolazione per età.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di natalità (per 1000 ab.)	Indice di mortalità (per 1000 ab.)
2002	102,3	9,5	9,2
2003	106,2	9,7	9,8
2004	109,4	9,7	9
2005	112,8	9,6	9,7
2006	116,2	9,6	9,1
2007	119,3	9,7	9,3
2008	121,3	9,4	9,7
2009	123,9	9,4	10
2010	125,1	9,5	9,4
2011	126,4	9,1	9,6
2012	130,3	9	10,1
2013	133,7	9	9,7
2014	136,7	8,7	10,1
2015	140,9	8,7	10,6
2016	143,9	8,3	9,9
2017	147,7	8,4	10,6
2018	150,3	8,3	10,2
2019	154,8	8,1	10,6
2020	160,1	7,8	11,2
2021	163,8	--	--

Tabella 3 – Indice di vecchiaia, natalità e mortalità.

La popolazione straniera

Nel seguente grafico è possibile evidenziare l'andamento della popolazione straniera (cittadini stranieri di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia) residente nella città metropolitana di Reggio Calabria.



Grafico 6 – Andamento popolazione straniera.

Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Reggio Calabria al 31/12/2021 sono, dunque, 28.733 e rappresentano il 5,49% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 28,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (15,7%) e dall'**India** (11,2%).

Dai grafici seguenti si può rilevare la distribuzione per area geografica di cittadinanza:

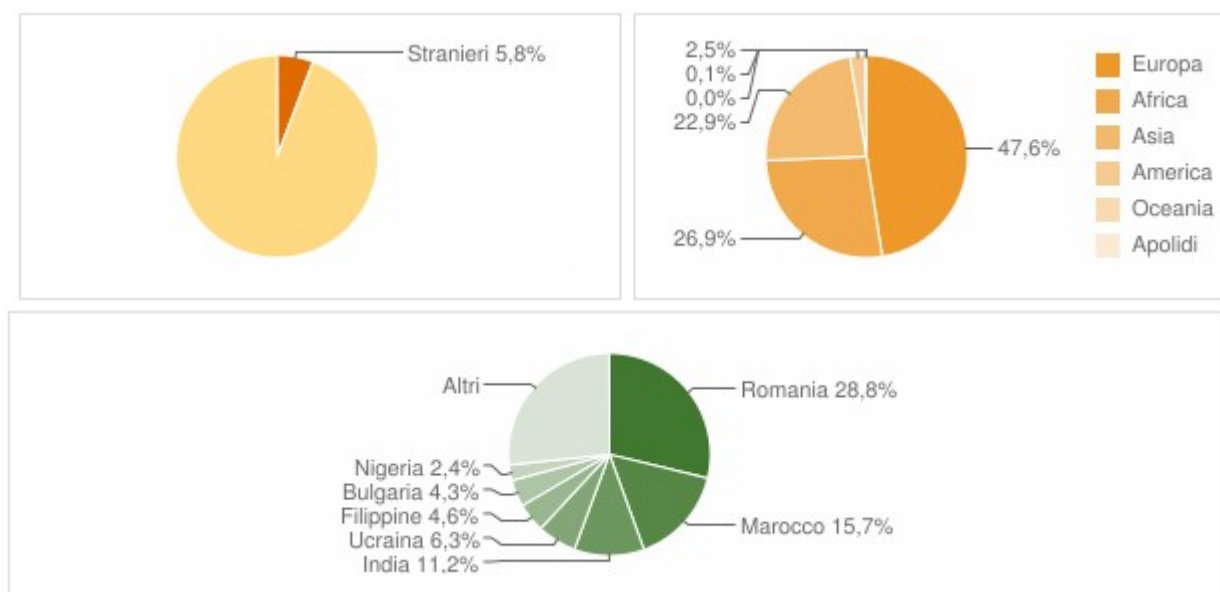


Grafico 7 – Distribuzione per area geografica di cittadinanza

Come si evince chiaramente dalle precedenti tabelle e dai grafici, la popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria ha subito un progressivo e lento cambiamento a causa della bassa natalità, aumento della età media e della migrazione. Il bacino di utenza, pertanto, richiede una maggiore intensità e qualità di servizi a fronte del peso della popolazione anziana, dei bisogni sanitari (anziani pluripatologici, pazienti fragili), del cambiamento del modello di offerta dei servizi (case management, integrazione sociosanitaria) nella prospettiva di reti integrate sul territorio. Non vanno, inoltre, trascurati fenomeni quali disagio sociale, povertà e presenza di grandi anziani (più di 80 anni) che hanno una diretta ricaduta sulla domanda di servizi sanitari.

Il Grande Ospedale Metropolitano opera, di conseguenza, in un territorio con un peculiare quadro demografico e socio-economico che impone di ripensarne il ruolo, la funzione e la *mission*.

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda si è impegnata per assumere il ruolo di "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, tale da aumentare le capacità di risposta ai bisogni di salute e trattenere un maggior numero di utenti presso le proprie strutture contrastando i "fenomeni di fuga sanitaria" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria. Gli obiettivi programmati per il triennio 2022-2025 mirano a consolidare la posizione acquisita dall'Azienda e svilupparne ulteriormente la capacità di combinare la dimensione di ospedale ad elevata intensità e complessità tecnologica con quello di ospedale di riferimento per la comunità su prestazioni sanitarie di media - alta complessità ed in stretta integrazione con i servizi sanitari di base, la medicina di base e di comunità.

Pertanto, il Grande Ospedale Metropolitano dovrà nel prossimo triennio bilanciare, nelle sue logiche di sviluppo, le due "identità" (alta complessità tecnologia ed ospedale per la comunità) definendo una strategia concertata e condivisa con gli attori regionali ed i diversi stakeholder interni (medici, personale infermieristico) ed esterni (enti locali, fornitori, settore sanitario privato), con un'attenzione all'attivazione di reti sanitarie, al miglioramento continuo della qualità, alla medicina personalizzata ed alla valorizzazione del know-how e delle professionalità medico sanitarie e della dotazione tecnologica ed infrastrutturale.

La Regione Calabria, attraverso la Struttura Commissariale per il Piano di Rientro, ha avviato dall'anno 2015 un importante percorso orientato al recupero della mobilità passiva, promuovendo investimenti di personale (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa). In tale contesto è stata realizzata la nuova rete assistenziale ospedaliera, orientata verso specifici investimenti nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con particolare riferimento alla rete oncologica.

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi – Melacrino - Morelli" è diventato negli ultimi anni una tra le realtà ospedaliere di punta dell'Italia Centro-Meridionale. Esso, infatti, esercita un importante ruolo in numerose aree specialistiche, ha avviato il recupero delle dinamiche di fuga e migliorato la capacità di attrazione per pazienti non residenti.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda definendo, attraverso gli obiettivi, le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale all'Azienda stessa da parte dei cittadini, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la digitalizzazione, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

2.1 VALORE PUBBLICO

L'art. 6 del D.L. n. 80 del 28 giugno 2021, istitutivo del PIAO e le relative linee guida ministeriali, mettono in evidenza la necessità per le Pubbliche Amministrazioni di conseguire il Valore Pubblico. Un Ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Misurare il Valore Pubblico permette di capire, in tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, quanto le azioni che l'Azienda sta portando avanti rispondono effettivamente ai bisogni degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale migliorando in modo apprezzabile la qualità della vita. Ma la valutazione del Valore Pubblico è molto utile anche per rilevare a consuntivo o, soprattutto per i servizi, in itinere quanto valore abbiamo generato o stiamo generando per la collettività. Queste informazioni sono preziose sia per rendicontare alla cittadinanza (la cosiddetta accountability), sia per affinare le scelte strategiche e gestionali dell'Azienda.

La misurazione del Valore Pubblico rappresenta una nuova forma di rendicontazione integrata degli impatti economici, sociali, ambientali e sanitari creati dalle attività dell'Azienda in relazione ai suoi Stakeholder interni ed esterni.

La logica di creazione del valore è rappresentabile tramite la "Piramide del Valore Pubblico", metodologia elaborata dal CERVAP – il Centro di Ricerca sul Valore Pubblico dell'Università degli Studi di Ferrara, che consente di descrivere il processo utilizzando i 4 livelli della performance e di misurare, attraverso specifici indicatori, il contributo delle performance individuali al conseguimento delle performance organizzative, delle performance organizzative alle performance istituzionali e di queste ultime al "Valore Pubblico" generato.

In fase di programmazione, il "Valore da creare" dovrebbe ispirare le performance istituzionali, queste dovrebbero orientare le organizzative attese che, a loro volta, dovrebbero guidare quelle individuali attese. La Piramide del Valore Pubblico, adattata inserendo per ciascun livello gli strumenti di programmazione e reporting dell'Azienda, permette una lettura bidirezionale:

- nella fase di programmazione il Valore Pubblico ispira gli obiettivi di Performance Istituzionali e degli impatti interni ed esterni attesi che a loro volta orientano la pianificazione delle Performance Organizzative e di Struttura che infine guidano gli obiettivi di Performance Individuale;
- nella fase di misurazione e reporting si misura, quantifica e rendiconta, il contributo delle performance individuali e di quelle di struttura alla performance organizzativa. Viene così analizzato il suo contributo alle performance istituzionale e il suo impatto nella generazione di Valore Pubblico.

L'integrazione delle attività di pianificazione, misurazione, valutazione e reporting costituisce pertanto un percorso, comprendente momenti feedback e feedforward, che monitorano la generazione di "Valore", a prescindere che esso sia Pubblico, Istituzionale, Organizzativo o Individuale

Piramide del Valore Pubblico

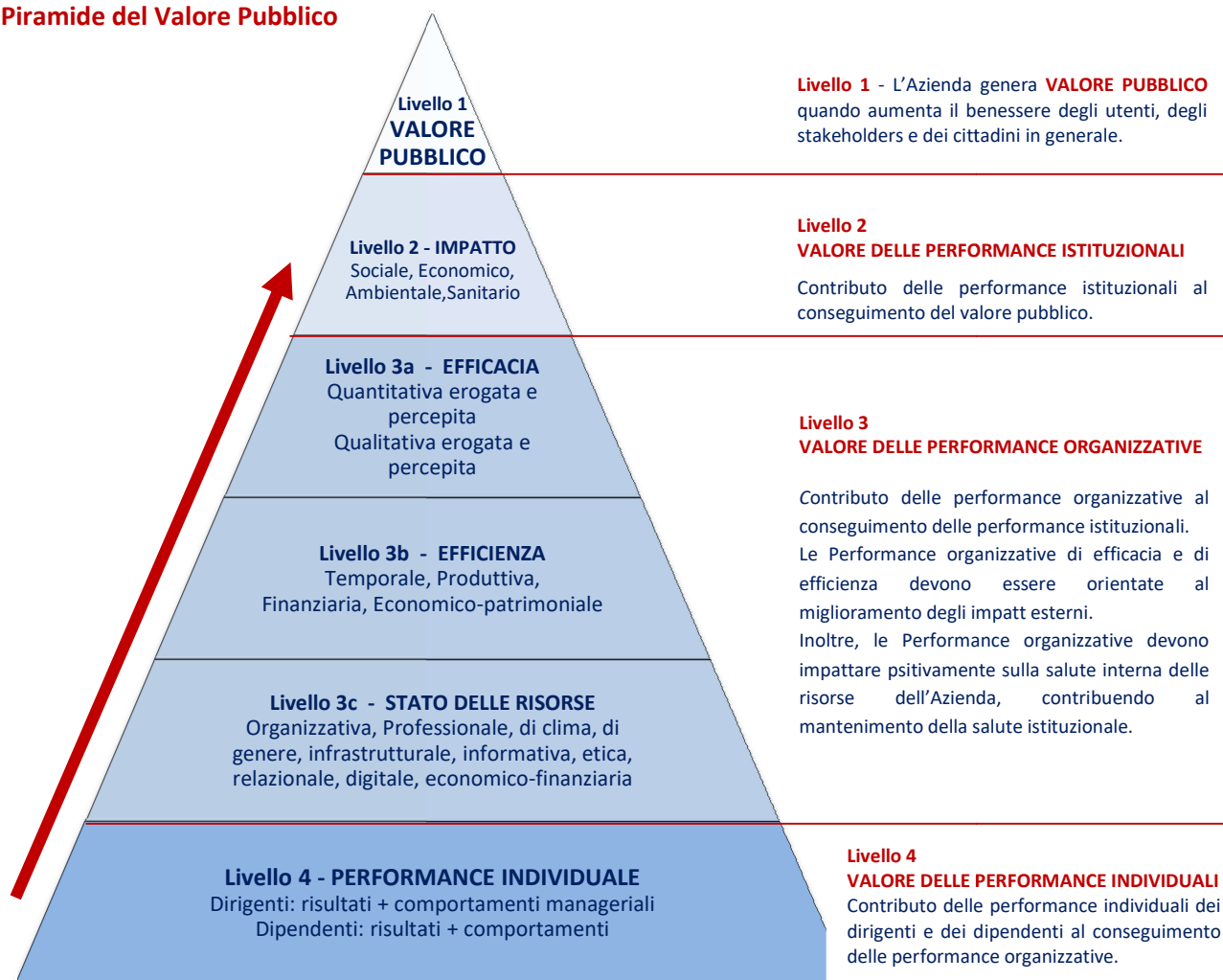


Grafico 8 - Piramide del Valore Pubblico

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, quale Centro HUB e DEA di II Livello serve un bacino di utenza di circa 524.000 abitanti, con un numero di accessi di Pronto Soccorso 72.634 nel 2019 (ultimo anno di ordinaria attività prima dell'emergenza da COVID-19), n. 63.668 nel 2020, n. 62.847 nel 2021, n. 65.531 nel 2022 ed è dotato di tutte le discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali: Cardiologia con emodinamica interventistica e Terapia Intensiva, Cardiochirurgia con Rianimazione Cardiochirurgica, Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Gastroenterologie e Endoscopia digestiva, Terapia Intensiva Neonatale, Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia h24, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, ecc..

Il Valore Pubblico per il G.O.M. si esprime come:

- A. Qualità delle cure
- B. Ricerca scientifica
- C. Semplificazione dei processi e Accessibilità digitale
- D. Potenziare la medicina di genere
- E. Ricerca e promozione del benessere lavorativo dei propri dipendenti
- F. Prevenzione della corruzione e trasparenza
- G. Gestione efficiente delle risorse
- H. Riduzione dell'impatto ambientale
- I. Accessibilità fisica ai servizi

Ciascuna delle dimensioni richiamate è alimentata dalle diverse fonti di programmazione che il Piao ricomprende (Piano della Performance, Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza, Piano di fabbisogno del Personale, Piano per la Transizione Digitale, Piano Organizzativo Lavoro Agile, Piano degli Investimenti, Piano della Formazione, Piano delle Azioni Positive,).

A. Qualità delle cure: L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del P.S.N. e del P.S.R., concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità in ambito provinciale e regionale, in quanto centro *HUB* per la Provincia di Reggio Calabria e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

L'Azienda persegue una politica per la salute orientata ai bisogni dei cittadini e impegnata a promuovere le conoscenze per consentire loro di interagire con il sistema sanitario e di partecipare attivamente, come singolo e come collettività, alle definizioni delle scelte che riguardano la loro salute.

La Direzione dell'Azienda ha individuato quale priorità di azione per il triennio 2023-2025 il proseguimento del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure, attraverso:

- la misurazione degli esiti e del relativo impatto sui percorsi di cura;
- l'erogazione di prestazioni di alta complessità quale nodo strategico dell'offerta ospedaliera, ponendosi come riferimento sia al livello regionale e nazionale;
- i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali;
- le misure di Sicurezza dei Pazienti: Rischio Clinico e Prevenzione Infezioni;
- il miglioramento dei tempi di attesa interventi chirurgici/prestazioni ambulatoriali;
- l'aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia,
- la misurazione della qualità percepita.

L'Azienda ha introdotto da qualche anno la misura degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, quale strumento di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia, efficienza e sicurezza delle cure.

I risultati dell'edizione 2022 del PNE (dati SDO 2021) offrono importanti spunti di riflessione, a partire dai numerosi indicatori di volume, processo ed esito in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti, in quasi tutte le aree cliniche considerate, ascrivibili alle iniziative intraprese dall'Azienda a supporto delle performance assistenziali.

VOLUMI - PNE 2022	QUANTITÀ
IMA: volume di ricoveri con almeno un intervento di PTCA	740
STEMI: volume di ricoveri	310
N-STEMI: volume di ricoveri	223
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	284
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	181
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	270
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	149
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	164
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	85
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	137
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	91
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	3
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	94
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	24
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	64
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	73
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	1
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	5
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	15
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	5
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	34
Aneurisma cerebrale non rotto: volume di ricoveri	3
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	51
Ictus ischemico: volume di ricoveri	260
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	33
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	5
Intervento chirurgico per TM laringe (open ed endoscopico): volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico sull'orecchio medio: volume di ricoveri	3
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	250
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri chirurgici	228
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	22
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	66
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	6
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	4
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	12
Isterectomia: volume di ricoveri	69
Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri	736
Parti: volume di ricoveri	1824
BPCO: volume di ricoveri ordinari	47
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	47
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	26
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	10
Prostatectomia: volume di ricoveri	19
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	20
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	3
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	140
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	31
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	18
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	48

Tabella 4 – Volumi - PNE 2022 (SDO 2021).

INDICATORI DI PROCESSO/ESITI – PNE 2022	N.	% GREZZA	% ADJ
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	370	12.43	13.71
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - Con variabili cliniche	421	5.94	7.64
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	406	5.42	6.83
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	370	6.76	9.9
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	122	10.66	16.77
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	94	13.83	13.97
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero/service	251	31.08	28.61
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale STEMI trattati con PTCA entro 12 ore da accesso in struttura di ricovero/service	125	62.4	61.68
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni - Con variabili cliniche	149	3.36	3.22
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	114	1.75	1.16
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	86	1.16	-
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	86	-	-
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	53	86.79	86.96
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	50	12	9.96
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	115	5.22	3.51
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	2	-	-
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	73	75.34	-
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	1	-	-
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	29	-	-
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	13	-	-
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	26	11.54	-
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	15	6.67	-
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	1	-	-
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	91	100	-
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	14	7.14	-
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - Con nuove variabili	14	7.14	-
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	73	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - Con nuove variabili	41	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - Con nuove variabili	40	-	-
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	201	13.43	17.12
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	194	15.46	15.58
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	195	17.95	21.62
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	194	20.1	28.01
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	159	9.43	9.72
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	141	2.84	1.65
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	195	83.59	84.74
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore da accesso in struttura di ricovero	195	73.33	75
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	173	8.09	6.62
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	13	-	-
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	83	-	-
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	53	3.77	2.47
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	13	15.39	-
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	4	-	-
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	6	-	-
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	2054	0.34	0.37
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1021	15.67	15.77
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1297	26.45	29.86
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	316	1.9	1.88
Taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1361	0.66	0.7
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	35	14.29	-
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	32	9.38	-
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni - Con nuove variabili	40	-	-
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	96	-	-
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	23	4.35	-
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	26	11.54	14.68
Arteriopatia III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	23	8.7	-
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	32	9.38	-
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per embolia polmonare	30	6.67	-
Riammissioni a 30 giorni dalla dimissione dopo un ricovero per embolia polmonare	28	14.29	-

Tabella 5 – Indicatori di processo/esiti - PNE 2022 (SDO 2021).

Al fine di descrivere sinteticamente la qualità delle cure delle strutture ospedaliere, il PNE utilizza il treemap, una rappresentazione grafica sintetica che si basa su indicatori rappresentativi delle aree cliniche valutate ai quali è attribuito un peso proporzionale allo loro rilevanza e validità all'interno di ogni specifica area clinica. L'efficacia della rappresentazione dei treemap si basa anche sulla scelta delle classi di valutazione derivata dalle soglie definite dal Ministero della Salute, dalle linee guida scientifiche di riferimento o da una rigorosa metodologia statistica di selezione.

La grandezza dei rettangoli e il colore dipendono dall'attività complessiva delle diverse aree cliniche della struttura e dalla valutazione ottenuta attraverso una media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. La valutazione specifica per area clinica consente di avviare le attività di valutazione della qualità dei dati e di audit clinico-organizzativo nelle aree più critiche.

Nell'edizione PNE 2022 (dati SDO 2021) due aree cliniche hanno raggiunto livelli molto alti (chirurgia generale e osteomuscolare), due aree livello medio (cardiocircolatorio e gravidanza e parto), due aree livello basso (chirurgia oncologica e nervoso), nessuna area ha presentato livelli molto bassi.

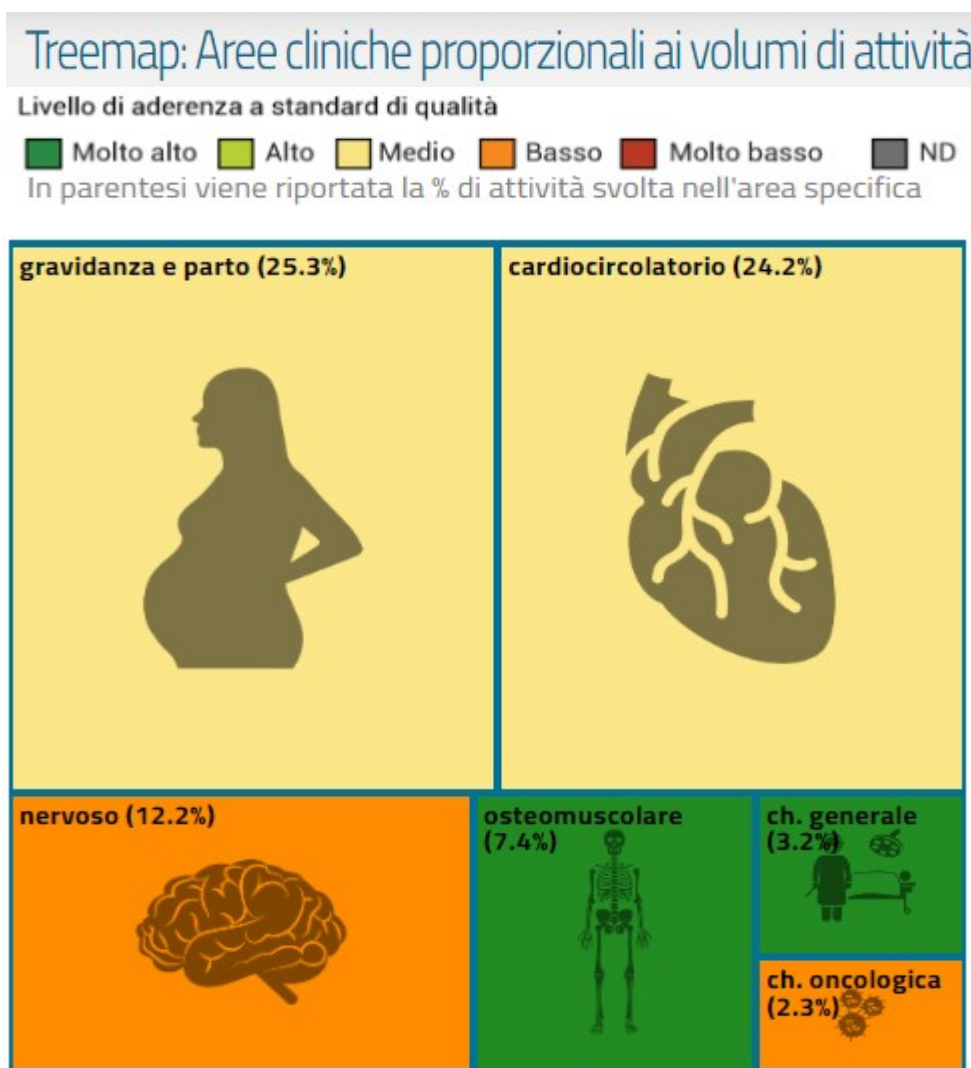


Figura 1 -Treemap: aree cliniche proporzionali ai volumi di attività anno 2021 (PNE 2022).

Il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria è lo strumento del Ministero della Salute che consente di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

DIMENSIONE FUNZIONALE	INDICATORE	FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 annui.	Nr. Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella	Anno 2023 > anno 2022.
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	Nr. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza/ nr. dimissioni attribuite a DRG non a rischio inappropriatezza.	Anno 2023 < anno 2022.
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (0-2)	Nr. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Nr. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica * 100.	Minimo 70
	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	Nr. dimissioni diurne di tipo medico-diagnostico/popolazione residente * 1.000	Anno 2023 < anno 2022.
QUALITÀ CLINICA	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC/nr. ricoveri * 100	Anno 2023 < anno 2022.
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA CLINICA	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	nr. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/nr. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	Minimo 60%
	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti.	Nr. parti cesarei primari/nr. parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala * 100.	Anno 2023 < anno 2022.
	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass isolato aorto-coronarico (BPAC)	Nr. ricoveri con esecuzione di BPAC isolato (non associato ad interventi su valvole cardiache o ad endoarteriectomia) in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento/Nr. ricoveri con esecuzione di BPAC isolato	Anno 2023 < anno 2022.
EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE	Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi).	Nr. unità GR prodotte/Nr. unità GR programmate x100	Anno 2023 > anno 2022.
	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno/ KG plasma programmati	Anno 2023 > anno 2022.
APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA. ADERENZA ALLE LINEE GUIDA E ALLA NORMATIVA	Morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione.	Nr. accertamenti di morte con criteri neurologici/nr. soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta in rianimazione (codice 49).	Minimo 70% di accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici su deceduti in T.I. per gravi lesioni cerebrali acute (dati SDO).
	Donatori di organi in morte encefalica.	Nr. donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nell'area di riferimento.	Anno 2023 > anno 2022.
	Nr. di donatori di cornee/nr. di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici.	Nr. donatori di cornee/nr. accertamenti di morte.	Anno 2023 > anno 2022.
SICUREZZA	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	N. dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi in diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico o dalla data di primo ricovero/tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età ≥ 15 anni * 100.	Anno 2023 < anno 2022.
	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Nr. parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi)/nr. parti totali.	Anno 2023 < anno 2022.

Tabella 6 - Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Il monitoraggio di molti di questi indicatori risente di un ritardo strutturale dovuto ai tempi di elaborazione e consolidamento dei dati effettuato dagli organismi deputati alla relativa misurazione (SISR, AGENAS, Ministero della Salute, ecc). In alcuni casi, l'azienda sopprime procedendo al calcolo intraospedaliero delle misure oggetto di osservazione.

B. Promozione della ricerca scientifica: Muovendo dalle premesse delle prestazioni sanitarie erogate, della tendenza agli investimenti ed all'innovazione, dell'equilibrio economico, del potenziamento strutturale e dell'attenzione particolare alla ricerca scientifica, il Commissario Straordinario ha proposto di far nascere a Reggio Calabria nell'ambito del G.O.M. un **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) denominato “Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria”**.

Il G.O.M. ha inteso coinvolgere nel progetto di istituzione dell'I.R.C.C.S. C.R.E.O. Calabria le migliori energie della provincia di Reggio Calabria in materia di ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari.

L'Istituto può contare, infatti, sul supporto del *Consiglio Nazionale delle Ricerche C.N.R. - Istituto di Fisiologia Clinica I.F.C.* - con sede a Pisa ed una sede secondaria a Reggio Calabria (ubicata proprio presso il G.O.M. in esecuzione di una convenzione di collaborazione, avviata già nel 1974, tra Regione Calabria, G.O.M. e C.N.R. - I.F.C.).

L'Istituto potrà anche fare affidamento sul sostegno dell'*Università degli Studi “Mediterranea” di Reggio Calabria* con cui è stato sottoscritto nel 2016 un Accordo Quadro finalizzato a contribuire nel campo della ricerca scientifica e dell'innovazione in ambito sanitario facendo ricorso alle rispettive competenze specifiche, a collaborare alla partecipazione a gare e a bandi di finanziamento in ambito nazionale ed internazionale, a mantenere elevato il livello di aggiornamento tecnico/scientifico, favorendo contatti, collaborazioni e scambi di conoscenze e competenze nell'ottica di un rapporto costante di cooperazione anche attraverso attività didattiche e formative/integrative. L'Università “Mediterranea” metterà a disposizione dell'istituendo I.R.C.C.S. le proprie competenze nell'ambito dell'elettronica e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), dell'intelligenza artificiale applicata alla grande quantità di dati eterogenei disponibili per la definizione di algoritmi predittivi, del deep/machine learning per il supporto ai processi decisionali di identificazione e ottimizzazione del percorso di cura dei malati, dell'ingegneria biomedica applicata all'analisi ed al trattamento delle immagini, della medicina di precisione genomica, delle strategie manageriali ed organizzative.

C. Promozione ed implementazione di sistemi digitali di accesso ai servizi e informatizzazione delle procedure e dei servizi di gestione delle informazioni (Semplificazione dei processi e Accessibilità digitale): La diffusione, negli ultimi anni, della cultura digitale in tutti gli ambiti della società e il mutato quadro normativo in materia, rendono estremamente importante e centrale la programmazione e la realizzazione di interventi progettuali che guardino alla Trasformazione Digitale come paradigma per fornire servizi sanitari qualificati, efficienti ed efficaci.

In tal senso il G.O.M. ha intrapreso una serie di iniziative tese al raggiungimento, per step, degli obiettivi di digitalizzazione, affrontando aspetti legati alle infrastrutture abilitanti, alla ottimizzazione dei processi ed al miglioramento della user experience legata alle componenti applicative ed ai dispositivi utilizzati.

L'ambito di applicazione di tali paradigmi e strumenti investe sia la componente clinico-sanitaria sia la componente legata ai processi più prettamente amministrativi e gestionali.

Gli interventi di seguito specificati, inoltre, sono strettamente connessi con la programmazione dei servizi sanitari di cura del paziente e, pertanto, sono progettati per adattarsi alle potenziali nuove esigenze e rimodulazioni dei servizi che, nel futuro, potranno rendersi necessarie, nell'ottica che le tecnologie abilitanti, in ambito digitale, sono da considerarsi in continua evoluzione ed al servizio dell'utenza e dei processi aziendali.

Appropriatezza, responsabilità e trasparenza sono i principi fondanti delle scelte progettuali avviate dal G.O.M., sempre tenendo presente l'esigenza di conciliare il progresso tecnologico e digitale con l'esigenza di garantire la corretta erogazione del servizio con la graduale introduzione di nuove funzionalità e processi nativamente digitali, in un contesto in cui non tutti gli operatori sanitari sono pronti ad adottare con le stesse tempistiche e con gli stessi risultati, i nuovi strumenti digitali messi a disposizione.

Di seguito si elencano i principali progetti di Trasformazione Digitale programmati dal G.O.M. per il triennio 2023-2025 al fine di:

- facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;
- migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.;
- promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali.

AMBITO DI RIFERIMENTO	PROGETTUALITÀ	OBIETTIVI	DESCRIZIONE
Infrastrutture e dispositivi abilitanti	Aggiornamento tecnologico Postazioni di Lavoro (PDL)	Aumentare/migliorare la dotazione di dispositivi informatici per gli operatori	In corso interventi per l'acquisto di PDL (PC, monitor, stampanti) ed accessori per il potenziamento delle PDL esistenti in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti.
	Cablaggi e copertura WIFI dei Presidi Ospedalieri	Garantire le infrastrutture di rete necessarie per la fruizione dei servizi su banda larga e anche in mobilità	Adesione alla Convenzione Consip Reti Locali 7 e affidamento in corso delle attività di cablaggio verticale in fibra ottica dei corpi di fabbrica del Presidio Ospedaliero Morelli. Installazione di access point a gestione centralizzata per la copertura WiFi completa dei due Presidi Ospedalieri.
	Firme Digitali	Diffusione della firma digitale	Acquisizione di un sistema di firma digitale remota che si affianca ai sistemi di firma tradizionale con smart card al fine di potenziare ed estendere a ulteriori processi clinici e amministrativi la gestione della firma digitale dei documenti.
	Migrazione al Polo Strategico Nazionale	Rendere maggiormente sicuri dati e processi aziendali	Migrazione su PSN di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud e on premise
Sicurezza informatica	Acquisizione di apparati e servizi per la sicurezza perimetrale delle reti e delle PDL	Potenziare la sicurezza della rete aziendale e delle PDL al fine di prevenire attacchi informatici	Prevista l'adesione a convenzioni che consentano l'acquisizione di nuovi apparati e servizi per la gestione evoluta della sicurezza perimetrale e sulle PDL.

Portali e servizi al cittadino, al dipendente, al fornitore e integrazioni applicative	Portale del Cittadino	Incrementare i servizi al cittadino e ridurre gli accessi fisici ai Presidi Ospedalieri.	Funzionalità SW per l'accesso del Cittadino a servizi quali: - Prenotazione prestazioni - Pagamento prestazioni tramite PagoPA - Ritiro referti.
	App GOM	Incrementare i servizi al cittadino.	Funzionalità SW per fornire informazioni su presidi e servizi del GOM e per guidare il paziente all'interno dei presidi mediante servizio di microgeolocalizzazione. Progettati servizi di integrazione con i sistemi aziendali per prenotazione prestazione, geolocalizzazione evoluta, servizi dinamici, etc.
	Portale del Dipendente	Rendere maggiormente efficiente il rapporto tra Dipendente ed amministrazione.	Funzionalità per consentire la dematerializzazione delle richieste di assenza (rendendole digitali con workflow di approvazione) e consultazione di documentazione quale il cedolino, il cartellino presenze in tempo reale, CU etc.
	Portale del Fornitore	Rendere maggiormente efficiente il rapporto tra fornitori ed amministrazione.	Funzionalità per consentire la visualizzazione dello stato fatture e per le comunicazioni con l'amministrazione.
	Integrazioni con Piattaforme di servizi quali SPID, CIE, PagoPA, App Io, Anagrafe assistiti	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio esistenti nazionali.	Già attive ma da potenziare le integrazioni con le piattaforme indicate. In progettazione integrazione con App Io per le notifiche legate alle attività ed ai servizi del GOM, integrazione con anagrafe assistiti.
	Monitor Dinamici Multimediali	Interagire in modo dinamico e proattivo con l'utenza per fornire informazioni e servizi multimediali.	In fase progettuale la realizzazione di una piattaforma multimediale per la proiezione su Smart TV collocati sui due Presidi Ospedalieri, nelle zone di maggior affluenza e di attesa, di contenuti dinamici e multimediali legati ai servizi localizzati nelle immediate vicinanze degli schermi, contenuti informativi generici del GOM e servizi interattivi.
Componenti applicative e di servizio	Integrazioni tra sistemi applicativi	Ottimizzare efficienza ed efficacia del sistema informativo aziendale.	Implementazione e consolidamento di integrazioni tra sistemi dipartimentali e clinico sanitari. Integrazione con Fascicolo sanitario Elettronico.
	Adeguamento applicativi	Adeguamento tecnologico in ottica cloud.	Interventi mirati all'evoluzione dei sistemi applicativi per rendere tutte le componenti compliance rispetto al paradigma Cloud.
	Sistema di Business Intelligence	Ampliare i sistemi informatici di controllo di gestione.	Realizzazione di un sistema di Business Intelligence finalizzato a consentire alla Direzione Strategica di disporre di report e cruscotti per l'analisi dei dati consuntivi ed effettuare previsioni e analisi di tipo statistico accedendo ai dati stessi secondo diverse dimensioni e ambiti.
	Dematerializzazione e conservazione digitale	Potenziare i sistemi di dematerializzazione delle informazioni.	Interventi finalizzati al potenziamento dei sistemi di conservazione digitale e implementazione di workflow e funzionalità applicative per gestire il flusso documentale in modalità nativamente digitale.
	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti e/o dipendenti	Rilevare e quantificare il grado di soddisfazione e la qualità dei servizi resi a cittadini e dipendenti.	Implementazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti/dipendenti.

Tabella 7 - Progetti di Trasformazione Digitale programmati dal G.O.M. per il triennio 2023-2025.

D. Potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di “diversità tra generi” per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

E. Ricerca e promozione del benessere lavorativo dei propri dipendenti (clima interno): consapevole che la soddisfazione dei dipendenti e la loro motivazione influenzano la performance complessiva dell’Azienda, è intenzione della Direzione Strategica promuovere:

- indagini mirate ad indagare la percezione del clima da parte dei dipendenti al fine di definire strategie in grado di creare un clima interno più “sereno”;
- azioni volte a valorizzazione le competenze e l’aggiornamento continuo, la rimozione di ostacoli e la crescita professionale;
- attenzione sostegno ed inclusione dei soggetti fragili: accessibilità fisica ai servizi;
- flessibilità organizzativa, uso appropriato delle risorse disponibili;
- individuazione delle strutture organizzative e delle connesse dotazioni organiche sulla base dell'effettivo fabbisogno nonché delle eventuali prescrizioni normative di rilievo nazionale e regionale;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali, attivazione di idonei percorsi formativi.

F. Prevenzione della corruzione e trasparenza: Tra le priorità strategiche dell’Azienda, la prevenzione della corruzione e la trasparenza occupano una posizione primaria atteso che la corruzione costituisce un grave impedimento ad una azione amministrativa efficace ed efficiente.

Per rendere strutturale ed evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione si conferma, anche per il triennio 2022-2024, all’interno del sistema di misurazione e valutazione della performance una specifica "Area della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" al fine di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di violazione del quadro di legalità aziendale e creare un contesto sfavorevole alla corruzione, in riferimento a qualsiasi malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite al dipendente dell'azienda nonché alle attività provenienti dall'esterno dirette ad inquinare l'azione amministrativa, a prescindere dal fatto che queste attività riescano a realizzare effettivamente il proprio illecito risultato;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- garantire la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, tutela e partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato, esaustività, tempestività e diffusione dell'informazione e della comunicazione istituzionale.

G. Gestione efficiente delle risorse: Per quanto concerne i costi, l'Azienda ha avviato una serie di azioni finalizzate ad innalzare i livelli di efficienza, attraverso un miglioramento delle modalità di acquisizione, di approvvigionamento e gestione di alcuni beni sanitari, soprattutto farmaci e presidi. Inoltre, ulteriori risparmi, al netto dell'emergenza sanitaria, sono attesi:

- dal più ampio utilizzo di beni e servizi i cui fornitori sono stati individuati da procedure di selezione istruite dalla Consip S.p.A., dalla Stazione Unica Appaltante (istituita con la L.R. n. 26 del 7.12.2007 e successive modifiche ed integrazioni) per quanto possibile ai sensi del D.L. n. 35/2019, convertito con modifiche nella L. n. 60/2019 (che, comunque, persegue obiettivi analoghi di centralizzazione delle procedure di acquisto) e, in ultima istanza (in esecuzione alla normativa appena citata), dalla stessa Azienda. Tale strumento di selezione dei contraenti sarà, infatti, utilizzato sempre di più, in esecuzione alle disposizioni del D.L. n. 66/2014 che ha introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni appaltanti di ricorrere a 35 "soggetti aggregatori", tra cui saranno inclusi la Consip S.p.A. ed una centrale di committenza per ogni regione, per effettuare acquisti di beni e servizi al di sopra di una certa soglia. La tipologia di beni e servizi e le soglie al superamento delle quali le amministrazioni appaltanti hanno l'obbligo di ricorrere ai soggetti aggregatori, saranno fissati da un apposito D.P.C.M. che ogni anno ne specificherà i dettagli;
- dalla piena operatività degli armadi farmaceutici informatizzati per tutti i reparti dell'Azienda che consentiranno, oltre ad una maggiore sicurezza per i pazienti e per gli operatori nella somministrazione del farmaco, un'adeguata gestione delle scorte ed un sostanziale azzeramento della quantità di prodotti scaduti;
- dalla verifica di congruità, tramite azioni di "benchmarking" e analisi svolta tramite i "prezzi di riferimento", delle acquisizioni di beni e servizi, con la conseguente rinegoziazione degli stessi;
- dal monitoraggio di specifici protocolli terapeutici per le patologie di maggior impatto sulla popolazione, definiti con i professionisti dell'Azienda sulla base delle più recenti evidenze scientifiche (risultano già approvati nell'ultimo triennio decine di PDTA e linee guida aziendali).

Con delibera n. 701 del 31.10.2022 l'Azienda ha approvato il *Programma triennale delle opere pubbliche 2023/2025*, così come indicato nell'art. 1 comma 1 del Decreto Ministeriale 16.1.2018 n. 14, redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M., nonché il *"Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi 2023-2024"*.

H. Riduzione dell'impatto ambientale: I servizi sanitari, a cominciare dagli ospedali, contribuiscono in maniera significativa al mantenimento dell'ambiente e, pertanto, il Servizio Sanitario deve in tutti i modi cercare di ridurre l'impatto ambientale migliorando i sistemi ambientali dei servizi sanitari e delle loro attività, compresi i materiali utilizzati, le tecnologie, i trasporti, l'energia, i rifiuti prodotti. In termini di emissioni, il Servizio Sanitario è un settore ad alto impatto ed intervenire su di esso è molto importante anche perché l'attività correlata ai servizi sanitari rappresenta una quota considerevole del PIL, esercitando una forte influenza su molte altre attività economiche, a cui sono intimamente connesse.

Pertanto, sarebbe necessario:

- 1) massimizzare l'efficienza energetica dei fabbricati; ove possibile favorire l'illuminazione e la ventilazione naturale degli ambienti; ottimizzare l'utilizzo degli spazi; utilizzare fonti luminose e tecnologie LED; sostituire gradualmente le fonti di energia fossile con energie rinnovabili, aumentare gli spazi verdi;
- 2) limitare i trasferimenti e migliorare l'efficienza dei trasporti, sviluppando strategie di telemedicina e di comunicazione digitale come alternativa ai colloqui diretti;

3) impiegare mezzi elettrici per il trasporto;

4) attivare convenzioni con tariffe dedicate per l'uso dei mezzi di trasporto pubblici.

L'impatto ecologico come si evince si distribuisce in un'ampia gamma di indicatori e si può misurare e suddividere per settore e attività, adottando conseguenzialmente le misure per ridurla.

Il G.O.M. per quanto riguarda gli aspetti connessi agli edifici di pertinenza ha in programma delle azioni finalizzate al miglioramento dell'efficientamento energetico, all'utilizzo di fonti rinnovabili, al miglioramento dell'illuminazione (Led).

Sarebbe auspicabile individuare un settore che si occupasse della transizione ambientale con degli step precisi di riduzione sugli indicatori più impattanti.

I. Accessibilità fisica ai servizi: La normativa vigente relativamente al superamento delle barriere architettoniche prevede la possibilità per tutti i cittadini indipendentemente dalla condizione personale di potere accedere ai luoghi. Per consentire ciò gli elementi costruttivi che impediscono, limitano o rendono difficoltosi gli spostamenti o la fruizione dei servizi, specialmente per le persone con limitata capacità motoria costituiscono barriere architettoniche e, pertanto è necessario mettere in campo azioni finalizzate al superamento delle suddette barriere.

Nei presidi ospedalieri tale problematica è particolarmente sentita atteso che l'accesso deve essere garantito, tra l'altro, a mezzi di soccorso, a pazienti dializzati, a pazienti con problemi di deambulazione.

Nella programmazione dei lavori, il G.O.M. ha inserito interventi che consentiranno di migliorare, ulteriormente, l'accessibilità fisica ai presidi e la fruizione degli stessi; in generale, comunque, il G.O.M. sta portando avanti progetti e azioni da sviluppare che sia allo stato attuale che nel prossimo futuro miglioreranno l'accesso fisico, l'orientamento, l'utilizzo dei percorsi assistenziali.

L'accesso alle strutture deve essere, infatti, sempre possibile:

- al mezzo di soccorso e agli accompagnatori di pazienti in condizioni di emergenza/urgenza diretti al pronto soccorso. Sono state, inoltre, ricavate per gli accompagnatori aree di sosta limitrofe opportunamente contrassegnate che saranno meglio definite al momento dell'attivazione della gestione dei parcheggi interni.

I due presidi ospedalieri del G.O.M. presentano da questo punto di vista peculiarità diverse, in quanto l'ubicazione, l'accessibilità e le condizioni al contorno sono diverse.

Il *Presidio Riuniti* è fortemente condizionato dai problemi di accessibilità, dovuti alla propria ubicazione, alle caratteristiche del sito, alla mancanza di parcheggi che soddisfino il fabbisogno complessivo, alla totale mancanza di politiche metropolitane appropriate sulla mobilità finalizzate ad agevolare il trasporto da e verso l'ospedale. L'accessibilità è, inoltre, condizionata dalla necessaria presenza di cantieri e dalla limitazione di alcune aree per motivi di ordine sanitario (percorsi COVID). Attualmente, i problemi sono accentuati anche dall'assenza di una gestione dei posti parcheggio disponibili.

Nonostante le problematiche evidenziate sono state poste in essere, nel tempo, azioni finalizzate a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali, adeguando l'ingresso del vecchio ospedale, nonché implementando la segnaletica interna al presidio.

E' prevista l'attivazione della gestione dei parcheggi dei presidi e ciò consentirà anche la messa a disposizione per l'utenza di una navetta dedicata tra il parcheggio inferiore ed il parcheggio superiore.

Il *Presidio Morelli* presenta delle caratteristiche differenti rispetto all'accessibilità, essendo ubicato in zona più pianeggiante con parcheggi a raso a latere degli edifici ospedalieri e nelle vie limitrofe, anche in questo caso i problemi sono accentuati dall'assenza di una gestione dei posti parcheggio disponibili.

Anche nel caso del P.O. Morelli sono state poste in essere, nel tempo, azioni finalizzate a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali, nonché implementando la segnaletica interna al presidio.

Attività programmate:

- sistemazione dei marciapiedi che circondano la struttura, resi in alcuni punti impraticabili dall'alberatura presente;
- attivazione della gestione dei parcheggi del presidio che consentirà una ottimizzazione dell'utilizzo stesso;
- come azione programmata di lungo raggio il G.O.M. ha in previsione l'ampliamento del presidio Morelli che consentirà di innovare tutti gli aspetti legati all'accessibilità fisica dei servizi sanitari del G.O.M. stesso.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	DESTINATARI	TEMPI	INDICATORE	VALORE ATTESO	FONTE DATI
BENESSERE SANITARIO	Rete Ospedaliera: attivazione posti letto da D.C.A. n. 64/2016, D.C.A. n. 91/2020, D.C.A. n. 104/2020.	Cittadini	1-3 anni.	Posti letto attivati.	Posti letto attivati.	HSP.12
	Rete Trapianti: Implementazione attività di prelievo di organi e trapianto. Adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018.	Cittadini	1-3 anni.	Attività da rendicontare e relazionare.	Attività anno 2023> anno 2022.	Relazione U.O.C. Centro Regionale Trapianti
	Erogare prestazioni di alta complessità, ponendosi come riferimento sia a livello regionale che nazionale.	Cittadini	1-3 anni.	% prestazioni di alta complessità/totale prestazioni.	Anno 2023> anno 2022.	SISR (SDO)
	Implementazione percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali.	Cittadini	1-3 anni.	PDTA implementati.	Anno 2023> anno 2022.	Relazioni annuali
	Migliorare l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'equità delle cure erogate.	Cittadini	1-3 anni.	Miglioramento indicatori P.N.E.	Miglioramento dati PNE.	AGENAS, SISR
				Miglioramento indicatori N.S.G.	Miglioramento dati NSG.	Ministero della Salute, SISR
	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	Cittadini	1-3 anni.	Relazione del Risk Manager	Dati di attività.	Relazione annuale Risk Manager.
	Promuovere la ricerca scientifica. Istituzione I.R.C.C.S. denominato "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria.	Cittadini	1-3 anni.	Attività scientifica documentata.	Dati di attività.	Relazioni annuali
BENESSERE SOCIALE (accessibilità ai servizi)	Ridurre i tempi di attesa per interventi chirurgici oncologici.	Cittadini	1-3 anni.	% interventi chirurgici pazienti oncologici entro 30 giorni/totale interventi chirurgici pazienti oncologici.	Anno 2023< anno 2022.	SISR (SDO)
	Ridurre i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.	Cittadini	1-3 anni.	Tempi di attesa migliorati.	Anno 2023< anno 2022.	U.O.C. Direzione Medica di Presidio
BENESSERE SOCIALE (servizi on line)	Semplificazione dei processi e Accessibilità digitale	Stakeholder interni ed esterni	1-3 anni.	Realizzazione progetti di Trasformazione Digitale finalizzati a: – facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie; – migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.; – promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti; – favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali.	Relazione attività.	Responsabile Transizione Digitale
BENESSERE SOCIALE (qualità percepita)	Migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.	Cittadini	1-3 anni.	% valutazioni buone/ottime su servizi erogati/totale pazienti che hanno effettuato indagine di soddisfazione.	Anno 2023> anno 2022.	Dati URP/Qualità

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	DESTINATARI	TEMPI	INDICATORE	VALORE ATTESO	FONTE DATI
BENESSERE SOCIALE (accessibilità fisica ai servizi e umanizzazione)	Migliorare l'accessibilità fisica ai servizi.	Cittadini	1 anno.	Attività da relazionare.	Accessibilità fisica ai servizi migliorata.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
	Attuare iniziative di umanizzazione dei reparti.	Cittadini	1-3 anni.	Attività da relazionare.	Attuate iniziative di umanizzazione dei reparti.	U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
BENESSERE SOCIALE (Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy)	Favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed alla tutela della riservatezza dei dati personali.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Relazioni del RPCT e RPD.	Relazioni del RPCT e RPD.	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Responsabile Protezione Dati
	Consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Relazione del RPCT.	Relazione del RPCT.	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Migliorare l'accessibilità ai servizi a beneficio dei Dipendenti.	Dipendenti	1 anno.	Attivazione Portale del Dipendente.	Portale attivato.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
	Migliorare le condizioni organizzative che impattano sul clima interno (comunicazione, trasparenza, percorsi di carriera, promozione della crescita aziendale degli operatori, formazione, ecc.)	Dipendenti	1 anno.	Indagini mirate ad indagare la percezione del clima.	Indagine clima organizzativo	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
		Dipendenti	1 anno.	Piano Formativo.	Piano Formativo.	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
		Dipendenti	1 anno.	Accessibilità fisica ai servizi dei soggetti fragili.	Accessibilità fisica ai servizi dei soggetti fragili.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
	Prevenzione e protezione dai rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori.	Dipendenti	1 anno.	Relazione del RPP e Datore di Lavoro Delegato.	Relazione del RSPP e Datore di Lavoro Delegato.	Datore di Lavoro Delegato, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
BENESSERE ECONOMICO	Rispetto del vincolo di bilancio programmato.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Bilancio di esercizio.	Risultato economico di esercizio positivo o con perdita inferiore all'1% dell'assegnazione del fondo....	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Indicatore tempestività dei pagamenti.	30 giorni.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
	Programmazione degli acquisti con sviluppo di adeguati strumenti di rilevazione e controllo nell'utilizzo delle risorse.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Approvazione "Programma triennale delle opere pubbliche" ai sensi del D.M. 16.1.2018 n. 14.	Programma approvato con delibera.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
				Approvazione "Programma biennale degli acquisti di beni e servizi", ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 50/2016 Codice dei contratti pubblici.	Programma approvato con delibera.	U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica
BENESSERE AMBIENTALE	Riduzione dell'impatto ambientale.	Stakeholder interni ed esterni.	1-3 anni.	Relazione attività	Relazione attività.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

Tabella 8 – Tabella del valore pubblico.2.2 PERFORMANCE

L'insorgere dell'emergenza COVID-19, già dalla fine di febbraio 2020, ha condizionato pesantemente le attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere ed ha imposto una modifica delle modalità di erogazione dei servizi coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica e rendendo necessaria un'importante riorganizzazione delle attività assistenziali, amministrative e tecniche.

A seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli" di Reggio Calabria, ha intrapreso una serie di attività inerenti l'individuazione e l'organizzazione delle strutture e dei servizi specifici, la predisposizione di PDTA/procedure/percorsi per la sicurezza dei pazienti e degli operatori, la formazione del personale, l'approvvigionamento e l'utilizzo dei DPI, secondo le indicazioni e le linee guida emanate da Società Scientifiche, norme ministeriali e disposizioni regionali. Il tutto è confluito nella pubblicazione l'"Emergenza COVID-19: Modello di gestione Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" pubblicato anche sul portale dell'Osservatorio Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità.

Durante tutto il periodo dell'epidemia, fin dall'emanazione dei primi atti di limitazione delle attività e dei movimenti da parte delle autorità regionali e statali, le attività del G.O.M. sono proseguite adeguando le modalità operative alle ordinanze delle autorità competenti.

Tale situazione ha comportato e comporta tutt'ora un impatto non trascurabile anche sul Ciclo della Performance ordinariamente adottato ed attuato dal G.O.M..

Come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*, parzialmente modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 *"Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124"*, l'Azienda ha adottato il **Piano della Performance 2022-2024**, documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, sono stati individuati gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi dalle varie strutture dell'Azienda.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al **Ciclo di gestione della performance**, così come previsto dall'art. 4 del D. Lgs. n. 150/2009. Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, con indicazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale, entro il 31 gennaio, in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Il Piano della Performance rappresenta, dunque, lo strumento organizzativo-gestionale per migliorare la qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti

dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il Piano della Performance ha come fine di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell' anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Inoltre, come previsto dall'art. 10 D. Lgs. n. 150/2009, l'Azienda adotta annualmente, entro il 30 giugno, la **relazione sulla performance**, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

2.2.1 Gli indicatori di performance

Come tutto il S.S.N., anche il G.O.M. ha subito gli effetti dell'**epidemia da COVID-19**, riconducibili a fatti che hanno stravolto l'organizzazione di tutte le aziende sanitarie:

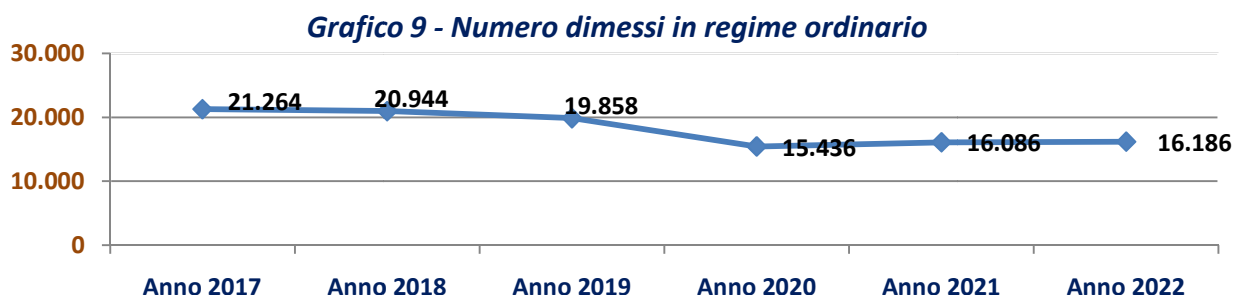
- la rimodulazione temporanea, ma di incerta durata, della dotazione di posti letto di diverse branche disciplinari per aumentare posti letto di terapia intensiva, malattie infettive e pneumologia;
- i costi di adattamento e riadattamento logistico degli spazi ospedalieri, incluse le sale operatorie;
- la sospensione delle ordinarie attività non urgenti o comunque rinviabili;
- i costi per acquisizioni straordinarie di tecnologie, cui saranno associati anche in futuro costi di esercizio per il loro mantenimento, e di scorte di beni di consumo;
- il reclutamento straordinario di personale.

Di seguito l'analisi degli indicatori di performance che registrano una significativa ripresa delle attività pur risentendo ancora dell'impatto che, a partire dal 2020, l'**emergenza COVID-19** ha avuto sulla gestione aziendale.

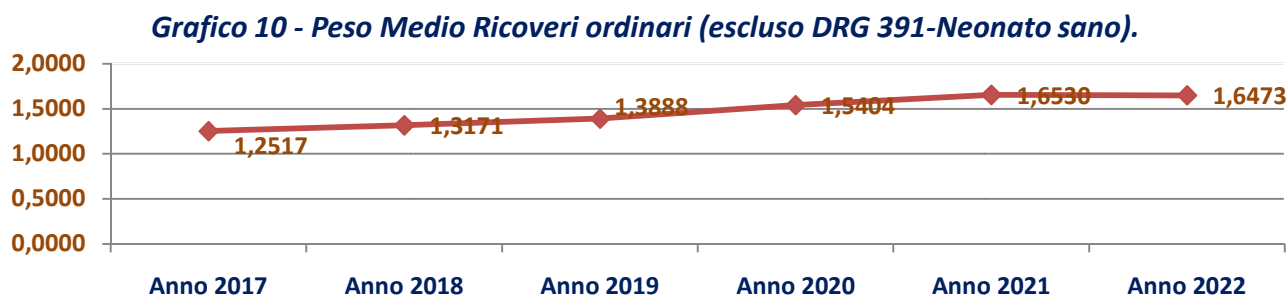
RICOVERI ORDINARI

L'andamento della produzione ospedaliera di ricoveri ordinari ha registrato dati estremamente positivi:

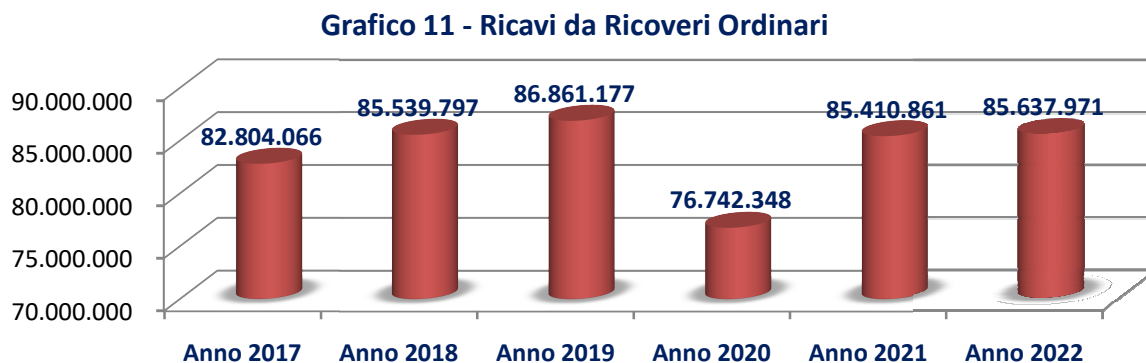
- ❖ l'aumento del volume dei **ricoveri ordinari** (da n. 15.436 nel 2020, a n. 16.086 nel 2021, a n. 16.186 nel 2022);



- ❖ l'incremento del livello della complessità dei ricoveri ordinari evidenziata dal aumento progressivo del **peso medio del DRG** che passa per i ricoveri ordinari da 1,25 nel 2017 a ben 1,65 nel 2022.



- ❖ il **valore economico dei ricoveri ordinari** passa da euro 85.410.861 a 85.637.91 avvicinandosi ai valori antecedenti la pandemia. L'incremento del valore della produzione è il risultato di una casistica più complessa e più appropriata per un centro HUB ed al trasferimento delle prestazioni di minore complessità ed a rischio inappropriata ad un regime di erogazione più appropriato (Day Hospital, Day Service, ambulatoriale).



DAY HOSPITAL

L'attività in regime di Day Hospital ha registrato un numero di 6.018 ricoveri.

Grafico 12 - Numero dimessi in Day Hospital

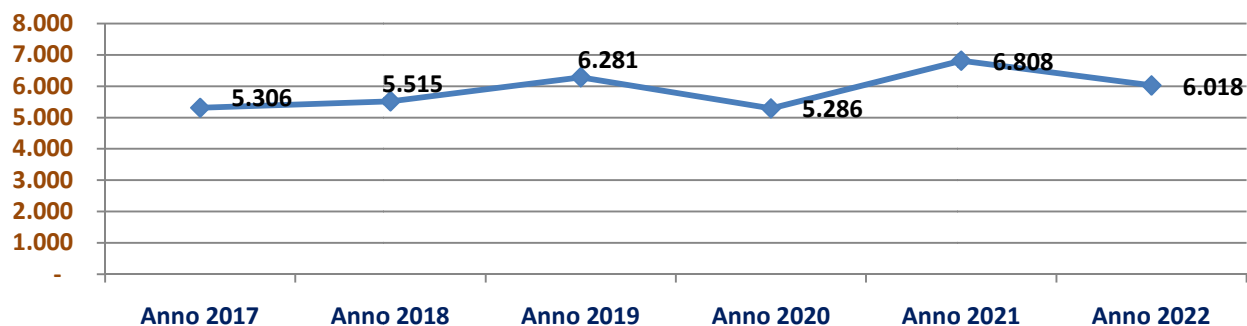
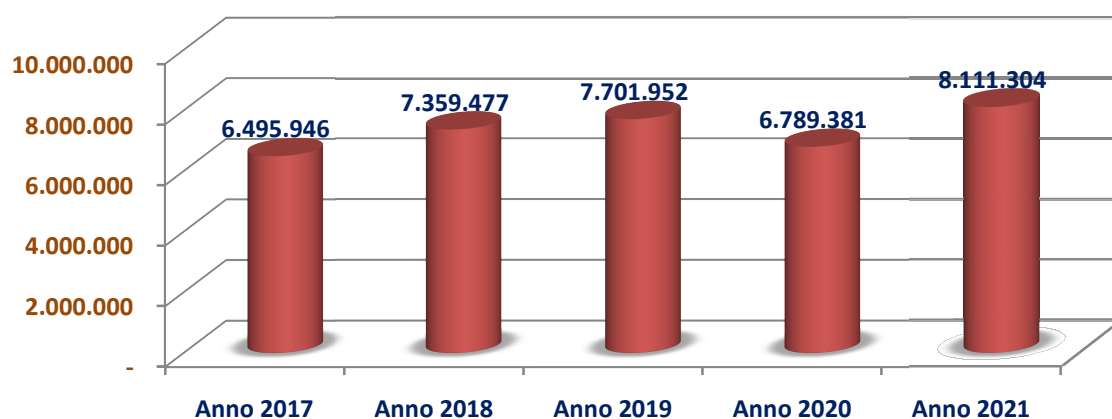


Grafico 13 - Ricavi da attività di Day Hospital



PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'attività ambulatoriale registra un numero di *prestazioni ambulatoriali* aumentale che passano da 564.192 del 2020 a 642.747 del 2021 (+13,9%) ed un importante aumento del loro valore economico che passa da euro 16.874.016 del 2020 a euro 21.016.244 del 2021 (+24,5%).

Grafico 14
Numero prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Esterna

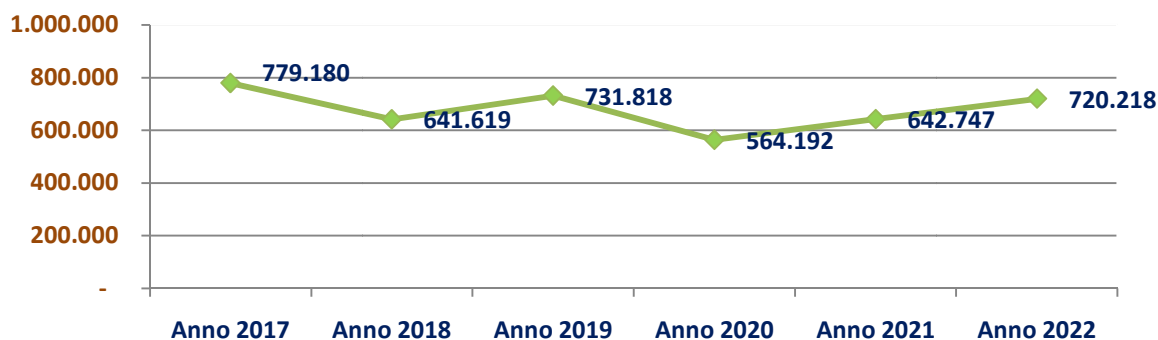


Grafico 15
Numero prestazioni ambulatoriali APA e PAC

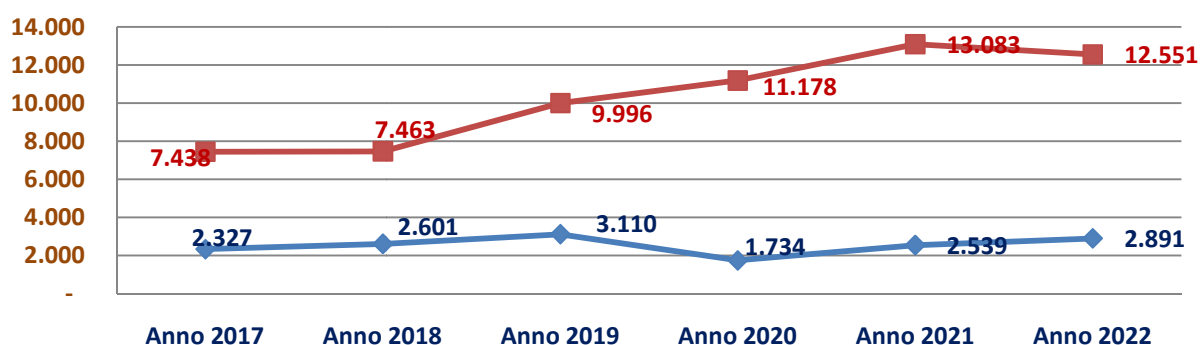
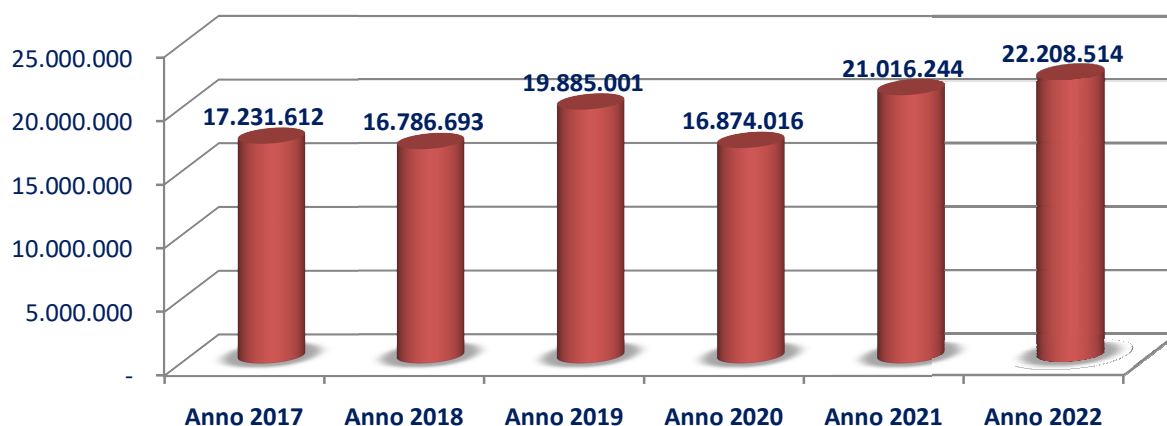
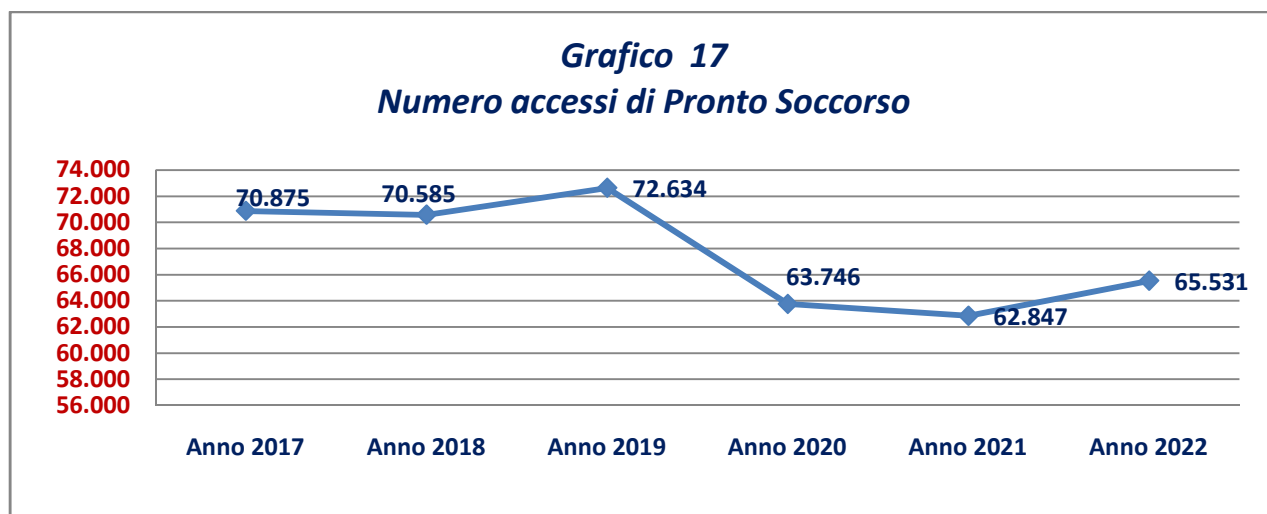


Grafico 16
Ricavi da specialistica ambulatoriale esterna



PRONTO SOCCORSO

Relativamente all'attività del Pronto Soccorso si è rilevato un significativo aumento del **numero di accessi al Pronto Soccorso** (+2.684 accessi) tra il 2020 e il 2022. All'esordio della pandemia, in linea con le indicazioni ministeriali per una corretta separazione dei percorsi e delle aree di trattamento dei pazienti in corso di epidemie, è stato progettato una rimodulazione degli spazi dedicati al Pronto soccorso generale ed al **Pronto Soccorso COVID** e all'**O.B.I. COVID**. Tale percorso è stato mantenuto anche nel 2022.



Nella tabella seguente si riportano alcuni indicatori di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva.

DESCRIZIONE_DATO	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Nr. di accessi totali al Pronto Soccorso	70.585	72.634	63.746	62.847	65.531
Nr. di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.	4.461	4.387	3.907	2.841	2.171
Nr. di O.B.I. esitate a ricovero	1.630	1.594	1.935	1.150	924
Durata media (in ore) delle O.B.I.	24	27	30	40	47
Nr. OBI non seguite da ricovero – Flusso ASA	2.430	2.014	1.409	1.290	1.004

Tabella 9 - Dati di attività O.B.I.

La tabella seguente riporta, inoltre, i **tempi medi di attesa al Pronto Soccorso** in base al triage assegnato in entrata. Si registrano tempi medi di attesa complessivamente molto ridotti. A tal proposito, preme segnalare che il tempo di attesa dei *codici rossi* è realmente di pochi secondi: gli 8 minuti che risultano dal sistema, infatti, si riferiscono ai tempi di registrazione del paziente che, al suo arrivo, viene immediatamente trasportato e assistito nelle sale appositamente riservate alle situazioni più critiche.

TEMPI D'ATTESA PER CODICE TRIAGE (MINUTI)	ANNO 2022
ROSSO	8
ARANCIONE	19
AZZURRO	30
VERDE	53
BIANCO	60

Tabella 10 - Tempi medi di attesa per codice triage (in minuti).

2.2.2 L'evoluzione dei ricavi e del valore della produzione

Nelle tabelle successive si presenta la dinamica dei dati di produzione a parità di tariffa:

PRESTAZIONI	Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.627	71.321.201	20.391	71.523.942	19.716	73.822.756
DAY HOSPITAL	8.025	11.012.747	7.673	9.922.527	6.732	8.846.855
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	816.745	15.049.728	906.954	15.433.698	856.420	16.242.634
FILE F		2.645.357		4.016.195		5.246.623
PRONTO SOCCORSO	72.996	12.231.940	70.606	11.831.447	68.564	11.489.269
TOTALE GENERALE		112.260.972		112.727.810		115.648.138

PRESTAZIONI	Anno 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.559	77.211.980	21.264	82.804.066	20.944	85.539.797
DAY HOSPITAL	6.096	7.271.773	5.306	6.495.946	5.515	7.359.477
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	773.454	16.626.375	779.180	17.231.612	641.619	16.786.693
FILE F		6.503.434		9.297.574		12.172.102
PRONTO SOCCORSO	68.719	11.515.243	70.875	11.876.524	70.585	11.827.928
TOTALE GENERALE		119.128.805		127.705.722		133.685.997

PRESTAZIONI	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	19.858	86.861.177	15.436	76.742.348	16.086	85.352.971
DAY HOSPITAL	6.281	7.701.952	5.286	6.789.381	6.807	8.406.301
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	731.818	19.885.001	564.192	16.874.016	642.745	21.016.157
FILE F		16.099.932		17.700.413		15.850.770
PRONTO SOCCORSO	72.634	12.171.279	63.668	10.668.847	62.771	10.518.537
TOTALE GENERALE		142.719.342		128.775.005		141.144.736

PRESTAZIONI	ANNO 2022 (dati provvisori)	
	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	16.186	85.637.971
DAY HOSPITAL	6.018	8.111.304
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	720.218	22.208.514
FILE F		17.183.172
PRONTO SOCCORSO	65.531	8.377.495
TOTALE GENERALE		141.518.456

Tabella 11 - Dati di produzione 2013-2022.

Nella tabella successiva si presentano alcuni indicatori strutturali e di attività dell'Azienda relativi all'anno 2022 (dati provvisori).

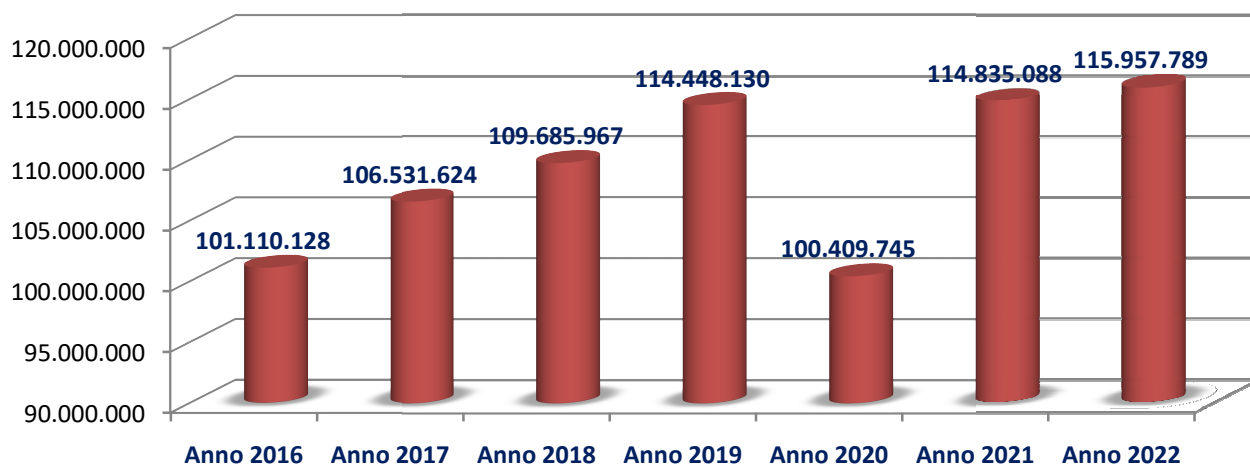
DESCRIZIONE UNITA OPERATIVA	DIMESSI	% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	PESO MEDIO	GG DEGENZA	TASSO OCCUPAZIONE	INDICE TURN OVER	INDICE ROTAZIONE	RICAVI
C. T. M. O.	178	24,88	14,00	3.940	134,93	- 5,43	23,50	9.610.509,00
CARDIOCHIRURGIA	350	83,71	4,20	5.039	69,03	5,70	19,85	6.181.410,00
CARDIOLOGIA	350	59,62	1,77	1.604	19,98	15,79	18,50	2.236.698,00
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	862	77,16	1,64	7.132	69,78	3,24	34,07	4.977.258,00
CHIRURGIA TORACICA	321	30,86	1,69	3.301	64,60	4,88	26,50	1.819.549,00
CHIRURGIA VASCOLARE	361	72,00	2,23	3.590	51,77	7,89	22,32	2.968.621,00
EMATOLOGIA	475	3,40	2,88	5.937	67,77	5,68	20,71	4.996.753,00
GASTROENTEROLOGIA	228	11,47	1,24	1.852	84,57	1,37	41,00	836.130,00
MALATTIE INFETTIVE	661	4,99	1,28	11.438	156,68	- 4,79	43,15	3.040.454,00
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	599	1,17	1,30	7.153	97,99	0,20	37,30	2.317.089,00
MEDICINA GENERALE	740	0,68	1,25	8.605	58,94	7,07	21,20	2.952.059,00
NEFROLOGIA	467	15,42	1,44	5.485	83,49	2,24	26,89	2.118.662,00
NEFROLOGIA TRAPIANTO RENALE	18	100,00	10,29	409	56,03	16,05	10,00	609.698,00
NEONATOLOGIA	359	-	1,78	2.479	42,45	8,94	23,50	2.750.344,00
NEUROCHIRURGIA	399	67,35	2,73	5.184	74,75	3,39	27,16	3.993.910,00
NEUROLOGIA	504	3,77	1,25	6.772	92,77	0,95	27,90	2.084.305,00
NIDO	1.790	-	0,19	4.290	58,77	1,65	91,10	1.347.329,00
OCULISTICA	7	42,86	0,72	28	3,84	100,29	3,50	11.059,00
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	52	-	1,56	351	24,04	20,16	13,75	309.745,00
ONCOLOGIA MEDICA	337	2,75	1,12	3.804	61,31	6,71	21,06	1.206.714,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	662	80,13	1,55	5.728	56,05	6,53	24,57	3.624.849,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.569	34,12	0,59	9.979	75,94	1,22	71,78	4.469.334,00
OTORINOLARINGOIATRIA	232	54,38	1,78	1.294	59,09	3,83	39,00	1.428.231,00
PEDIATRIA	714	11,83	0,65	3.605	51,98	4,75	36,89	1.453.379,00
PNEUMOLOGIA	660	2,28	1,48	7.489	102,59	- 0,25	37,55	2.990.672,00
PSICHIATRIA	297	0,34	0,73	2.523	86,40	1,34	37,13	535.771,00
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	997	73,29	2,01	5.313	97,04	0,14	75,40	7.127.170,00
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	23	-	1,24	1.465	40,14	15,07	14,50	138.000,00
TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	71	77,46	4,79	2.206	50,37	5,24	34,58	1.326.958,00
TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE	210	34,76	3,61	3.275	64,09	4,55	28,79	2.769.154,00
UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	693	55,44	1,41	5.763	87,72	1,10	40,83	3.406.157,00
DATI TOTALI G.O.M.	16.186	35,39	1,67	137.033	70,70	3,12	34,33	85.637.971,00

Tabella 12 - Attività di ricovero in regime ordinario anno 2022 – Principali indicatori di attività (dati provvisori alla data di pubblicazione del PIAO).

Andamento ricavi strutturali 2016-2022	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ricavi ricoveri ordinari	77.211.980	82.804.066	85.539.797	86.861.177	76.742.348	85.410.861	85.637.971
Ricavi ricoveri Day Hospital	7.271.773	6.495.946	7.359.477	7.701.952	6.789.381	8.407.983	8.111.304
Ricavi prestazioni ambulatoriali	16.626.375	17.231.612	16.786.693	19.885.001	16.878.016	21.016.244	22.208.514
Ricavi totali	101.110.128	106.531.624	109.685.967	114.448.130	100.409.745	114.835.088	115.957.789

Tabella 13 - Ricavi strutturali 2016-2022.

Grafico 18
Ricavi da Ricoveri Ordinari, Day Hospital e prestazioni ambulatoriali



2.2.3 Risorse, Efficienza ed Economicità

In conseguenza del perdurare dell'emergenza sanitaria e visto l'art. 11-ter, comma 5, del Decreto Legge 27 gennaio 2022, n. 4, convertito con modificazioni dalla Legge 28 marzo 2022, n. 25, *"Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico"* che stabilisce che *"per l'anno 2022, il termine previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, per l'adozione dei bilanci di esercizio per l'anno 2021 degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), e lettera c), del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 è prorogato al 31 maggio 2022"* e visto che ad oggi, il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari della Regione Calabria, pur avendo adottato il provvedimento di riparto definitivo del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2021 con D.C.A. n. 94 del 25.8.2022, e integrato lo stesso con D.C.A. n. 127 del 13.10.2022, non ha inviato le tabelle di conciliazione dei crediti regionali al 31.12.2021, nè altre evidenze contabili idonee alla definitiva chiusura dei conti tra cui principalmente il livello di finanziamento per l'emergenza Covid, definito solo ancora in parte (vedi D.C.A. n. 193 del 27.12.2022) anche attraverso fondi dell'Unione Europea, nella presente relazione si fa riferimento agli ultimi dati economici formalmente approvati, riferiti all'esercizio 2020.

L'emergenza sanitaria come nella maggior parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in Italia ha determinato un'importante pressione sul fronte dei costi aziendali che dal 2020 hanno subito un notevole incremento sia per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi sia per quello che riguarda il personale. L'effetto economico di tali iniziative è stato tempestivamente e periodicamente segnalato dalla Direzione Strategica e dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie agli organismi superiori di programmazione regionale già in sede di redazione del bilancio economico preventivo 2021 e pluriennale 2021 – 2023 e del bilancio di esercizio 2020, nonché nelle relazioni di

accompagnamento ai modelli trimestrali di rilevazione della situazione economica aziendale (modello CE) del 2021.

Di seguito, in forma grafica e tabellare si riporta l'evoluzione dei principali costi diretti nel triennio 2017 / 2019 e dell'esercizio 2020.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
ACQUISTI BENI SANITARI	45.546.105,04	52.770.048,36	57.984.506,41	61.122.324,75	64.232.358
COSTO DEL PERSONALE	87.816.179,54	89.527.696,49	94.551.164,68	97.162.499,11	96.284.758
TOTALE	133.362.284,58	142.297.744,85	152.535.671,09	158.284.823,86	160.517.116

Tabella 14 - Costi 2017-2021.

Più in dettaglio va segnalato che, nell'arco temporale considerato, si è verificato un aumento del costo relativo agli acquisti di materiale sanitario dovuto proprio alla maggiore attività assistenziale dovuta alla pandemia e ai casi di COVID che nel 2022 sono stati in numero maggiore anche del 2021.

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ricoveri COVID-19	509	1.523	1.917

Tabella 15 – Ricoveri COVID-19.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	22.701.834	26.976.202	30.618.256	32.635.949	35.931.258
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	6.206.000	5.725.337	6.413.541	7.184.058	8.042.112
DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	3.581.000	4.079.722	4.313.377	4.119.776	4.555.492
PRESIDI CHIRURGICI	12.315.000	15.081.645	15.060.277	15.391.004	15.703.496
TOTALI	44.803.834	51.862.906	56.405.451	59.330.786	64.232.358

Tabella 16 - Costo per beni sanitari 2017-2021 (dati 2021 provvisori).

Al fine di rendere l'analisi più completa possibile, è opportuno osservare anche l'andamento di un'altra importante voce di costo, ovvero quella del personale dell'Azienda.

Nella tabella seguente si riporta il dettaglio delle voci in cui è suddiviso il costo del personale.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (dati provvisori)
<u>Totale Costo del personale</u>	94.551.164,68	97.162.499,11	96.284.757,51
B.5) Personale del ruolo sanitario	82.414.798,10	84.897.429,93	84.798.231,84
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	45.269.995,22	46.905.084,73	47.321.654,40
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	41.374.407,27	42.444.595,36	43.471.094,62
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	38.601.148,28	38.972.517,92	39.641.586,22
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	2.773.258,99	3.472.077,44	3.128.083,71
B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	-	-	701.424,69
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	3.895.587,95	4.460.489,37	3.850.559,78
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	3.215.171,23	3.667.622,18	3.419.669,07
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	680.416,72	792.867,19	430.890,71
B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	-	-	-
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	37.144.802,88	37.992.345,20	37.476.577,44
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	33.884.590,49	34.045.206,27	33.805.393,94
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	3.260.212,39	3.947.138,93	3.671.183,50
B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	-	-	-
B.6) Personale del ruolo professionale	291.087,44	320.905,84	315.423,84
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	291.087,44	320.905,84	315.423,84
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	291.087,44	320.905,84	315.423,84
B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-
B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-	-	-
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	-	-	-
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	-	-	-
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-
B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-	-	-
B.7) Personale del ruolo tecnico	6.243.340,68	6.962.772,69	6.808.281,02
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	-	-	-
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	-	-	-
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	-	-	-
B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-	-	-
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	6.243.340,68	6.962.772,69	6.808.281,02
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	6.043.362,12	6.317.343,97	6.282.774,66
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	199.978,56	645.428,72	525.506,36
B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	-	-	-
B.8) Personale del ruolo amministrativo	5.601.938,46	4.981.390,65	4.362.820,81
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	690.734,67	727.858,19	681.569,75
B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	690.734,67	727.858,19	681.569,75
B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-
B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-	-	-
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	4.911.203,79	4.253.532,46	3.681.251,06
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	4.911.203,79	4.253.532,46	3.681.251,06
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-
B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	-	-	-

Tabella 17 - Dettaglio voci costo del personale (in migliaia di euro).

L'incremento del costo del personale è dovuto principalmente alle assunzioni che il Grande Ospedale Metropolitano ha dovuto effettuare a causa dell'emergenza.

Infine, nella tabella seguente, si presenta, un quadro di sintesi sulle principali determinanti del Conto Economico, mettendo in rilievo ed in rapporto alle degenze, il costo del personale, il costo dei farmaci e degli altri beni sanitari.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
QUOTA F.S.R.	163.101.968	170.596.284	183.685.135	183.685.135	206.845.416
RISULTATO DI ESERCIZIO	343.159	197.663	11.947	-8.058.344	711.891
NR. TOTALE PERSONALE	1.568	1.692	1.742	1.698	1.681
COSTO TOTALE PERSONALE	87.816.180	89.527.696	94.551.165	97.162.499	96.284.758
NR. TOTALE DEGENZE	26.570	26.459	26.139	22.894	22.204
PERSONALE/N. DEGENZE	3.305	3.384	3.617	4.244	4.336
COSTO TOTALE FARMACI	22.701.833	26.976.202	30.618.257	32.635.949	35.931.258
FARMACI/N. DEGENZE	854	1.020	1.171	1.535	1.618
COSTO TOTALE ALTRI BENI SANITARI	22.101.715	24.886.705	25.787.195	26.694.838	28.301.100
ALTRI BENI SANITARI/N. DEGENZE	832	941	987	1.255	1.275

Tabella 18 – Principali determinanti del Conto Economico 2017-2021.

È doveroso evidenziare che l'Azienda ha dovuto fronteggiare a causa della pandemia tra il 2020 ed il 2022 una serie di circostanze e di fattori economici sui cui la Direzione Strategica non ha potuto esercitare alcun tipo di controllo o azione di contenimento.

A ciò si aggiungono nuovi costi che discendono principalmente dall'implementazione delle attività assistenziali, ma anche da situazioni di emergenza createsi a seguito di chiusure di servizi sanitari del livello territoriale e, pertanto, di competenza dell'A.S.P. di Reggio Calabria.

2.2.4 Le criticità e le opportunità

L'analisi organizzativa, operativa e sulla gestione economico finanziaria e sulle azioni da mettere in atto per aumentare la capacità competitiva dell'Azienda e, soprattutto, la capacità di generare risorse finanziarie con una crescente attenzione all'evoluzione dei costi, vanno accompagnate ad una valutazione delle potenzialità offerte dall'attuale posizionamento del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli", specie sulle attività "core", dei trend di sviluppo delle attività nell'ultimo triennio e da una prima selezione dei progetti di sviluppo di linee innovative di diagnosi/terapia e di assistenza e di ricerca, già presenti nell'Azienda. La valutazione dei potenziali dell'Azienda può essere meglio compresa attraverso i risultati di una analisi di tipo SWOT di seguito sinteticamente presentata.



Punti di forza

- **Centro HUB e ad alta specializzazione.** L'Azienda concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed elevato contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie in ambito provinciale e regionale in quanto centro HUB per la Provincia di Reggio Calabria. Quale Centro HUB, l'Azienda assicura le funzioni di alta specializzazione legate all'emergenza, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili nei centri SPOKE.
- **Solidità economico patrimoniale.** Nell'ultimo decennio pre-COVID-19, l'Azienda ha tenuto un sostanziale equilibrio economico con risultati di esercizio sempre contenuti entro l'1% della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata all'Azienda. In particolare, nel periodo 2006 – 2012 sono state registrate perdite di esercizio con un trend decrescente, mentre nel periodo 2013 - 2019 il risultato economico è stato positivo.

- **Presenza di centri di eccellenza e flessibilità organizzativa.** L'Azienda fornisce un servizio di eccellenza ai cittadini, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi, avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale.
- **Completezza dell'offerta terapeutico - assistenziale e approccio multidisciplinare al paziente.** L'Azienda, centro di eccellenza nelle cure mediche ospedaliere, sviluppa forme di collaborazione multiprofessionale. È possibile evidenziare un approccio di integrazione organizzativa e multidisciplinare alla gestione del paziente, con una ricerca del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.
- **Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative.** L'impegno nel rinnovamento tecnologico da parte dell'Azienda è intenso e tale da produrre importanti innovazioni che rappresentano un'opportunità per il futuro. Così, per la prima volta in Calabria arriva il trattamento di chirurgia robotica; la chirurgia robotica è stata finalmente inserita nel blocco operatorio apportando una rivoluzione per la chirurgia mini invasiva ed altamente complessa. Altro strumento di cui si è dotata l'Azienda è la PET - TAC, tra i più innovativi per quanto riguarda la diagnostica per immagini. Altra attrezzatura importante è il nuovo acceleratore lineare con TC simulatore per le U.O.C. di Radioterapia e Fisica Sanitaria acquisito in leasing che determina una maggiore precisione ed efficacia di tali delicate prestazioni sanitarie nonché una riduzione dei tempi di trattamento ed una conseguente riduzione dei tempi di attesa.
- **Elevato grado di informatizzazione dei processi.** L'Azienda, al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali, utilizza un avanzato sistema informatizzato sia per l'area sanitaria che amministrativo-contabile.
- **Efficace attività nella gestione generale dei flussi informativi e del controllo di gestione.** Il sistema di Controllo di gestione di cui è dotata l'Azienda, supportando con strumenti informativi integrati la definizione delle scelte a supporto delle decisioni strategiche ed operative, garantisce una efficace risposta alle diverse esigenze informative, interne ed esterne all'azienda.

Punti di debolezza

- **Carenze strutturali e organizzative.** Il Presidio Ospedaliero "Riuniti" è una struttura la cui realizzazione risale a molti decenni fa, quando i canoni e i criteri della medicina e dell'assistenza in regime di ricovero erano lontani da quelli moderni. Esso si trova, pertanto, ad affrontare richieste, volumi di attività e percorsi di gestione del paziente non immaginabili al momento della sua costruzione.
- **Numero di sale operatorie inferiore alle necessità e la mancanza di una struttura di Day Surgery autonoma.** Anche su questo punto il progetto del nuovo ospedale risponde all'esigenza di svincolarsi da una struttura vecchia ed obsoleta e vedrà anche la costruzione di 12 sale operatorie nel nuovo ospedale. Sono stati redatti i progetti di ristrutturazione degli spazi finalizzati alla realizzazione delle nuove sale operatorie di Ostetricia al piano del Dipartimento Materno Infantile e del vecchio blocco operatorio, per la realizzazione di un'area di day surgery (2 sale operatorie di ostetricia e 4 di day surgery), per i quali è stato richiesto un

apposito finanziamento alla Regione Calabria di € 800.000 per le sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia (in regime di cofinanziamento) e di € 2.000.000 per le sale di day surgery (totale finanziamento a carico Regione).

- **Anzianità anagrafica e professionale della classe medica e infermieristica, conflittualità del personale, resistenza al cambiamento** sono elementi cui dovrà necessariamente accompagnarsi una revisione delle politiche e dei sistemi di gestione del personale.
- **Scarsa applicazione di dimissioni protette e ADI**, indispensabili per poter garantire continuità assistenziale, prestazioni che vengono assicurate direttamente nel domicilio dell'assistito, evitando così ricoveri ospedalieri.

Opportunità

- **Attrattività.** Si rende necessario garantire ai cittadini terapie mediche e chirurgiche ottimali in loco, sfruttando l'apertura di reparti di eccellenza, quale quello di Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica e Oncoematologia Pediatrica che potrebbero diventare dei poli attrattivi.
- **Convenzionamento con altre strutture sanitarie territoriali e con Strutture Universitarie.** L'Azienda intrattiene rapporti convenzionali con altri enti e strutture (altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale e delle altre Regioni, Università ecc.) per il perseguimento dei propri fini istituzionali sanitari, amministrativi e tecnico - operativi.
- **Integrazione con strutture sanitarie territoriali.** E'auspicabile un coordinamento ed integrazione delle attività ospedaliere erogate dalle strutture presenti sul territorio, al fine di migliorare le pratiche di continuità assistenziale.
- **Elaborazione di proposte in ordine all'organizzazione di attività intramuraria nel rispetto delle norme vigenti.** Lo svolgimento di attività mediche al di fuori dell'orario di lavoro, con tariffe maggiorate e da ripartire tra il libero professionista e l'ospedale, potrebbe essere fonte di ricavi per l'Azienda e costituire utile soluzione al problema del contenimento dei tempi relativi alle liste di attesa.
- **Supporto della politica sanitaria regionale.** Il supporto regionale è fattore indispensabile per proseguire nel rilancio del presidio ospedaliero, nella convinzione che Reggio Calabria abbia tutti i presupposti affinché, con un nuovo Ospedale, possa offrire un adeguato sistema di assistenza medica, degno di una città metropolitana.

Minacce

- **Assenza di filtro da parte delle strutture territoriali e scarsa disponibilità all'integrazione con strutture sanitarie territoriali** di emergenza createsi a seguito di chiusure di servizi sanitari del livello territoriale. Si evidenzia che il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi – Melacrino - Morelli" si è sostituito all'A.S.P. di Reggio Calabria nell'erogazione di prestazioni sanitarie "consolidate" presso la popolazione per quanto non coerenti con la mission dell'Azienda sotto il profilo strettamente tecnico - sanitario ed organizzativo. La nuova rete ospedaliera punta a un servizio di qualità per il paziente-cittadino. Essa non solo restituisce territorialità alle cure evitando la migrazione sanitaria, ma aumenta le probabilità di successo nella risoluzione del problema. Per questo motivo, la rete ospedaliera deve integrarsi in modo omogeneo nel

sistema dell'offerta sanitaria della regione, che presuppone la circolarità e l'integrazione dei servizi tra le strutture che insistono sul territorio.

- **Uso improprio del Pronto Soccorso da parte dell'utenza.** Il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero risulta intasato da richieste di prestazioni inappropriate; si rende necessario, pertanto, adottare strategie mirate al fine di scoraggiare il contatto con i cosiddetti "codici bianchi" e contenere gli accessi impropri al pronto soccorso.
- **Qualità dell'offerta sanitaria privata sopravvalutata rispetto alle reali potenzialità.** La qualità dei servizi offerti dalla sanità pubblica non è vista di buon occhio dalla maggior parte degli italiani e solo in pochi la giudicano migliorata. I costi sono più accessibili e il personale è qualificato, ma le strutture private raccolgono buoni consensi, soprattutto per le minori liste d'attesa.

2.2.5 La pianificazione triennale

Programma Operativo Regionale

Con Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 162 del 18 novembre 2022, è stato approvato il "*Programma Operativo 2022-2025*", ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i., documento di indirizzo regionale che mira a portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico. Tale Programma, pur proseguendo la programmazione del precedente triennio 2019-2021 (D.C.A. n. 57/2020) in relazione ad alcuni aspetti non realizzati, tiene conto dello scenario determinato dall'evento pandemico da COVID-19, ancora oggi incombente e che rischia di trasformarsi in un fatto endemico, con il quale, quindi, confrontarsi ancora nel tempo.

Programma Operativo Aziendale

Pur in un panorama sanitario nazionale e regionale, obiettivamente complicato, per la necessità di dover garantire, da una parte, un ritorno pieno alla normalità dell'attività sanitaria e, dall'altra, i ricoveri per pazienti acuti di Covid-19, l'attività svolta dalla direzione strategica nel triennio 2020 - 2022 mette, dunque, l'Azienda nelle condizioni di guardare con fiducia alle nuove sfide previste dalle varie scadenze del 2023.

Nel corso del 2023, dunque, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi la cui realizzazione assume rilevanza decisiva e strategica:

- 1) mantenimento a regime di una risposta strutturale ed organizzativa all'epidemia CoVid-19, e ad altri possibili episodi pandemici, attraverso l'utilizzo di fondi regionali, statali ed europei assegnati all'Azienda dalla Regione Calabria;
- 2) potenziamento di tutte le attività di ricerca clinica e di sperimentazione sanitaria anche attraverso la costituzione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) denominato "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria" il cui progetto ha già ricevuto con il D.C.A. n. 76 dell'11.5.2021 il parere di coerenza con la programmazione sanitaria regionale ed il nulla osta definitivo da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze con il parere prot. n. 137-P del 26.5.2021 riportato nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli

adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei L.E.A. del 22.7.2021 e la cui procedura per l'accreditamento è in fase di istruttoria;

- 3) potenziamento delle dotazioni tecnologiche e delle attrezzature al Presidio “Bianchi - Melacrino”, a seguito della sottoscrizione degli atti propedeutici da parte del Commissario Delegato ex O.P.C.M. 3635/2007 per la seconda tranche di investimenti e dell'autorizzazione alla rimodulazione degli interventi programmati avvenuta con il D.C.A. n. 88 del 9.8.2016 ed il D.C.A. n. 89 del 9.8.2016, del nuovo “Programma di ammodernamento tecnologico”, ai sensi dell'art. 6, comma 5, della L. n. 60/2019, approvato con il D.C.A. n. 183 del 19.12.2019, successivamente rettificato con il D.C.A. n. 141 del 6/11/2020 e definitivamente approvato con il D.C.A. n. 5 del 31/01/2022 e del piano di ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera C.I.P.E. n. 32 del 21 marzo 2018) approvato con il D.C.A. n. 97 dell'8.7.2020 e, definitivamente, con il D.M. Salute del 24.2.2021;
- 4) stabilizzazione del personale precario residuo, ormai pochissime unità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 di tutti i profili professionali e copertura dei principali posti vacanti, personale medico, tecnico - infermieristico e di operatore socio sanitario nelle UU.OO. dove si registrano le maggiori difficoltà (previa verifica dei fabbisogni e, per gli infermieri, dopo aver effettuato i trasferimenti);
- 5) l'incremento dell'attività chirurgica di elezione per le U.O.C. di Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Urologia, Ortopedia, Neurochirurgia, Ostetricia e Ginecologia attraverso: a) l'acquisto di attrezzature sanitarie con fondi finanziari ex art. 20 della legge n. 67/1988 e degli obiettivi di P.S.N., nonché l'aumento della chirurgia robotica avviata negli scorsi anni attraverso l'acquisizione, concordata con la Struttura Commissariale di un'apposita attrezzatura che l'Azienda ha installato, prima ed unica in Calabria, e grazie alla quale è divenuta centro di riferimento per l'intera Regione; b) il potenziamento degli organici attraverso l'assunzione del personale autorizzato con il D.C.A. n. 165 del 29.11.2022; c) la modifica dell'organizzazione all'utilizzo del Blocco Operatorio già redatta dal responsabile della relativa U.O.S.D. (in linea con il Piano della Performance 2022 – 2024) e trasmessa alla Regione Calabria per l'autorizzazione, al fine di raggiungere un ottimale utilizzo delle risorse assegnate e di migliorare la performance chirurgica;
- 6) incremento delle attività afferenti le specialità cardio – vascolari implementando con l'ASP di Reggio Calabria la rete dell'IMA, già approvata dalla struttura commissariale per il piano di rientro;
- 7) finanziare ed avviare le procedure di progettazione per la seconda fase della realizzazione del polo Oncoematologico presso il presidio “Morelli”. Già nel 2020 è stata completata la prima fase con il trasferimento delle degenze delle U.O.C. di Oncologia, Ematologia e C.T.M.O. Tale cambio logistico ha una finalizzazione volta alla creazione di un polo regionale per la diagnosi e la cura delle patologie onco-ematologiche. Il secondo corpo di fabbrica è stato concluso e collaudato solo per la parte strutturale ed esterna, mentre era stato richiesto un finanziamento urgente alla Regione Calabria a valere sulle residue disponibilità dei fondi dell'art. 20 della L. 67/1988, per eseguire le lavorazioni accessorie e complementari all'interno del secondo corpo di fabbrica che dovrebbe essere consegnato entro il prossimo anno e dove saranno trasferite gli ambulatori e le sale di day hospital delle U.O.C. di Oncologia, Ematologia e C.T.M.O., le degenze della U.O.S.D. Oncoematologia Pediatrica e l'Unità di preparazione dei Farmaci Antiblastici – U.F.A.. L'investimento in atto, nella strategia aziendale è propedeutico, medio tempore, alla realizzazione

del futuro Grande Ospedale della Città Metropolitana di Reggio Calabria, tramite l'elaborazione di uno specifico master plan, quale documento di indirizzo strategico aziendale, la cui prima versione è già stata all'attenzione della Struttura commissariale per il Piano di Rientro nonché del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari della Regione Calabria in quanto con il D.P.C.M. del 23 dicembre 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 27 gennaio 2016, essa è stata giudicata quale iniziativa immobiliare di elevata utilità sociale valutabile nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL, ai sensi dell'art. 1, comma 317, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), a seguito di partecipazione all'avviso pubblico del 2 luglio 2015 indetto dal Governo con un finanziamento di euro 180.000.000,00. Proprio in fase di redazione del presente documento sono in via di completamento le attività di progettazione di fattibilità tecnico - economica, indagini nonché quelle della relativa verifica e validazione propedeutiche all'indizione della Conferenza di Servizi all'esito della quale si procederà con la progettazione definitiva dell'opera. Il 10.10.2022 è stato pubblicato il D.P.C.M. 14 settembre 2022 che, prendendo atto della richiesta del G.O.M. attraverso ed in sinergia con la Regione Calabria rispetto all'incremento dei costi di realizzazione intervenuti medio tempore, ha incrementato l'importo stanziato di ulteriori euro 90.000.000,00, portando il finanziamento complessivo dell'intervento da euro 180.000.000,00 a euro 270.000.000,00. Anche il completamento delle lavorazioni accessorie e complementari all'interno del secondo corpo di fabbrica realizzato nella seconda fase del nuovo presidio "Morelli" è stato giudicato quale iniziativa immobiliare di elevata utilità sociale valutabile nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL ed approvato con D.P.C.M. 4 febbraio 2021, per un importo di euro 10.000.000,00 ed anche per quest'opera il D.P.C.M. 14 settembre 2022 ha incrementato l'importo stanziato di ulteriori 2.700.000,00, portando il finanziamento complessivo dell'intervento a euro 12.700.000,00.

Questi obiettivi di carattere straordinario insieme ad un miglioramento dei processi gestionali dovranno portare al miglioramento delle prestazioni sanitarie in termini di quantità, di qualità e di appropriatezza e, quindi, innescare un circolo virtuoso in grado di incrementare progressivamente le risorse finanziarie.

In considerazione di quanto sopra esplicitato il programma di attività predisposto dall'Azienda, in piena aderenza con i criteri di appropriatezza clinica, organizzativi e assistenziali dettati dalle direttive nazionali e regionali in materia sanitaria, dovrà garantire all'Azienda ed all'intero Sistema Sanitario Regionale risultati positivi in termini di miglioramento dei livelli assistenziali, e al contempo, il mantenimento del quadro economico aziendale e regionale teso all'obiettivo precipuo del pareggio di bilancio.

Si ritiene che, in ordine agli atti di indirizzo nazionali e regionali in materia di LEA e di Piano di Rientro dai deficit sanitari, debbano essere ulteriormente migliorati i percorsi interaziendali finalizzati a potenziare, ancora di più, l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e la rete di collegamento tra il G.O.M. quale centro "hub" e gli ospedali territoriali "spoke", migliorando la qualità dei servizi territoriali e domiciliari. Tuttavia, è necessario potenziare in sinergia con l'A.S.P. di Reggio di Calabria una più ampia intesa istituzionale, avviata in tempi di emergenza Covid-19, in linea con la programmazione indicata dalla struttura commissariale regionale e dal Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari, al fine di razionalizzare l'attività degli ambulatori e dei laboratori di modo da lasciare in ospedale le prestazioni specialistiche più complesse riducendo le prestazioni

ambulatoriali di routine (rx, prelievi ematici etc.). Un tale accordo renderà più efficiente l'erogazione di tutte le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, riducendo i tempi di attesa per l'utenza, e consentirà all'Azienda Ospedaliera di concentrare risorse umane, tecniche e finanziarie all'erogazione di prestazioni cui è istituzionalmente deputata e nel contempo ad affrontare con maggiore serenità l'emergenza sanitaria eccezionale.

In ogni caso nel perseguimento della sua missione gestionale l'evoluzione dell'Azienda per il triennio 2023 - 2025 dovrà essere decisamente orientata al consolidamento dell'offerta sanitaria che costituisce un momento qualificante sia per l'appropriatezza dei ricoveri nel rispetto dei L.E.A., sia per attenuare o ridurre nei termini fisiologici la mobilità esterna, in giusto e necessario raccordo sinergico con i medici di base e con la stessa A.S.P. di Reggio Calabria.

La Direzione Strategica ritiene necessario continuare nel triennio 2023– 2025 un piano di azioni, avviato ed implementato nel periodo 2017 – 2022, che ha come obiettivo prioritario quello di elevare gli standard quali - quantitativi delle diverse componenti (cliniche, organizzative, tecnologiche e comportamentali) caratterizzanti i processi di diagnosi e cura, adeguandoli a specifici e definiti standard di riferimento nazionali e internazionali, compatibilmente con l'emergenza sanitaria.

Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali - Il Percorso di Budget

L'Azienda ha approvato con la delibera del Commissario n. 200 del 28.3.2019 il *“Regolamento aziendale percorso di Budget”* quale strumento operativo aziendale nell'ambito del processo di programmazione e controllo, periodico e sistematico, della gestione.

Il Budget è lo strumento di programmazione e controllo di breve e medio periodo che traduce in obiettivi annuali i programmi pluriennali espressi dalla Direzione Strategica nel Piano Triennale per la Performance, assegnandoli a specifici Centri di Responsabilità.

Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e implica un programma operativo attivo, che supera la mera programmazione e rimanda all'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione all'interno dell'Azienda.

Il processo di budgeting consente di indirizzare tutte le unità operative verso gli obiettivi negoziati, di verificarne il conseguimento ed eventualmente di rimodulare l'operatività in modo da riportare l'eventuale scostamento in linea con gli obiettivi stabiliti, favorendo nei dirigenti, la consapevolezza del loro operare sul raggiungimento dei risultati e nell'assunzione di responsabilità ben precise di carattere economico e produttivo.

Il budget, pertanto, quale meccanismo operativo risponde alle seguenti principali funzioni:

- a. rappresenta, attraverso i propri strumenti, la modalità gestionale che consente di legare la programmazione al controllo attraverso la definizione di obiettivi, la formulazione di piani di azione, l'identificazione di indicatori quali-quantitativi sintetici, l'identificazione delle responsabilità, consentendo il processo di controllo attivo e costante delle attività e dei costi.
- b. costituisce parte integrante del Piano della Performance, ai sensi del D. Lgs n. 150/2009, che include nel suo ciclo complessivo l'articolazione integrata del budget, con la misurazione e valutazione delle performance organizzativa e individuale e la rendicontazione istituzionale dei risultati, al fine di garantire la trasparenza degli obiettivi nell'interesse dei cittadini e degli stakeholder.

Il Percorso di Budget si avvale per la sua realizzazione operativa del sistema informativo e dei suoi sottoinsiemi costituiti in particolare da: data warehouse (DWH), contabilità generale (CO.GE.), contabilità analitica (CO.AN.), gestione del personale e altri flussi informativi interni.

Avviare il processo di Budget significa anche definire un inizio ed una fine del processo con il Calendario di Budget.

FASE DEL PROCESSO	ATTORI COINVOLTI	TEMPISTICA
A. Avvio del processo	Direzione Generale	Dicembre/Gennaio
B. Predisposizione delle Schede di Budget	Comitato per il Controllo di Gestione	Febbraio
C. Discussione/negoziazione degli obiettivi	Direzione Generale, Direzione Amministrativa Aziendale, Direzione Sanitaria Aziendale	Febbraio/Marzo
D. Consolidamento e definizione degli obiettivi	Comitato per il Controllo di Gestione	Marzo
E. Assegnazione degli obiettivi	Direzione Generale, Direttori di Dipartimento, Centri di Responsabilità	Marzo
F. Monitoraggio	Comitato per il Controllo di Gestione	Almeno semestrale
G. Misurazione della performance organizzativa	Controllo di Gestione, Direzione Generale, O.I.V.	Aprile/Maggio dell'anno successivo al budget

Tabella 19 – Calendario di Budget.

Avvio del Processo di Budget

La Direzione Generale, supportata dalla Direzione Amministrativa Aziendale e dalla Direzione Sanitaria Aziendale, avvia il Processo di Budget, definendo le priorità gestionali ed i vincoli d'azione dell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi regionali assegnati, dei vincoli economici/finanziari/di investimento, del Bilancio di Previsione, delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi del Piano Strategico Triennale, di altri obiettivi ritenuti strategici per l'Azienda. L'Azienda ha anche adottato il "Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021" ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, del decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016 e del decreto del Commissario ad acta n. 104 del 28.9.2016 con delibera n. 386 del 28.6.2019 ed il relativo allegato tecnico che sono stati in seguito approvati con il decreto del Commissario ad Acta n. 151 del 18.11.2019.

A. Predisposizione delle Schede di Budget

La predisposizione da parte del Comitato per il Controllo di Gestione delle Schede di Budget, integrate con gli indicatori di produzione in coerenza con la programmazione aziendale e la compatibilità economica, costituisce lo strumento fondamentale per la negoziazione degli obiettivi.

B. Discussione/Negoziazione degli obiettivi

La fase di negoziazione prevede l'incontro della Direzione Strategica con il Direttore di Dipartimento ed il Direttore/Responsabile del CdR durante il quale vengono esposti e discussi gli obiettivi contenuti nella scheda di budget

C. Consolidamento e definizione degli obiettivi

La fase di discussione/negoziazione si conclude con la compilazione di una Scheda Budget per ciascun Centro di Responsabilità nella quale devono essere esplicitati gli obiettivi, il peso per obiettivo, le eventuali azioni, gli indicatori di risultato ed i valori attesi.

Le schede di Budget così formulate dovranno essere sottoscritte, per approvazione, dal Direttore di Dipartimento, dal Direttore/Responsabile del CdR e dal Direttore Generale.

Il ruolo del Direttore di Dipartimento nel processo di Budget è quello di supportare la Direzione Strategica nel processo di negoziazione di budget con i CdR del Dipartimento e promuovere il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di dipartimento ma l'assegnazione degli obiettivi costituisce atto formale tra la Direzione Generale ed il Direttore/Responsabile del CdR. Entro un mese dalla negoziazione ufficiale, ciascun responsabile di CdR dovrà divulgare gli obiettivi negoziati sulla scheda di budget formalizzando l'incontro con un verbale da allegare alla relazione annuale sulla performance del CdR.

D. Assegnazione degli obiettivi

Con le Schede di Budget convalidate, la Direzione Strategica avvia la fase di assegnazione degli obiettivi, intesa come fase formale di assunzione degli stessi da parte dei responsabili dei CdR i quali "a cascata" declineranno gli stessi con il personale interno alla propria struttura.

Infatti, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, fondamentale è il coinvolgimento e la condivisione, da parte dei Direttori/Responsabili dei CdR, degli obiettivi con il personale interno al CdR, attraverso l'assegnazione formale degli stessi.

E. Monitoraggio degli obiettivi assegnati

Il sistema degli obiettivi assegnati deve essere sottoposto durante l'esercizio ad un monitoraggio, almeno semestrale, finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale loro revisione. La verifica degli obiettivi economici andrà effettuata anche in relazione ed in stretta coerenza alla rilevazione dell'andamento economico aziendale con il modello di Conto Economico (CE) trimestrale e con il Piano di Rientro Aziendale.

Il Comitato per il Controllo di Gestione effettua il monitoraggio mediante l'analisi dei dati economici e di obiettivo, evidenziando gli scostamenti ed individuando, congiuntamente con i Centri di Responsabilità, le azioni correttive necessarie al rispetto dei parametri di budget previsti e le eventuali riallocazioni di risorse strumentali.

Per mantenere stabilità e certezza al processo, si ritiene opportuno ridurre la revisione e conseguente ricontrattazione degli obiettivi negoziati solo nei casi di effettivi sopravvenuti fattori straordinari che ne rendono impossibile il raggiungimento o da variazioni significative delle risorse strutturali assegnate ad inizio Budget (es. personale, attrezzature, software). In tali casi, il Comitato per il Controllo di Gestione propone gli obiettivi da rinegoziare al Direttore Generale che valuta ed eventualmente approva.

F. Misurazione della performance organizzativa

La misurazione della performance organizzativa avverrà alla chiusura dell'esercizio, possibilmente entro la fine del mese di aprile dell'anno seguente, una volta acquisite le necessarie informazioni consuntive consolidate sugli obiettivi negoziati.

Tali misurazioni saranno inserite nella Relazione sulla Performance adottata dal Direttore Generale ogni anno secondo una tempistica che consenta all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V) di effettuare la validazione della stessa entro il 30 giugno, ai sensi dell'art. 14, comma 6 del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii..

La successiva valutazione della performance organizzativa predisposta dall'O.I.V. ha effetto ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante, sia della dirigenza sia del comparto, sulla base dell'afferenza a ciascun CdR.

Il sistema incentivante

Il Budget rappresenta lo strumento migliore al quale correlare il sistema incentivante per la dirigenza e, anche per il comparto, una volta definite le modalità di applicazione del sistema incentivante con il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali e secondo le modalità stabilite dai contratti nazionali e da quelli decentrati.

E' in ogni caso necessario che le regole per l'applicazione dell'incentivazione e gli importi correlati siano esplicitati in modo chiaro.

Nella seguente scheda, partendo dalle aree strategiche individuate sono stati sviluppati gli obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi annuali ai fini della negoziazione del Budget per l'anno 2023.

SCHEMA OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI DI RIFERIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET 2023.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(A) APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	A1	Attivazione posti letto da D.C.A. n. 64/2016, D.C.A. n. 91/2020, D.C.A. n. 104/2020 (Geriatrica, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Terapia Intensiva).	Direzione Strategica, Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Interessate.	Attivazione di posti letto di degenza ordinaria previsti dalla rete ospedaliera regionale: n. 10 di Geriatria, n. 10 di Recupero e Riabilitazione Funzionale, n. 10 di Terapia Intensiva.	A1.1	Attivazione posti letto.
	A2	Migliorare l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'equità delle cure erogate attraverso il monitoraggio degli indicatori da D.M. 70/2015, del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).	UU.OO. di degenza interessate.	Miglioramento della degenza media e del tasso di utilizzo dei posti letto (D.M. 2 aprile 2015 n. 70).	A2.1	Degenza media ≤ 7 giorni.
					A2.2	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%.
				Miglioramento delle degenza media preoperatoria dei ricoveri programmati.	A2.3	Degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno.
				Mantenimento percentuale di Day Hospital Medico di tipo diagnostico.	A2.4	Anno 2023 = Anno 2022.
				Riduzione rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	A2.5	Anno 2023 < Anno 2022.
				Miglioramento percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.	A2.6	Anno 2023 < Anno 2022.
				Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass isolato aorto-coronarico (BPAC).	A2.7	Auditing clinico e organizzativo.
				Percentuale di pazienti di età ≥ 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni.	A2.8	Minimo 60%.
				Percentuale parti cesarei primari.	A2.9	Anno 2023 < Anno 2022.
				Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (0-2).	A2.10	Minimo 70%.
				Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 annui.	A2.11	Anno 2023 > Anno 2022.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(A) APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	A3	Governo liste e tempi d'attesa secondo il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) approvato con D.C.A. n. 88 del 23.5.2019 e delibera del Direttore Sanitario Aziendale n. 7 del 9.1.2020.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali oggetto di rilevazione nel PNGLA 2019-2021.	A3.1	Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali oggetto di rilevazione nel PNGLA 2019-2021.
				Stratificazione delle Agende CUP secondo Classi di priorità per le prestazioni indicate nel PRGLA, con monitoraggio della percentuale di erogazione delle prestazioni tracciate su CUP web.	A3.2	Incremento della percentuale di prestazioni prenotate su totale prestazioni erogate.
				Utilizzo del sistema informatizzato "Liste d'attesa", integrato con il modulo ADT di gestione dei ricoveri e con il modulo SOWEB di gestione degli interventi chirurgici.	A3.3	Incremento percentuale di utilizzo del sistema informatizzato AREAS Liste d'attesa.
	A4	Obiettivi di produzione: aumentare l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale.	A4.1	Applicazione P.D.T.A. già adottati con atto deliberativo ed organizzazione di audit clinici periodici.
					A4.2	Predisposizione di nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti (oncologici, trapiantati, pediatrici, cronici, ecc).
				Utilizzo più efficiente delle risorse disponibili nel blocco operatorio finalizzata alla determinazione di un incremento dell'attività chirurgica, una riduzione dei tempi d'attesa per i pazienti ed una migliore performance complessiva dell'azienda.	A4.3	Definizione di regole tecnico - organizzative per le attività che si svolgono nei blocchi operatori che hanno come finalità l'efficacia dei trattamenti e come priorità assoluta la sicurezza del paziente e del personale sanitario coinvolto.
				Incremento attività di alta complessità al fine di soddisfare la domanda, abbattere le liste d'attesa e ridurre la mobilità sanitaria.	A4.4	Incremento percentuale DRG chirurgici.
					A4.5	Incremento DRG chirurgici di alta complessità.
	A5	Rispetto adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018: gestione del processo di donazione e trapianto.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici su deceduti in T.I. per gravi lesioni cerebrali acute.	A5.1	Minimo 70% (dati SDO).
				Incremento numero donatori di organi in morte encefalica.	A5.2	Anno 2023 > Anno 2022.
				Incremento numero donatori di cornee.	A5.3	Anno 2023 > Anno 2022.
	A6	Incremento produzione di componenti driver (globuli rossi) ed emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).	Servizio Immunotrasfusionale	Nr. unità GR prodotte/Nr. unità GR programmate x100.	A6.1	Anno 2023 > Anno 2022.
				Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno/ KG plasma programmati.	A6.2	Anno 2023 > Anno 2022.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(B) RICERCA, QUALITÀ, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA	B1	Istituzione I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria.	Area Clinica, Area Laboratoristica, Direzione Medica di Presidio, Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Farmacia.	Il G.O.M. attraverso il riconoscimento dell'IRCCS si propone di integrare e potenziare le diverse professionalità già presenti in una prospettiva sinergica di integrazione e progettualizzazione e valorizzazione del personale coinvolto, sempre in un'ottica di miglioramento e umanizzazione del percorso di cure emato-oncologiche e terapie cellulari, genomiche ed immunoterapiche.	B1.1	Prosecuzione delle attività di collaborazione tra le diverse componenti cliniche, laboratoristiche e dei servizi finalizzate al riconoscimento dell'IRCCS "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria".
	B2	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Sanitarie.	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate: avviare la raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.	B2.1	Avvio della raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.
	B3	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	UU.OO. Governo Clinico e Risk Management, Direzione Medica di Presidio, Programmazione e Controllo di gestione e S.I.A., UU.OO. Sanitarie.	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	B3.1	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.
				Monitoraggio dell'utilizzo della piattaforma Clinic Workbench, in grado di ridurre gli errori umani, per la prescrizione delle chemioterapie.	B3.2	Organizzazione di eventi formativi ed audit.
					B3.3	Monitoraggio.
			UU.OO. Governo Clinico e Risk Management, Direzione Medica di Presidio, Microbiologia e Virologia, UU.OO. Chirurgiche.	Monitoraggio infezioni post-chirurgiche (Indicatore: nr. dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi in diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico o dalla data di primo ricovero/tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età ≥ 15 anni * 100).	B3.4	Monitoraggio e audit.
			UU.OO. Governo Clinico e Risk Management, Direzione Medica di Presidio, Ostetricia e Ginecologia.	I neonati "Late Preterm" rappresentano oltre il 50% di tutti i ricoverati in TIN per nascita pretermine. Un'induzione del travaglio prima del termine fisiologico della gravidanza esita in parto late. La proporzione dei neonati "late preterm" rappresenta un indicatore dell'uso eccessivo di induzioni di travaglio con una probabilità di 3.5/4.5 volte maggiori di ricovero in TIN rispetto ai neonati nati a termine e un rischio aumentato di mortalità e morbosità.	B3.5	Nr. parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi)/nr. parti totali): Anno 2023 < Anno 2022.
	B4	Prevenzione e protezione dei lavoratori.	Datore di Lavoro Delegato, Responsabile Prevenzione e Protezione dei Lavoratori, Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Amministrative e Sanitarie.	Adempimenti di cui al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii..	B4.1	Attuazione adempimenti di cui al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii..

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(C) SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI E ACCESSIBILITÀ DIGITALE	C1	PNRR. Innovazione e digitalizzazione delle Pubbliche Amministrazioni.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestore Tecnico Patrimoniale.	Interventi finalizzati all'incremento del livello di digitalizzazione di processi e servizi.	C1.1	Definizione e consolidamento della fase progettuale degli interventi previsti nell'ambito del PNRR, mediante incontri di assessment.
	C2	Migrazione su Polo Strategico Nazionale (PSN) di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud e on premise	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestore Tecnico Patrimoniale.	Migrazione su Polo Strategico Nazionale (PSN) di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud e on premise.	C2.1	Definizione e consolidamento della fase progettuale inerente la migrazione al Polo Strategico Nazionale e relativo affidamento del servizio.
	C3	Sviluppo ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, ai dipendenti e ai fornitori.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Direzione Medica di Presidio, Responsabile Transizione Digitale.	Implementazione "Portale del Cittadino": componente applicativa integrata con il software AreasWBS che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra il G.O.M. e il cittadino.	C3.1	Consolidamento funzionalità di ritiro referti on line, monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale in tutte le sue funzionalità.
				Funzionalità SW per fornire informazioni su presidi e servizi del GOM e per guidare il paziente all'interno dei presidi mediante servizio di microgeolocalizzazione. Progettazione servizi di integrazione con i sistemi aziendali per prenotazione prestazione, geolocalizzazione evoluta, servizi dinamici, etc.	C3.2	Assessment e progettazione di interventi evolutivi.
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Responsabile Transizione Digitale.	Implementazione "Portale del Dipendente": componente applicativa integrata con il software Areas di Gestione Economica e Giuridica del personale che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i dipendenti del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	C3.3	Consolidamento e monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale in tutte le sue funzionalità.
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestore Risorse Economiche e Finanziarie, Responsabile Transizione Digitale.	Implementazione "Portale del Fornitore": componente applicativa integrata con il software Areas Amministrativo Contabile che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i fornitori del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	C3.4	Avvio a regime con monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Responsabile Transizione Digitale.	Normalizzazione/integrazione del modulo PERSWEB con AREAS AMC.	C3.5	Avvio a regime con monitoraggio periodico (ogni 3 mesi) sull'utilizzo del Portale.
				Utilizzo del modulo fascicolo elettronico di liquidazione fatture al fine di ridurre ITP.	C3.6	Avvio a regime con monitoraggio periodico sull'utilizzo del modulo applicativo.
				Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.	C3.7	Riconfigurazione ed utilizzo del modulo applicativo.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(C) SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI E ACCESSIBILITÀ DIGITALE	C4	Implementazione Fascicolo sanitario Elettronico.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Implementazione e consolidamento di integrazioni tra sistemi dipartimentali e clinico sanitari. Integrazione con Fascicolo sanitario Elettronico.	C4.1	Conferimento al FSE di almeno il 15% dei referti prodotti dal Laboratorio analisi.
	C5	Sistema di Business Intelligence	Ampliare i sistemi informatici di controllo di gestione.	Realizzazione di un sistema di Business Intelligence finalizzato a consentire alla Direzione Strategica di disporre di report e cruscotti per l'analisi dei dati consuntivi ed effettuare previsioni e analisi di tipo statistico accedendo ai dati stessi secondo diverse dimensioni e ambiti.	C5.1	Conclusione delle attività di assessment e progettazione e primo caricamento dati per avvio sperimentale.
	C6	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio nazionali quali SPID, CIE, PagoPA, App Io, Anagrafe assistiti.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Integrazioni da potenziare e/o realizzare. In progettazione integrazione con <i>App Io</i> per le notifiche legate alle attività ed ai servizi del GOM, integrazione con anagrafe assistiti.	C6.1	Realizzazione della fase progettuale ed affidamento dei servizi.
	C7	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti e/o dipendenti	Rilevare e quantificare il grado di soddisfazione e la qualità dei servizi resi a cittadini e dipendenti.	Implementazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti/dipendenti.	C7.1	Realizzazione del sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti e avvio sperimentale.
	C8	Aggiornamento tecnologico, infrastrutture, dispositivi abilitanti e sicurezza informatica.	Aumentare/migliorare la dotazione di dispositivi informatici per gli operatori.	In corso interventi per l'acquisto di PDL (PC, monitor, stampanti) ed accessori per il potenziamento delle PDL esistenti in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti.	C8.1	Acquisto di almeno 100 nuove postazioni di lavoro.
			Garantire le infrastrutture di rete necessarie per la fruizione dei servizi su banda larga e anche in mobilità (cablaggi e copertura WIFI dei Presidi Ospedalieri).	Adesione alla Convenzione Consip Reti Locali 7 e affidamento in corso delle attività di cablaggio verticale in fibra ottica dei corpi di fabbrica del Presidio Ospedaliero Morelli. Installazione di access point a gestione centralizzata per la copertura WiFi completa dei due Presidi Ospedalieri.	C8.2	Conclusione delle attività di cablaggio e copertura WI FI per almeno l'80% dell'estensione dei due Presidi
			Potenziare la sicurezza della rete aziendale e delle PDL al fine di prevenire attacchi informatici.	Prevista l'adesione a convenzioni che consentano l'acquisizione di nuovi apparati e servizi per la gestione evoluta della sicurezza perimetrale e sulle PDL.	C8.4	Concludere le attività di assessment per l'affidamento del servizio/fornitura.
	C9	Realizzazione di una piattaforma multimediale per la proiezione di contenuti informativi nelle zone di maggior affluenza di utenza.	Interagire in modo dinamico e proattivo con l'utenza per fornire informazioni e servizi multimediali.	Progettazione di una piattaforma multimediale per la proiezione su Smart TV collocati sui due Presidi Ospedalieri, nelle zone di maggior affluenza e di attesa, di contenuti dinamici e multimediali legati ai servizi localizzati nelle immediate vicinanze degli schermi, contenuti informativi generici del GOM e servizi interattivi.	C9.1	Progettazione e avvio procedure per l'affidamento del servizio.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(D) EFFICIENZA GESTIONALE	D1	Razionalizzazione e programmazione degli acquisti di Beni e servizi.	U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Realizzazione "Programma triennale delle opere pubbliche" ai sensi del D.M. 16.1.2018 N. 14.	D1.1	Programma triennale approvato con delibera.
			U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Realizzazione "Programma biennale degli acquisti di beni e servizi", ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 50/2016 Codice dei contratti pubblici.	D1.2	Programma biennale approvato con delibera.
			U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.	D1.3	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.
	D2	Contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici.	Direzione Medica di Presidio, UU.OO. Sanitarie e Farmacia	Allineamento del consumo di farmaci biosimilari alla media nazionale.	D2.1	Incremento percentuale dell'utilizzo dei farmaci biosimilari > 5%.
				Adozione di misure di monitoraggio della prescrizione di farmaci innovativi.	D2.2	Monitoraggio utilizzo farmaci innovativi.
				Contenimento della spesa per dispositivi medici.	D2.3	Monitoraggio della attuazione delle procedure informatiche relative alla logistica, alla gestione dei magazzini e alla prescrizione informatizzata ai fini della tracciabilità dei percorsi dalla fase di stoccaggio a quella di utilizzo.
	D3	Verifiche per la certificabilità dei dati contabili.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei crediti.	D3.1	Avvio procedure di circularizzazione dei crediti.
			U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei debiti.	D3.2	Avvio procedure di circularizzazione debiti.
	D4	Migliorare il sistema di Contabilità Analitica (CO.AN.).	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Migliorare il sistema di contabilità analitica.	D4.1	Rendicontazione dettagliata di dati di produzione ed economici per singolo CdR. Aggiornamento dei criteri di ribaltamento.
	D5	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso.	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, Avvocatura	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso attraverso l'utilizzo del modulo SEC/SISR per la Gestione del Contenzioso.	D5.1	Modulo informatico SEC/SISR utilizzato.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(D) EFFICIENZA GESTIONALE	D6	Flussi informativi: ottimizzazione in termini di completezza, qualità e tempistica di trasmissione dei dati.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., UU.OO. di degenza.	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica.	D6.1	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica: raggiungimento del valore soglia previsto del 100% delle SDO validate sul SISR.
			U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, U.O.C. Neonatologia.	Miglioramento dei flussi legati ai percorsi di Gravidanza e Nascita (controlli incrociati dei dati trasmessi attraverso i flussi SDO, CEDAP, ISTAT, Malformazioni Congenite).	D6.2	Dati CEDAP coerenti con la fonte informativa SDO: raggiungimento del valore soglia previsto dagli adempimenti LEA (> 98%).
					D6.3	Dati modelli ISTAT D.11 "Aborto Spontaneo" e modelli ISTAT D.12 "IVG" coerenti con il flusso SDO: raggiungimento del valore 100%.
					D6.4	Dati delle Malformazioni Congenite coerenti con il flusso SDO ed il flusso CEDAP: raggiungimento del valore 100%.
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Farmacia, U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Miglioramento della qualità e completezza dei flussi informativi di farmacia.	D6.5	Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei seguenti flussi informativi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali; - Distribuzione diretta di farmaci; - Dispositivi Medici Consumi; - Dispositivi Medici Contratti.
				Monitoraggio trimestrale dell'adempimento LEA C14-C15:	D6.10	Monitoraggio trimestrale adempimento LEA C14-C15: coerenza tra i dati del Conto Economico ed i seguenti flussi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali; - Distribuzione diretta di farmaci; - Dispositivi Medici Consumi.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
(E) PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA. PRIVACY	E1	Consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, UU.OO. Sanitarie ed Amministrative.	Monitoraggio adempimenti previsti dalla legge n. 190/2012, dal Piano Nazionale Anticorruzione e dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.	E1.1	Obiettivo raggiunto su valutazione di atti e attività a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).
				Partecipazione attiva al processo di gestione del rischio in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT). Realizzazione della mappatura dei rischi e adozione delle misure di prevenzione della corruzione.	E1.2	Partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle unità organizzative al processo di gestione del rischio. Relazione del RPCT.
				Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale (S.S.N. e A.L.P.I.).	E1.3	Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale SSN ed ALPI. Monitoraggio tempi d'attesa.
				Controllo continuo aggiornamento sezione di competenza del sito aziendale.	E1.4	Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.
	E2	Prosecuzione del percorso di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.	Responsabile Protezione Dati, UU.OO. Sanitarie ed Amministrative.	Partecipazione ad eventi formativi in materia di protezione dei dati personali.	E2.1	Obiettivi raggiunti su valutazione di atti e attività a cura del Responsabile Protezione Dati (RPD).
				Piena applicazione delle misure di sicurezza tecnologiche e organizzative applicabili.	E2.2	

Tabella 20 – Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi di Budget 2023.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il rischio corruttivo può veicolare all'interno di un'organizzazione per via delle specificità dell'ambiente nel quale essa opera. Pertanto, l'analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale il G.O.M. è collocato assume rilevanza per valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità e la "permeabilità" dell'Azienda alla corruzione.

L'analisi porta ad individuare due principali "aree /elementi" di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti disonesti o fatti di corruzione:

- 1) il primo è la natura della criminalità nel territorio interessato;
- 2) il secondo è la dimensione del G.O.M. nell'ambito economico – produttivo regionale e il ruolo che esso gioca nella sanità.

Criminalità e sicurezza

Il forte interesse delle mafie si giustifica innanzitutto con la volontà di appropriarsi delle risorse del servizio sanitario nazionale. La violazione sistematica del codice degli appalti (mancato rispetto delle procedure di gara tramite frazionamento delle spese, proroga illegittima dei contratti, violazione della disciplina dei subappalti etc.) e del codice antimafia (viene eluso l'obbligo di verificare l'esistenza di interdittive delle società che stipulano contratti con la pubblica amministrazione) e, più in generale, una gestione amministrativa caratterizzata da forte inefficienza e disordine, facilitano l'affidamento di servizi e forniture a soggetti legati alla criminalità organizzata. Funzionale a tale obiettivo è l'individuazione di "referenti" tra il personale dirigenziale e amministrativo, in particolare negli uffici preposti alla gestione delle spese, che possano indirizzare l'attività dell'amministrazione a favore delle cosche locali (spesso le relazioni prefettizie sottolineano la presenza all'interno delle aziende sanitarie di dipendenti legati da rapporti di frequentazione o parentela con esponenti dei clan mafiosi, ovvero con precedenti penali o di polizia).

Il secondo motivo di interesse è costituito dal fatto che la sanità ha rappresentato per anni un sistema clientelare per le assunzioni (così il procuratore della repubblica di Reggio Calabria di fronte alla Commissione antimafia, 28 marzo 2019), funzionale a garantire l'immissione nelle strutture sanitarie di persone legate ai clan locali ed accrescere così il consenso della popolazione intorno alle organizzazioni criminali.

Il mondo della sanità è importante, innanzitutto, per l'occupazione che assicura e l'indotto che ne deriva.

Di qui gli investimenti della criminalità organizzata, non solo di tipo economico con la realizzazione di attività imprenditoriali nello specifico settore, ma anche, e soprattutto, su soggetti politici ad essa legati, al fine di manipolare i flussi di spesa pubblica e la gestione amministrativa.

Tra i molti elementi messi in luce per la nostra regione, ai fini dell'analisi di contesto per il presente PTPCT appaiono significativi i seguenti:

- attori economici, di natura sia illegale che legale, sottopongono i centri decisionali pubblici ad una sorta di pressione “continuativa”, cercando di influenzarne e manipolarne le decisioni, col fine di garantirsi un “accesso”, stabile, improprio e privilegiato a risorse e contratti pubblici: tale modalità sembra gradualmente sostituire i “vecchi” tentativi di “corruttela” settoriale o di specifica “infiltrazione” criminale;
- un cambiamento degli attori “corruttivi” dalle figure politiche e partitiche verso altre figure, non solo pubblici dirigenti e funzionari, ma anche privati come manager, mediatori, professionisti che spesso operano come intermediari o “facilitatori”;
- una graduale sostituzione della “piccola” corruzione con altre forme di *do ut des* più strutturate e sistemiche, nelle quali un soggetto opera come centro di potere riconoscibile e come “garante” dei rapporti tra gli attori.

Protocollo di legalità

Premesso il contesto esterno in cui operano le Aziende del Servizio Sanitario Calabrese, la Prefettura ed il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria hanno approvato e sottoscritto, con delibera n. 527 del 2.10.2017 un *Protocollo di Legalità* per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore appalti di lavori pubblici, concessioni, forniture e servizi.

La necessità di sottoscrivere il citato protocollo nasce dalle innovazioni legislative e regolamentari che disciplinano i reati corruttivi per infiltrazione mafiosa che richiedono, per un puntuale monitoraggio, interventi atti a garantire la trasparenza nelle procedure amministrative.

Inoltre, l'emergenza COVID-19 ha messo in luce sia punti di forza che di debolezza nei sistemi di trasparenza e integrità degli enti del SSR, che sono stati sottoposti “ad un vero e proprio stress test di integrità”.

È necessario, dunque, “attrezzarsi” perché la gestione dell'emergenza COVID e la “fase di ricostruzione” che ne seguirà divengano occasione per un rilancio del sistema sanitario, secondo criteri di trasparenza e di equità, e non siano invece occasione di sviluppo per interessi particolari o, addirittura, di illecito arricchimento.

Il PTPCT diviene in questa prospettiva uno strumento fondamentale nel ciclo di programmazione aziendale, come tangibile presidio contro i rischi di opacità e corruzione.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del PSN e del PSR, concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti essendo centro HUB per la provincia di Reggio Calabria e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

La strategia dell'azienda è orientata a qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale potenziandola ed innovandola, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio allargando la gamma delle tipologie di servizio.

La struttura del G.O.M. è in continuo divenire ed è interessata da un progetto in avanzato stato di realizzazione di due nuove piastre presso il presidio Morelli che si caratterizzeranno per la gestione moderna del paziente affetto da patologie onco-ematologiche sulla base di livelli differenziati di alta e media assistenza.

La mission dell'Azienda e la sua struttura organizzativa, come descritta nella Sezione 3.2, possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa.

MAPPATURA DEI RISCHI - INDIVIDUAZIONE DEI PROCESSI

Nel presente piano si formalizza una prima mappatura con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.

Di seguito si evidenziano i macroprocessi oggetto della valutazione:

- responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno;
- acquisizione di beni e servizi e gestione dei contratti;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- gestione delle liste di attesa;
- gestione libera professione;
- gestione lavori pubblici;
- gestione patrimonio immobiliare;
- gestione finanziamenti pubblici e privati;
- acquisizione e vendita di prestazioni e servizi sanitari presso terzi;
- incasso proventi da prestazioni sanitarie e non.

OBIETTIVI GENERALI

Con la delibera n. 311 del 28.4.2022, il G.O.M. ha approvato l'“Aggiornamento Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (PTPCT)”.

In considerazione della visione strategica per la realizzazione della mission aziendale e dei principi che la fondano, a protezione del Valore Pubblico descritto e degli obiettivi di performance strategici programmati per il triennio 2023-2025 sopra illustrati, l'Azienda ha definito i seguenti obiettivi generali in materia di contrasto alla corruzione:

- sviluppo e garanzia di una formazione e sensibilizzazione efficace dei dipendenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'Azienda;
- aggiornamento dei processi organizzativi aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;
- identificazione e valutazione di eventuali settori più vulnerabili ai rischi corruttivi.

MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE

Gestione del contenzioso

L'art. 4 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 dispone che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito web, i dati relativi a tutti i risarcimenti

erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale

La gestione delle risorse umane ha come obiettivo l'acquisizione e programmazione del personale tramite l'applicazione dei contratti collettivi di lavoro, contratti collettivi integrativi aziendali, normativa di riferimento per garantire la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda, nei limiti delle direttive gestionali della Direzione Strategica, coadiuvata dal Direttore di Dipartimento Amministrativo e dai Direttori di Struttura Complessa.

Il rischio in tale settore è dato dalla violazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale, norme contrattuali nella loro applicazione ed arbitraria valutazione del personale.

In ottemperanza a quanto previsto all'art. 53, comma 16 - ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di pantouflage, negli schemi di contratti pubblici.

Il pantouflage è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 190/2012 che, modificando l'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001, ha disposto, al comma 16-ter, il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonché ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo. Per un approfondimento puntuale e aggiornato sulla normativa inerente il c.d. Divieto di Pantouflage si rimanda al sito dell'ANAC <https://www.anticorruzione.it>.

Il Grande Ospedale Metropolitano attua la suddetta misura di prevenzione:

- inserendo nei contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- inserendo in tutti contratti relativi agli incarichi dirigenziali la clausola che prevede l'impegno del dirigente al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001 e, pertanto, ove negli ultimi tre anni di servizio eserciti poteri autoritativi o negoziali, è fatto divieto allo stesso, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato ed autonomo presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri";
- inserendo nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a soggetti già dipendenti dell'Amministrazione che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- prevedendo l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;

- prescrivendo l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- agendo giudizialmente, per il tramite dell'Avvocatura Interna per ottenere il risarcimento del danno nei confronti dei soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter D.lgs. n. 165/2001, nella misura pari agli emolumenti liquidati complessivamente, ivi compreso la liquidazione dell'indennità di risultato nei confronti di soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti segnalati.

L'attuazione di questa misura, è posta in capo alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, che avrà cura di segnalare al RPCT, nell'ambito di rispettiva competenza, eventuali inosservanze.

Tale controllo, di competenza della U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione si sviluppa attraverso richiesta alla Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verifica sui nominativi estratti relativamente all'aver percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza). Il termine di riscontro per il suddetto adempimento è fissato dal RPCT al 15.12.2023.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Gestione gare per servizi e forniture

L'Azienda deve garantire la concorrenza leale secondo quanto stabilito dal codice dei contratti e qualunque altra norma e disposizione interna o regionale. Deve quindi vigilare sulle procedure di affidamento dei lavori, nell'esecuzione dei contratti, negli acquisti servizi e forniture ispirandosi ai principi di libera concorrenza, correttezza e buona fede, garantendo all'Azienda un prodotto o attività di qualità.

I rischi in tale settore sono di eventuali rapporti indebiti con i fornitori in violazione del principio di libera concorrenza e degli obblighi di cui art. 26 del D. Lgs. n. 81/2008 (sicurezza sul lavoro) di seguito elencati:

- idoneità tecnico professionale;
- regolarità contributiva;
- rischi specifici coordinamento e cooperazione;
- DUVRI.

Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario rilevante importanza rivestono quelle per evitare le situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, nell'acquisto di beni esclusivi o infungibili.

La Regione Calabria con D.C.A. n. 137 del 21.12.2016 per garantire l'assenza di elementi conflittuali ha pubblicato "Linee guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale".

Con delibera n. 214/2016 è stata nominata la Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili. Con delibere successive, da ultima la n. 466 del 4.7.2022, sono stati nominati i componenti della Commissione stessa.

Con diverse disposizioni di servizio le Direzioni Strategiche che si sono succedute nel tempo hanno regolamentato le varie fasi dell'acquisto di beni e servizi anche in funzione di prevenzione della corruzione e, comunque, in un'ottica di economicità degli stessi.

In particolare, con la disposizione di servizio prot. n. 5603 del 21.6.2017, si è, tra l'alto, stabilito che le richieste di beni e servizi per le quali occorrerà predisporre apposita procedura di selezione del contraente:

- a) devono essere formulate dai Direttori delle Unità Operative di questa Azienda, di norma, avuto riguardo anche della specificità delle singole forniture, per periodi di tempo non inferiori a due anni e non superiori a cinque;
- b) devono essere indirizzate al Direttore del Dipartimento a cui le Unità Operative afferiscono il quale provvederà a valutarle, eventualmente autorizzarle ed a trasmetterle con apposita relazione all'U.O.C. di Farmacia, se trattasi di dispositivi medici o farmaci, all'U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, se trattasi di attrezzature, strumentario o arredi, alla U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale se trattasi di servizi di manutenzione agli immobili o alle attrezzature sanitarie e scientifiche. Il Direttore di Dipartimento nel valutare le richieste di beni o servizi farà riferimento, per quanto possibile ed applicabile, ai rapporti tra i costi (ivi compresi tutti i costi correlati ed accessori) ed i benefici (sia in termini di efficacia sanitaria, fondata anche sull'evidenza di dati acquisiti, sperimentalmente dimostrati e riproducibili, che in termini di valore economico misurabile dalla produzione sanitaria generabile o dai minori costi da sostenere). Il Direttore di Dipartimento nel selezionare le richieste da autorizzare dovrà evidenziare eventuali priorità di acquisto e privilegiare la condivisione dei beni e dei servizi all'interno dello stesso Dipartimento e/o tra i Dipartimenti interessati, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse e di maggiori risparmi di costo. Qualora il Direttore di Dipartimento valuti che un bene o un servizio possano essere di uso comune a più Dipartimenti la relazione di autorizzazione all'acquisto è sottoscritta dai Direttori di Dipartimento interessati. Qualora gli acquisti di beni e servizi siano ritenuti idonei all'utilizzo nei protocolli diagnostico - terapeutici e nei percorsi integrati interdipartimentali la richiesta sarà formulata dal Collegio di Direzione;
- c) qualora autorizzate dai Direttori di Dipartimento dovranno contenere l'indicazione di un referente tecnico per le fasi di redazione del capitolato speciale di appalto e di definizione puntuale del fabbisogno nonché di tutti gli eventuali adempimenti tecnici specifici connessi alle successive fasi necessarie alla selezione del fornitore.

Inoltre, con la disposizione di servizio prot. n. 10681 del 27.4.2018, si è stabilito, tra l'altro, che sono un'eventualità residuale, che deve comunque essere adeguatamente motivata, il ricorso alle procedure previste dal D.C.A. n. 135/2015 e dalla delibera aziendale n. 214/2016 che riguardano le richieste di beni o servizi esclusivi, infungibili, unici o dedicati. Particolare attenzione è richiesta, quindi, nella fase di valutazione di queste eventuali richieste ai componenti della specifica commissione per la valutazione di tali beni nominata con la delibera n. 214/2016.

La prassi aziendale derivata dalle disposizioni sopra richiamate, dall'esperienza della commissione sopra citata e dalle risultanze delle procedure selettive dei fornitori espletate ha portato alla scelta strategica di indire, comunque, procedure di evidenza pubblica anche nei casi in cui poteva essere plausibile trattarsi di forniture di beni esclusivi o infungibili.

Gestione Tecnico Patrimoniale

Nell'ambito dell'Azienda, come di tutti gli enti sanitari, riveste rilevante importanza l'U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale poiché l'attività che essa svolge (aggiudicazione, esecuzione degli appalti, etc) richiede particolare attenzione nell'adozione degli strumenti di prevenzione per innumerevoli reati corruttivi che nello svolgimento della stessa possono consumarsi.

Il G.O.M. pertanto garantisce:

- la legittimità delle procedure di gara;
- la piena e corretta applicazione del codice dei lavori pubblici;
- il pieno e corretto adempimento delle obbligazioni derivanti dai contratti con le ditte appaltatrici, in particolare prestando la massima attenzione ad effettuare le verifiche e le relative tempestive contestazioni in caso di violazione delle clausole contrattuali;
- adeguato monitoraggio dello stato degli immobili e dei relativi impianti;
- l'effettuazione costante della necessaria manutenzione ordinaria e straordinaria;
- attivazione, in tutti i casi di emergenze, della relativa messa in sicurezza dei locali;
- adeguati controlli nella fase di scelta dei contraenti e di quella di esecuzione degli appalti.

In continuità con il PTPCT 2022/2024, per il prossimo triennio è stata prevista un'ulteriore misura di prevenzione della Corruzione relativamente ai collaudi e ai rispettivi incarichi.

Il collaudo deve avvenire nell'arco temporale previsto dalla normativa vigente in materia oppure nei tempi previsti dal contratto/convenzione stipulato/a con il beneficiario, fatti salvi i documenti necessari allo stesso. Gli eventuali ritardi nella disposizione dei collaudi, e quindi nel decreto di nomina del/i collaudatore/i, possono essere segnalati dal beneficiario al Direttore della U.O.C e al Dirigente del settore.

Il Direttore della U.O.C. ed il Dirigente del settore competente dovranno fornire le motivazioni giustificanti il ritardo entro cinque giorni dalla comunicazione oppure dovranno provvedere all'adempimento tempestivo della disposizione del collaudo con immediata comunicazione delle risultanze del collaudo stesso.

A seguito del collaudo, nel caso in cui lo stesso si concluda positivamente, il Dirigente del settore provvede ad emettere apposito atto di liquidazione delle somme spettanti come da collaudo, previa verifica amministrativa e relativa istruttoria.

La scelta dei collaudatori deve essere improntata al principio di rotazione. La reiterazione in capo allo stesso soggetto della designazione in veste di collaudatore, e quindi la deroga al principio di rotazione, deve essere motivata e comunicata al RPCT.

Ampliamento nuovo ospedale Morelli

La legge 24 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) e, in particolare l'articolo 1, comma 317, prevede che siano individuate le iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL da finanziare, a valere sulle risorse autorizzate nei precedenti piani triennali, con l'impiego di quota parte delle somme detenute dal medesimo Istituto presso la tesoreria centrale dello Stato.

Attualmente il gruppo di progettazione sta elaborando il progetto di fattibilità dell'intervento per addivenire successivamente alla progettazione definitiva. Un volta verificato e validato il progetto, lo stesso sarà inviato all'INAIL per i successivi adempimenti di competenza.

Flussi informativi e controllo di gestione

L'Azienda ospedaliera deve garantire un resoconto di tutte le attività, siano esse di tipo gestionale amministrativo o sanitario al fine di raffigurare la reale situazione della stessa, con riferimento ai profili succitati onde evitare ipotesi di omissione dati o falsità degli stessi.

Risultano rilevanti a tal fine i monitoraggi rivolti alle prestazioni sanitarie erogate, ambulatoriali e di ricovero, gestione registri farmaci ed alle attività di carattere amministrativo gestionale ed in particolar modo le attestazioni e certificazioni atte a dimostrare il permanere dei requisiti di accreditamento.

I rischi in tale area sono rappresentazione di dati falsi, non veritieri ovvero l'omissione di dati e informazioni che forniscano una percezione della realtà Aziendale diversa da quella reale.

Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

Altrettanto importante è il monitoraggio delle attività svolte dall'U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie alla quale confluiscono tutti gli elementi di natura contabile dell'Azienda:

- contabilità generale;
- gestione pagamenti;
- riscossioni;
- bilancio.

In esecuzione all'art. 1, comma 522, della legge di stabilità 2016, il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dovrà pubblicare il bilancio nell'apposita sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente", entro 60 giorni dalla sua approvazione, in forma integrale anche avvalendosi di rappresentazioni grafiche.

I rischi in tale area sono:

- liquidazioni senza controllo;
- pagamenti di prestazioni non svolte;
- ripetizioni indebite di pagamenti;
- mancato rispetto nella cronologia della presentazione delle fatture;
- registrazioni di bilancio non rispondenti ai dati reali;
- frode amministrativo – contabile.

MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO

Negli enti sanitari si inserisce un area di rischi specifici che merita un particolare monitoraggio essendo legata alla tutela della salute del cittadino quale bene costituzionalmente protetto.

Settore sanitario

Area Prestazioni Sanitarie, Area Farmaceutica.

Rientrano in quest'area i seguenti processi:

- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri in elezione;
- ricoveri urgenti;
- decesso in ambito intraospedaliero;
- acquisizione del consenso informato ed il trattamento dei dati personali;

- gestione del fabbisogno di farmaci, dispositivi medici e presidi.

I rischi nel settore sanitario sono:

- cattiva gestione delle liste d'attesa;
- ricoveri impropri;
- cattiva ed impropria gestione di farmaci, dispositivi medici e presidi.

Strutture interessate

- accettazione; tutte le aree cliniche; Direzione Medica di Presidio; Farmacia.

Il profilo di rischio attiene alla mancata conformità a quanto previsto dalle procedure ed afferisce a tutte le aree cliniche.

L'esercizio della libera professione

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 65 del 15.2.2018, è disciplinato l'esercizio della libera professione intramoenia al fine di garantire all'utenza l'assistenza di uno specialista di fiducia e che non venga messo in atto un comportamento improprio, esercitando l'attività libero professionale in sostituzione di quella ordinaria.

I sanitari interessati devono garantire l'eguale qualità della prestazione sia che essa venga svolta per l'Ente che per i privati cittadini che vogliono scegliere un professionista di fiducia.

Il rischio specifico:

- elusione della normativa fiscale;
- elevata probabilità di indirizzare l'utenza presso gli studi privati;
- sottrazione della quota percentuale spettante all'Azienda.

Sperimentazioni cliniche

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 191 del 3.3.2022, è disciplinato l'esercizio delle sperimentazioni cliniche in ambito ospedaliero al fine di garantire che non venga messo in atto un comportamento improprio.

Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero

Il G.O.M. ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione di detto rischio presso i Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli.

In ossequio alla Legge Regionale del 29 novembre 2019, concernente "Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria", il G.O.M. con nota prot. n. 43553 dell'11.12.2019 e prot. n. 26269 del 24.12.2019 del Direttore Medico di Presidio ha delineato le azioni da adottare in caso di decesso all'interno dell'Azienda.

Oltre alla modulistica da compilare a cura della Direzione Medica di Presidio da trasmettere all'Ufficio Stato Civile del Comune interessato e la certificazione medica per il trasposto della salma, ai sensi della vigente normativa in materia, è stata adottata la modulistica necessaria a garantire la correttezza e la trasparenza delle procedure di trasporto della salma.

La richiesta di trasporto contiene dati relativi alla ditta incaricata del trasporto, il mandato all'impresa funebre la sede di destinazione della salma e i dati anagrafici corredati di fotocopia del documento di identità del familiare che la sottoscrive.

Gestione dei fabbisogni di farmaci e presidi

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della U.O.C. Farmacia partecipa al programma delle acquisizioni delle Stazioni appaltanti di cui alla delibera del Commissario Straordinario n. 701 del 31/10/2022 con cui è stato approvato il Programma triennale delle opere pubbliche 2023/2025, così come indicato nell'art. 1 comma 1 del Decreto Ministeriale 16.1.2018 n. 14, redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M., nonché il "Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi 2023-2024.

PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Individuati i rischi corruttivi l'Azienda, con la delibera n. 311 del 28.4.2022, programma le misure sia generali, previste dalla legge n. 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.

Nella tabella seguente si descrivono le misure individuate dall'Azienda.

MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Gestione del contenzioso	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati.	Affari Generali Legali e Assicurativi	Pubblicazione dati ulteriori in "Amministrazione Trasparente".	Rispetto dell'obbligo della legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli - Bianco) relativa alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati.	Pubblicazione annuale del dato ulteriore.	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno.
	Garantire la trasparenza delle procedure di accesso agli atti.	Affari Generali Legali e Assicurativi	Registro Accesso agli Atti.	Pubblicazione di tutte le procedure di accesso agli atti.	Pubblicazione del 100% delle istanze di accesso di tutte le U.O.C.	Tempestiva	RPCT verifica semestrale.
Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi Dirigenziali.	Presentazione alla Direzione Strategica del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali Area Medica e Sanitaria.	1) Presentazione del Regolamento; 2) Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati.	30/9 e 31/12 di ciascun anno	RPCT 30/09 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire il rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali.	Raccolta e verifica a campione sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata fuori dall'orario di servizio.	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni / numero totale delle autorizzazioni verificate <10%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno.
	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage.	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di Pantouflage.	Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali	All'atto della stesura del contratto	RPCT Verifica semestrale a campione di contratti individuali di lavoro 15/07 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire l'applicazione delle norme che regolano il Divieto di Pantouflage.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Verifica.	Controllo a campione di almeno il 10% del personale cessato di qualifica.	Richiesta all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verifica se i nominativi estratti abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza).	Annuale	15/01 di ciascun anno
	Garantire l'applicazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Gestione dei concorsi e prove selettive	Personale dirigenziale e di categoria D.	Pubblicazione del 100% dei dati relativi all'azione programmata.	Tempestiva	RPTC 31/12 di ciascun anno.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATTA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Gestione gare per servizi e forniture	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Provveditorato Económico e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Provveditorato Económico e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%	All'atto della nomina	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della normativa in materia	Provveditorato Económico e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Controlli sull'esecuzione contrattuale	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili	Evitare situazioni di potenziali conflitti	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Manifestazione Pubblica di interesse	Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili.	Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/ servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e a RPCT.	Semestrale	RPCT entro 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire la trasparenza delle procedure di acquisto di beni infungibili	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Regolamento Commissione	Redazione Regolamento di funzionamento della Commissione	Pubblicazione del Regolamento	15/07/2021	RPCT Controllo a campione sulla regolare esecuzione degli acquisti
Gestione Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%	All'atto della nomina	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della normativa in materia	Gestione Tecnico Patrimoniale	Controlli sull'esecuzione contrattuale	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Assicurare la Terzieta ed indipendenza del RUP	Gestione Tecnico Patrimoniale	Alternanza Ruolo del RUP	Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun Dirigente	Presentazione della relazione	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATTA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Gestione Tecnico Patrimoniale	Assicurare il principio della rotazione degli incarichi	Gestione Tecnico Patrimoniale	Monitoraggio del conferimento degli incarichi di collaudo.	Relazione sulle modalità di assegnazione dell'incarico , con evidenza del numero delle procedure assegnate.	Trasmissione del report inerente gli incarichi per collaudi.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno.
Flussi informativi e controllo di gestione	Garantire la trasparenza nelle procedure organizzative dell'Azienda	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Piano della Performance	Misurazione della performance	Pubblicazione della Relazione sulla Performance e il Piano annuale.	Annuale	RPCT 31/01 di ciascun anno.
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Gestione dei pagamenti	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento.	Trimestrale	RPCT 15/04, 15/07, 15/10 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con Programmazione e Controllo di Gestione e Affari Generali Legali e Assicurativi	Gestione dei crediti	Circularizzazione dei rapporti di credito mediante l'impiego di apposito software gestionale.	Elaborazione e invio di apposita nota di circularizzazione del credito, con evidenza, per ciascun creditore, delle singole partite contabili scadute e non riscosse.	Annuale	RPCT 15 gennaio di ciascun anno.
	Garantire il rispetto della cronologia nei pagamenti	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con i Direttori/Responsabili delle U.O., Responsabili dei processi di liquidazione	Gestione dei debiti	Il pagamento delle posizioni debitorie deve avvenire nel rispetto dell'ordine cronologico di arrivo dei provvedimenti di liquidazione.	Invio del report a RPCT.	Semestrale	RPCT 15 luglio e 15 gennaio di ciascun anno.

Tabella 21 - Monitoraggio Aree Rischio Generale.

MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Libera professione	Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale.	Commissione Paritetica, Direzione Medica di Presidio.	Aggiornamento Annuale del Piano Aziendale per l'ALPI.	Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero professionale.	Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul sito web aziendale.	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.	Direzione Medica di Presidio	Rispetto del Regolamento ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia.	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.	semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.	Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione		Monitoraggio del rispetto della fascia oraria mediante controlli a campione degli inserimenti delle prestazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto.	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.	semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Evitare favoritismi che eludano le liste d'attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa.	Direzione Medica del Presidio	Informatizzazione delle agende di prenotazione.	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa.	Report delle liste con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Sperimentazioni cliniche	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse.	Comitato Etico, tutte le aree cliniche, Farmacia, Direzione Medica di Presidio, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni.	Rispetto dei regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/ attività formative.	Numero di sponsorizzazioni attivate nel rispetto del regolamento / totale delle sponsorizzazioni.	All'atto della richiesta	RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno.
	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca.	Comitato Etico	Scheda per la sostenibilità del budget.	Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali.	numero di schede di budget completate / totale delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%	Al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno
Gestione del decesso in ambito ospedaliero	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica.	Direzione Medica di Presidio	Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero.	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico.	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alla Direzione Medica di Presidio da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

Tabella 22 - Monitoraggio Aree Rischio Specifico.

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

Il Programma Triennale per la Trasparenza, valido per il triennio 2022-2024, è stato adottato dal G.O.M. ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 con la delibera n. 311 del 28.4.2022 e costituisce una sezione all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione al quale si rimanda.

Il G.O.M., al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, ha individuato in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- a. assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- b. garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- c. garantire all'utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure.

Gli obiettivi del Programma sono stati formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nella sezione 2.2 "Performance" del presente Piano.

L'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dal PTPCT e pubblicazione dei report nelle tempistiche previste, viene inserito quale obiettivo di performance individuale nelle schede di budget.

L'attività del G.O.M. in tema di trasparenza consiste principalmente nella gestione all'interno del sito Internet istituzionale della sezione "Amministrazione Trasparente", completa di tutte le relative sottosezioni, secondo le normative legislative regolamentari vigenti (D.lgs n. 33/2013, modificato dal n. 97/2016).

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del G.O.M. accessibile dal link <https://www.gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente/> è costantemente implementata ed aggiornata.

L'Azienda ha nominato un Referente Aziendale per il settore Sanitario e Amministrativo che provvede, giusta trasmissione dei dati forniti dalle varie strutture, alla pubblicazione dei dati sulla sezione dedicata "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

La predetta attività è ovviamente anticipata dal monitoraggio periodico con trasmissione degli eventuali inadempimento, ai referenti della U.O.C. affinché provvedano secondo quanto stabilito dal decreto legislativo n. 33 del 2013 All. A..

Sulla base di quanto sopra, l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 ha nel corso degli anni attestato che il G.O.M. ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda ha ridefinito il proprio modello organizzativo, in coerenza con le indicazioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 130 del 16 dicembre 2015, n. 30 del 3 marzo 2016 e n. 64 del 5 luglio 2016, mediante il nuovo **Atto Aziendale** di diritto privato, adottato con la delibera del Commissario Straordinario n. 400 del 9 luglio 2020 successivamente modificato e integrato con la delibera n. 807 del 20 novembre 2020, ad oggi, in attesa di approvazione regionale.

Nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, pertanto, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono ancora disciplinati con l'Atto Aziendale approvato con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19 luglio 2016, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25 luglio 2016 ed attivo dall'1 agosto 2016 con la delibera n. 588 del 28 luglio 2016.

L'Azienda ha anche adottato il *"Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021"* ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, del decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016 e del decreto del Commissario ad acta n. 104 del 28 settembre 2016 con delibera n. 386 del 28 giugno 2019 ed il relativo allegato tecnico che sono stati in seguito approvati con il decreto del Commissario ad Acta n. 151 del 18 novembre 2019.

Alla base delle scelte di riprogettazione organizzativa vi è l'obiettivo della Direzione Aziendale di semplificare i ruoli direzionali, ridurre la frammentazione organizzativa che genera costi di coordinamento, valorizzare le sinergie, ottimizzare professionalità, spazi e dotazioni tecnologiche (nei Dipartimenti e grazie all'istituzione di un gruppo operativo interdipartimentale), rafforzare gli staff direzionali.

3.1.1 Organigramma

Il modello organizzativo aziendale è di tipo dipartimentale con n. 8 Dipartimenti Strutturali e n. 4 Dipartimenti Funzionali. Le Strutture Operative Complesse aziendali sono n. 45; le Strutture Operative Semplici sono n. 65, delle quali n. 13 Dipartimentali.

Di seguito (Figure 1 e 2) si presenta il nuovo assetto organizzativo del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria, evidenziando i vari dipartimenti e l'articolazione dello Staff Direzionale.

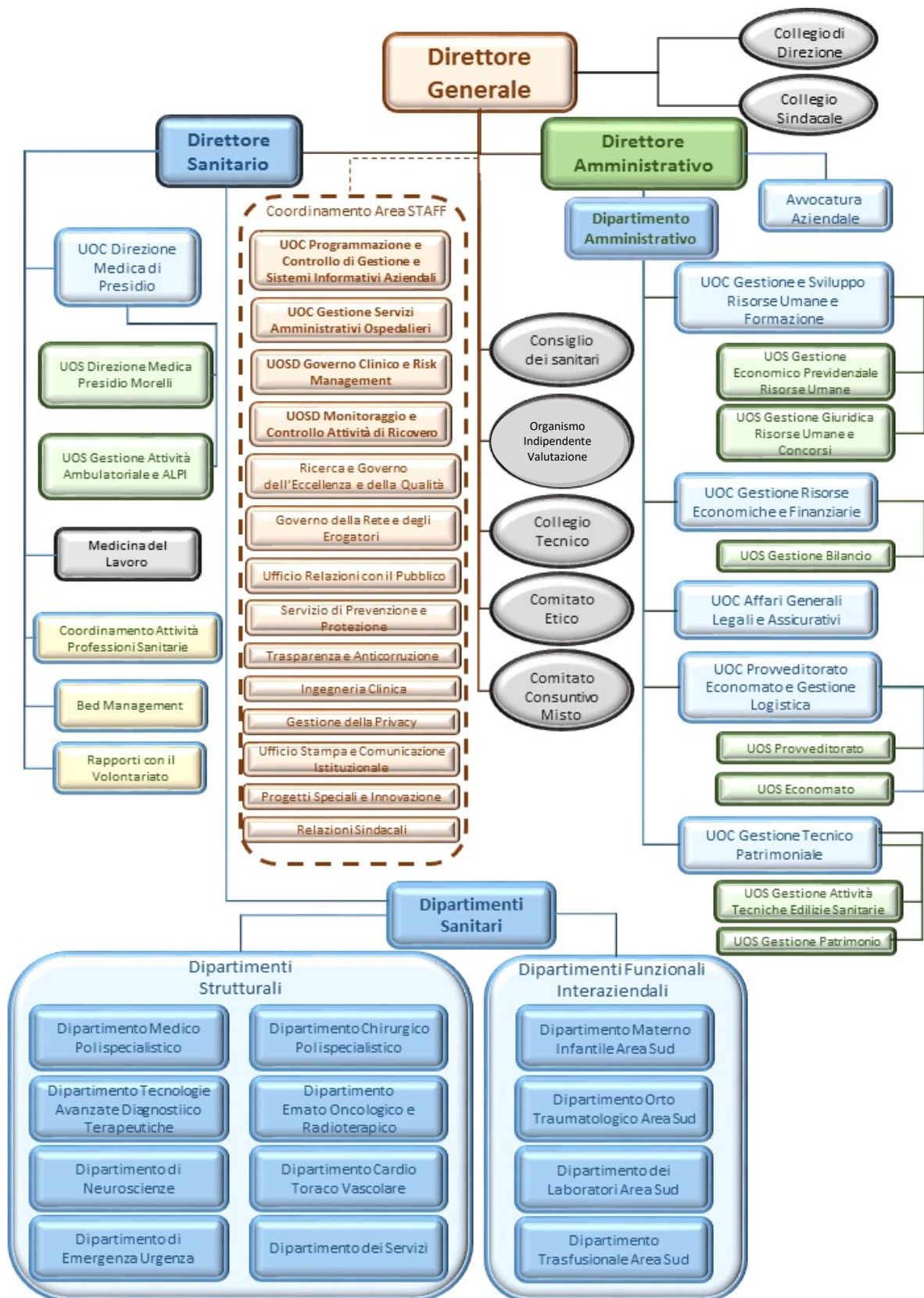


Grafico 19 – Organigramma del G.O.M. “Bianchi Melacrino Morelli” Reggio Calabria.

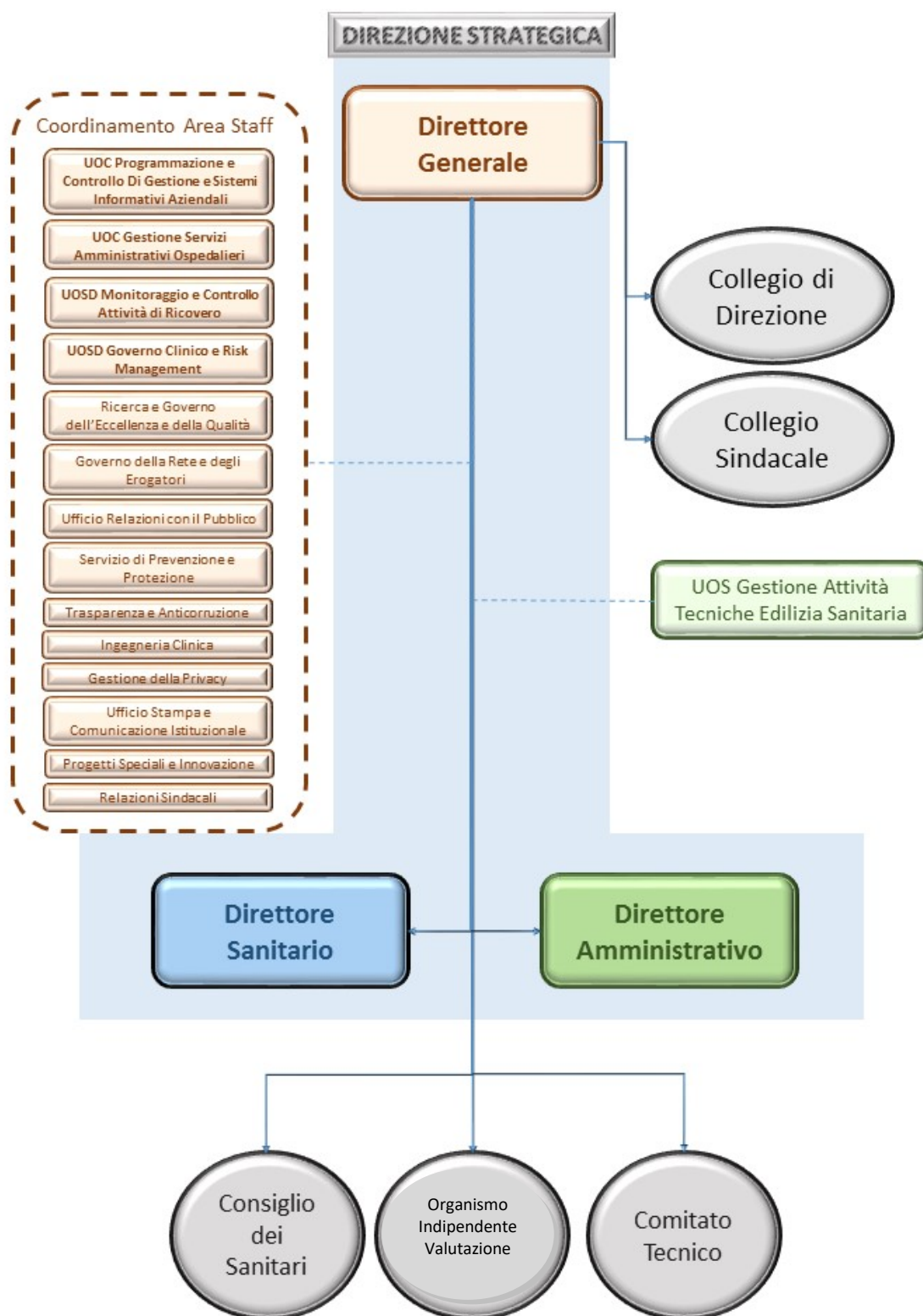


Grafico 20 – Organigramma della Direzione Strategica

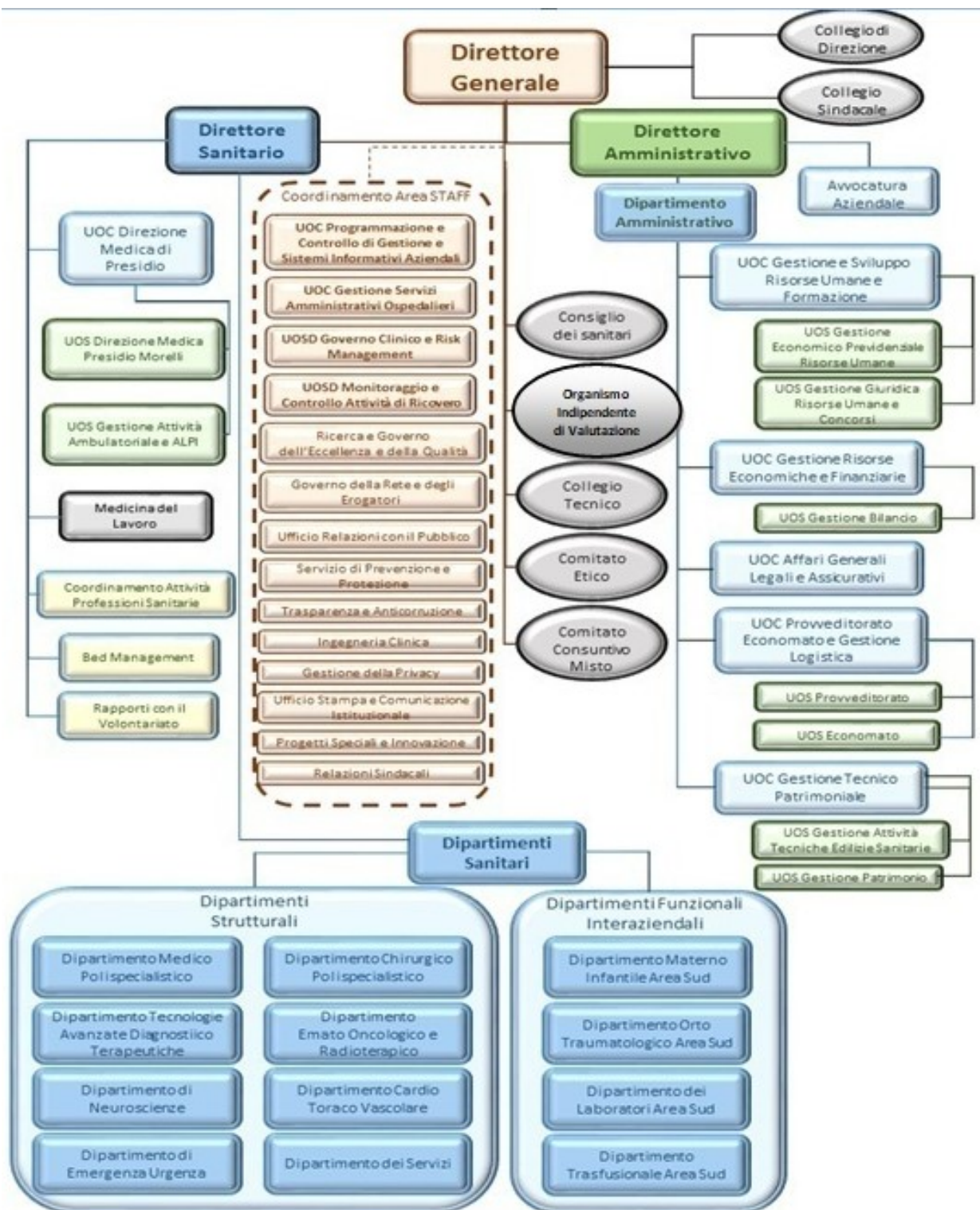


Grafico 21 – Organigramma della Direzione Strategica e dei Dipartimenti.

Dipartimenti Strutturali:

1. Dipartimento Medico Polispecialistico

Nell'ambito delle attività dell'Azienda il *Dipartimento Medico Polispecialistico* eroga prestazioni sanitarie di elevata complessità, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria plurispecialistica della popolazione assistita secondo criteri di appropriatezza, efficacia e qualità.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale in un paziente spesso fragile, polipatologico, anziano, facendosi carico di patologie epidemiologicamente rilevanti. Grazie alla sua componente specialistica il dipartimento è inoltre in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, ponendosi come riferimento regionale e nazionale nel follow-up pre e post trapianto di rene, oltre che nel campo infettivologico.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone, inoltre, secondo criteri di appropriatezza, di migliorare l'integrazione fra la fase acuta e la bassa intensità di cure, favorendo l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali post-ricovero e la continuità assistenziale.

Unità operative afferenti al Dipartimento Medico Polispecialistico:

1. U.O.C. DERMATOLOGIA,
2. U.O.C. DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA,
3. U.O.C. GASTROENTEROLOGIA,
4. U.O.C. GERIATRIA,
5. U.O.C. MALATTIE INFETTIVE,
6. U.O.C. MEDICINA GENERALE,
7. U.O.C. NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
8. U.O.C. PNEUMOLOGIA,
9. U.O.C. PSICHIATRIA (unità operativa allocata presso il Presidio Riuniti ma afferente all'ASP di RC),
10. U.O.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE,
11. U.O.S.D. REUMATOLOGIA.

2. Dipartimento Chirurgico Polispecialistico

Si propone come dipartimento per l'erogazione di prestazioni di chirurgia generale e specialistica di elevata complessità svolte secondo criteri di appropriatezza e qualità. Grazie alla sua componente specialistica, il dipartimento è in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, della chirurgia generale e specialistica. Ulteriore compito del dipartimento è quello di integrare e supportare l'attività chirurgica in urgenza effettuata dal Dipartimento Emergenza-Urgenza.

Unità operative afferenti al Dipartimento Chirurgico Polispecialistico:

1. U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA,
2. U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA,
3. U.O.C. UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
4. U.O.S.D. BLOCCO OPERATORIO,
5. U.O.S.D. ENDOCRINOCHIRURGIA (da attivare).

3. Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare

Il *Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare*, di nuova istituzione, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria, nasce come centro di eccellenza e di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura

delle malattie cardiologiche, cardiocirurgiche, toraciche e vascolari. All'interno del Dipartimento è garantita l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

L'Azienda ha inteso attivare, di concerto con la struttura commissariale, tutte le procedure per l'apertura della prima Cardiocirurgia Ospedaliera della Calabria, con il preciso obiettivo di fornire un servizio di eccellenza ai cittadini e conseguentemente ridurre la mobilità passiva delle patologie di interesse cardiocirurgico dalla nostra provincia e Regione.

La mission del dipartimento è sviluppare l'eccellenza nell'attività chirurgica attraverso la collaborazione multiprofessionale, l'applicazione integrata delle tecnologie più avanzate, l'impegno nella cultura medico-clinica e nella formazione degli operatori, finalizzando le risorse professionali, tecniche e strumentali secondo livelli di assistenza appropriati alle necessità di cura del paziente.

Unità operative afferenti al Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare:

1. U.O.C. CARDIOLOGIA E U.T.I.C.,
2. U.O.C. CARDIOCHIRURGIA,
3. U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE,
4. U.O.C. CHIRURGIA TORACICA,
5. U.O.S.D. RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA.

4. Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico

Il Dipartimento Onco - Ematologico e Radioterapico si propone di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita del paziente affetto da malattie oncologiche ed ematologiche attraverso il concorso dell'ottimizzazione dell'assistenza necessariamente coniugata con l'innovazione terapeutica.

Il Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico rappresenta l'ambito naturale nel quale si realizzano le terapie multimodali, cui concorrono direttamente o funzionalmente l'oncologia medica e l'ematologia.

Unità operative afferenti al Dipartimento Onco-Ematologico E Radioterapico

1. U.O.C. CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO,
2. U.O.C. EMATOLOGIA,
3. U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA,
4. U.O.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA,
5. U.O.S.D. MICROCITEMIE - EMOSTASI E TROMBOSI,
6. U.O.S.D. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA,
7. U.O.S.D. BANCA DEL CORDONE.

5. Dipartimento Neuroscienze

Il Dipartimento Neuroscienze si caratterizza per l'elevato livello di specializzazione delle sue componenti e per una consuetudine all'integrazione tra strutture diagnostiche e assistenziali, conseguente ad uno sviluppo culturale in continua evoluzione.

Il Dipartimento, inoltre, si avvale di apparecchiature con tecnologia avanzata.

Unità operative afferenti al Dipartimento Neuroscienze

1. U.O.C. NEUROLOGIA,
2. U.O.C. NEUROCHIRURGIA,
3. U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA,
4. U.O.C. OCULISTICA,
5. U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE.

6. Dipartimento Emergenza-Urgenza

Obiettivo primario dell'attività dipartimentale è la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti che presentano acutamente gravi compromissioni delle funzioni vitali e la costante applicazione delle metodiche di trattamento di eccellenza. Particolare attenzione viene posta all'aspetto multidisciplinare e all'integrazione funzionale delle diverse competenze professionali presenti all'interno dell'azienda e a vario titolo coinvolte nella gestione di queste problematiche cliniche, specificatamente attraverso la produzione di protocolli e linee guida condivisi e la revisione sistematica della casistica, al fine di creare una cultura diffusa dell'emergenza-urgenza clinica, integrata rispetto all'attività clinica ordinaria elettiva.

Unità operative afferenti al Dipartimento Emergenza – Urgenza:

1. U.O.C. CENTRO REGIONALE TRAPIANTI,
2. U.O.C. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE,
3. U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE),
4. U.O.C. TERAPIA INTENSIVA,
5. U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA.

7. Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche ha come elemento caratterizzante l'integrazione di conoscenze, risorse umane e tecnologie per la diagnostica e la terapia attraverso l'impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche valorizza e ottimizza l'impiego della strumentazione diagnostico e terapeutica, in particolare quella di elevato valore tecnologico e clinico di area radiologica, e ritiene fondamentale l'approccio multidisciplinare per il raggiungimento dei compiti assegnati.

Unità operative afferenti al Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche

1. U.O.C. RADIOLOGIA RIUNITI,
2. U.O.C. MEDICINA NUCLEARE,
3. U.O.C. FISICA SANITARIA,
4. U.O.C. NEURORADIOLOGIA,
5. U.O.S.D. RADIOLOGIA MORELLI.

8. Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento dei Servizi si caratterizza come fornitore di servizi sia per le U.O.C. interne che per gli utenti esterni all'Azienda e riveste un ruolo importante di supporto all'attività clinica. Il Dipartimento dei Servizi persegue la capacità di mantenere una continua attenzione alla qualità e tempestività del servizio offerto, alla completezza della diagnostica offerta e alla sua costante aderenza alle necessità cliniche, all'aggiornamento delle prestazioni in base all'evoluzione delle discipline mediche, in particolare nelle aree critiche o di eccellenza nelle quali la diagnostica di laboratorio è fondamentale (quali ad es. emergenza, trapianti, onco-ematologia).

Questo obiettivo è perseguito anche attraverso lo sviluppo di opportune sinergie organizzative per l'ottimizzazione delle risorse, sia all'interno del dipartimento sia con strutture che erogano prestazioni di medicina di laboratorio afferenti ad altri dipartimenti.

Unità operative afferenti al Dipartimento dei Servizi

1. U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA,
2. U.O.C. LABORATORIO ANALISI,

3. U.O.C. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA,
4. U.O.C. FARMACIA,
5. U.O.S.D. CITOLOGIA DIAGNOSTICA PREVENZIONE TUMORI,
6. U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE,
7. U.O.S.D. GENETICA MEDICA.

Dipartimenti Funzionali:

1. Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area-Sud

Il *Dipartimento Materno-Infantile dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale, comprendendo le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Tale Dipartimento è deputato all'assistenza di donne, bambini e adolescenti mediante interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assicurando:

- la promozione e tutela della salute della donna e della coppia (assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio);
- la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti (assistenza al neonato sano e al neonato con patologie, assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche, riabilitazione dei minori disabili).

All'interno del dipartimento Materno-Infantile sono presenti servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete ed in particolare:

- strutture ospedaliere di Pediatria;
- strutture ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia;
- strutture ospedaliere di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale;
- strutture ospedaliere e territoriali di Neuropsichiatria Infantile;
- consultori familiari;

assicurando, inoltre, il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e servizi per minori (Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Prevenzione, ecc.).

Unità operative del G.O.M. afferenti al Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area Sud:

1. U.O.C. NEONATOLOGIA,
2. U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA,
3. U.O.C. PEDIATRIA.

2. Dipartimento Interaziendale Orto-Traumatologico Area Sud

Il *Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale comprendente strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Il Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale, risponde ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, standard di appropriatezza delle prestazioni, best practice e modelli organizzativi.

3. Dipartimento Interaziendale Medicina di Laboratorio Area Sud

Si propone come dipartimento con un importante ruolo di fornitore di servizi sia per i clienti interni che esterni all'Azienda avendo come obiettivo l'efficacia e l'efficienza da raggiungere attraverso sinergie organizzative intra ed interdipartimentali volte all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Il dipartimento medicina di laboratorio riveste un importante ruolo di supporto all'attività clinica: la strategia che esso persegue è la capacità di mantenere una continua attenzione alla qualità e tempestività del servizio offerto, alla completezza della diagnostica offerta e alla sua costante aderenza alle necessità cliniche, all'aggiornamento delle prestazioni in base all'evoluzione delle discipline mediche, in particolare nelle aree critiche o di eccellenza della nostra azienda nelle quali la diagnostica di laboratorio è fondamentale (quali ad es. emergenza, trapianti, onco-ematologia).

Questo obiettivo è perseguito anche attraverso lo sviluppo di opportune sinergie organizzative per l'ottimizzazione delle risorse, sia all'interno del dipartimento sia con strutture che erogano prestazioni di medicina di laboratorio afferenti ad altri dipartimenti.

Inoltre, la completezza e l'elevato livello di specializzazione della diagnostica vengono messe a disposizione non solo degli utenti interni od esterni dell'azienda, ma anche di altre strutture sanitarie.

4. Dipartimento Interaziendale Trasfusionale Area Sud

Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale dell'Area Sud costituisce l'ambito territoriale di riferimento per sviluppare un'integrazione e un forte coordinamento tra i Servizi Trasfusionali dell'intera provincia di Reggio Calabria. Il nuovo modello organizzativo si propone il miglioramento dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi trasfusionali nonché la promozione di tutti gli aspetti legati alla sicurezza della donazione e della trasfusione del sangue.

Al Dipartimento interaziendale afferiscono le Strutture Trasfusionali dell'intera provincia di Reggio Calabria modulate su diversi livelli di attività, realizzando così una specifica rete secondo il modello Hub e Spoke. Il Servizio Trasfusionale del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli", centro HUB, svolge la funzione di Unità di Coordinamento.

3.1.2 Risorse umane

L'Azienda considera le risorse umane un fattore essenziale per l'erogazione dei propri servizi e per la qualità degli stessi. L'importanza di tali risorse giustifica gli investimenti in attività formative e di aggiornamento professionale nonché l'attenzione ai sistemi di valutazione del loro operato; in considerazione della valenza altamente strategica, l'Azienda sostiene la valorizzazione del personale, con l'obiettivo di renderlo il più possibile partecipe delle scelte aziendali, favorendo l'espressione delle capacità propositive e la responsabilizzazione rispetto alla propria attività, utilizzando allo scopo anche gli istituti incentivanti contrattualmente previsti.

Tale impegno si sviluppa con l'obiettivo di disporre di personale qualificato ed efficiente, preparato sia sotto il profilo professionale che relazionale ed in numero adeguato rispetto alle richieste dei diversi servizi.

L'Azienda si avvale in maggioranza di personale dipendente suddiviso nelle quattro diverse "aree": sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Al 31.12.2022 le risorse umane sono pari a n. 1.682 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	5	86	91
PROFESSIONALE	4	-	4
SANITARIO	454	931	1.386
TECNICO	-	202	202
TOTALE	463	1.219	1.682

Tabella 23 – Personale al 31.12.2022.

Analisi di genere

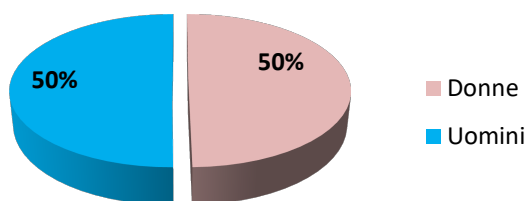
Dei complessivi n. 1.682 dipendenti n. 1.045 sono donne (62,13%) e n. 634 sono uomini (37,87%).

RUOLO	DIRIGENZA			COMPARTO			TOT. COMPLESSIVO
	F	M	TOT.	F	M	TOT.	
AMMINISTRATIVO	2	3	5	43	43	86	91
PROFESSIONALE	1	3	4	-	-	-	4
SANITARIO	228	227	455	654	276	930	1.385
TECNICO	-	-	-	117	85	202	202
Totale	231	233	464	814	404	1.218	1.682

Tabella 24 – Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2022.

Approfondendo l'analisi di genere, si riscontra che nei ruoli dirigenziali risultano presenti complessivamente n. 231 donne (49,78%) e n. 233 uomini (50,22%), mentre per il personale non dirigente risultano n. 814 donne (66,83%) e n. 404 uomini (33,17%).

Analisi di genere - Dirigenza



Analisi di genere - Comparto

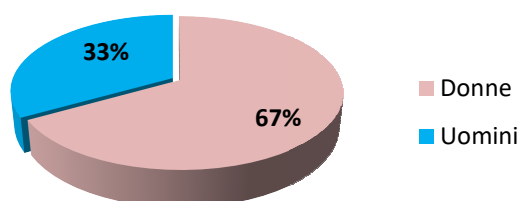


Grafico 22 – Analisi di genere.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, durante l'emergenza da virus Covid-19, ha avviato un percorso sperimentale di sviluppo interno volto alla valorizzazione di forme di "organizzazione agile", facendo ricorso allo "smart working" quale modalità di lavoro finalizzata al contrasto della pandemia e strumento di garanzia per l'erogazione dei servizi ordinari.

Il lavoro agile che ha caratterizzato il periodo emergenziale ha avuto come obiettivo principale quello del "distanziamento sociale" a tutela della salute pubblica, mentre il lavoro agile previsto dalla legge (ex art. 18 comma 1 Legge n. 81/2017) ha lo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

E' evidente che nel caso dell'Azienda Ospedaliera non tutti i dipendenti possono beneficiare delle opportunità offerte della nuova normativa. La loro applicazione è, infatti, possibile solo in aree di attività dei servizi amministrativi e di supporto, mentre non sono applicabili nelle aree preposte all'attività di produzione sanitaria.

In particolare, restano escluse dalla possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa "agile" le attività assistenziali di diagnosi e cura implicanti contatto diretto con i pazienti o le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile in modalità remota, mentre possono accedere al lavoro agile quelle figure professionali, prevalentemente impiegate nei servizi amministrativi e di supporto (affari generali, gestione del personale, approvvigionamenti, ragioneria, Direzione Medica di Presidio ecc.).

Con le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, le prestazioni lavorative di queste figure professionali non sono più collegate al posto di lavoro inteso come luogo fisico, ma spesso sono prestazioni che possono essere svolte in remoto, generalmente orientate ai progetti ed ai programmi di lavoro.

Il paradigma di tale trasformazione è il concetto di "smart working", da intendere come una cultura del lavoro che dedica maggiore attenzione ai risultati e meno alla presenza fisica, il quale è stato tradotto con la locuzione italiana di "lavoro agile" e definisce una modalità lavorativa dove la priorità viene data al risultato della prestazione del lavoratore piuttosto che alla sua effettiva presenza sul posto di lavoro.

Con le linee guida "Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance" il Dipartimento della Funzione Pubblica ha inteso fornire alcune indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione su obiettivi e indicatori di performance, funzionali a un'adequata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche.

L'Azienda, stante il perdurare dell'emergenza pandemica, ha inserito nella presente sottosezione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (P.I.A.O) un programma di interventi da attivare nel triennio 2023-2025 al fine di regolamentare la modalità di lavoro agile in regime ordinario, da aggiornare in rapporto allo sviluppo del quadro normativo.

In particolare sono di seguito descritti:

- il livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile;
- le condizioni e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- gli obiettivi individuati dall'Azienda ed i sistemi di misurazione della performance;
- i contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia.

3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda ha adottato una modalità di attivazione dello Smart Working in linea con le indicazioni nazionali, regionali ed aziendali.

Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, con esclusione del personale a contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede.

Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale.

Nelle tabelle seguenti si riportano in maniera sintetica i dati relativi al personale che ha svolto attività in smart working nel periodo pandemico 2020/2021.

NR. DIPENDENTI IN SMART WORKING	Anno 2020	Anno 2021
Affari Generali, Legali e Assicurativi	3	2
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	1	1
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	4	2
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	5	4
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	7	7
Avvocatura	2	1
Area Staff Direzione Generale	1	-
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	2	-
Monitoraggio e Controllo Ricoveri	1	-
Totale complessivo	26	17

NR. GIORNATE IN SMART WORKING	Anno 2020	Anno 2021
Affari Generali, Legali e Assicurativi	26	34
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	28	116
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	216	46
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	202	253
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	357	323
Avvocatura	148	5
Area Staff Direzione Generale	7	-
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	12	-
Monitoraggio e Controllo Ricoveri	29	-
Totale complessivo	1.025	777

Tabella 25 – Attività di smart working 2020-2021.

3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile

Per condizioni abilitanti si intendono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa.

L'Azienda ha proceduto, pertanto, ad un'analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

In particolare, sono stati valutati:

A. Le misure organizzative: Per un'attuazione del lavoro agile che si adatti al meglio alla tipologia di lavoro svolta dalle singole unità organizzative e alle diverse mansioni svolte dai singoli dipendenti, è demandata al personale dirigente di ogni unità organizzativa l'effettuazione della mappatura (e nel relativo aggiornamento) dei processi e delle attività, anche finalizzata all'eventuale individuazione di quelle attività che non possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile.

Si riporta di seguito una prima tabella di sintesi, da aggiornare e/o integrare, con la mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile e i relativi volumi.

Nella tabella sono, inoltre, specificati alcuni degli obiettivi raggiungibili con l'introduzione del lavoro agile sulla specifica attività:

- *Qualità del lavoro:* possibilità di svolgere qualitativamente meglio l'attività in modalità agile, potendo disporre di un contesto meno soggetto a interruzioni e/o dinamiche di ufficio che possono portare a interruzioni e/o distrazioni.
- *Quantità del lavoro:* possibilità di incrementare la produttività grazie al lavoro agile, sia perché questo porta ad una ottimizzazione dei tempi (ad esempio nello svolgimento delle riunioni e nell'utilizzo di procedure e strumenti digitali) sia come ricaduta del precedente obiettivo;
- *Qualità percepita dall'utente:* il servizio svolto in modalità agile può risultare conveniente e di maggiore qualità anche per l'utente del servizio;
- *Accessibilità:* il lavoro agile apre alla possibilità di svolgere alcune attività al di fuori del consueto orario di lavoro e/o rende più accessibili alcuni servizi (ad esempio colloqui, visite, etc).

A tali obiettivi si aggiungono alcuni obiettivi scontati e trasversali, non riportati pertanto in tabella, quali il benessere del lavoratore, la riduzione di assenze, la razionalizzazione degli spazi, la riduzione degli spostamenti.

Unità Operativa	Attività	Obiettivi				Volume attività
		Qualità del lavoro	Quantità tempo	Qualità percepita	Accessibilità servizio	
Affari Generali, Legalli e Assicurativi	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Gestione rapporti con broker, compagnie assicurative, difensori, consulenti tecnici, ecc.	X	X	X		
	Predisposizione convenzioni con altri Enti	X	X	X		
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Accreditamento e chiusura corsi in ECM	X	X		X	
	Applicazioni contrattuali e relazioni sindacali/Fondi: stesura documentazione (regolamenti, accordi, gestione della corrispondenza) ed elaborazioni dati.	X	X			
	Area economica/stipendi: elaborazioni inerenti tutte le verifiche relative ai pagamenti degli stipendi ed al monitoraggio costi del personale	X	X		X	
	Area Giuridica: stesura atti (determine, delibere), gestione part-time, mobilità, autorizzazioni per incarichi extraistituzionali	X	X			
	Concorsi e procedure selettive: stesura bandi	X	X			
	Gestione previdenziale: gestione pratiche quiescenza	X	X			
	Progettazione e gestione eventi formativi interni	X	X			
	Pubblicazione dati	X	X		X	
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Contabilizzazione fatture elettroniche passive	X	X			
	Emissione fatture attive	X	X			
	Emissione mandati di pagamento per fornitori	X	X			
	Regolarizzazione provvisori di entrata	X	X			
Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	25%
	Programmazione e progettazione interventi manutentivi	X	X			
	Stesura di relazioni, documentazione, ecc.	X	X			
Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X			30%
	Gestione gare CONSIP	X	X			
	Gestione ordinativi di acquisto	X	X			
	Gestione procedure di gara e annessi provvedimenti	X	X			
	Liquidazione fatture	X	X			
	Recepimento aggiudicazioni gare regionali, proroghe e rinnovi, adempimenti e provvedimenti conseguenti	X	X			
Avvocatura	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Redazione atti	X	X			
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, ecc.	X	X	X	X	20%
	Gestione degli acquisti di beni e servizi informatici	X	X			
	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	
	Gestione flussi informativi, analisi dati, statistica, datawarehouse, business intelligence, ecc.	X	X			
	Redazione PIAO/Relazione sulla Performance	X	X			
	Redazione Schede di budget	X	X			
	Reportistica infrannuale/annuale strutturata o su richiesta	X	X			
	Stesura capitolati, attività varie di Project Management, RUP e DEC relativamente alla fornitura di beni e servizi informatici	X	X		X	
	Stesura di relazioni, documentazione, linee guida, manuali, ecc	X	X			
Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	20%
	Monitoraggio flussi SDO, CEDAP	X	X			
Direzione Medica di Presidio	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	10%
	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, Gestione Agende ecc.	X	X	X	X	

Tabella 26 – Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile.

Sulla base della mappatura delle attività erogabili in modalità agile, il Direttore/Dirigente della struttura definisce il numero complessivo dei dipendenti che, per la tipologia di mansioni svolte, possono accedere al lavoro agile. Al personale dirigente è, inoltre, richiesto di verificare periodicamente le condizioni abilitanti, affinché sia possibile concedere al maggior numero possibile di richiedenti l'opportunità di svolgere parte del proprio lavoro in modalità agile.

L'individuazione di tali condizioni abilitanti da parte della dirigenza permetterà, infatti, all'Azienda di pianificare l'adozione di eventuali atti o provvedimenti che consentano di ampliare progressivamente la platea dei lavoratori agili, andando oltre le limitazioni di fatto esistenti.

Per le parti non espressamente disciplinate si rimanda a quanto previsto dai vigenti CCNL e successivo regolamento aziendale.

Le piattaforme tecnologiche di supporto al lavoro agile: Al fine di garantire il funzionamento dello smart working durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda si è dotata di una soluzione applicativa che permette:

- di utilizzare gli applicativi web dell'Azienda senza doverli pubblicare direttamente in internet in modo da poter aumentare la sicurezza dei sistemi ed evitare attacchi esterni quali, ad esempio, i cosiddetti "attacchi brute force";
- di accedere alle risorse di rete locali (cartelle condivise, stampanti, scanner) con le modalità di cui al punto precedente;
- di connettersi con i sistemi indipendentemente dal dispositivo;
- di supportare fino a 100 accessi simultanei.

La soluzione dispone di caratteristiche di scalabilità, sicurezza, modulabilità, semplicità d'uso.

In fase di prima attivazione, la situazione d'emergenza ha imposto alla maggior parte dei dipendenti di servirsi dei propri dispositivi per proseguire il lavoro solitamente svolto in ufficio, con il supporto dell'Help Desk aziendale per le configurazioni necessarie.

L'emergenza di Covid-19 ha, tuttavia, messo in luce la necessità di acquistare nuovi dispositivi e di aggiornare le postazioni di lavoro tradizionali con nuova strumentazione sia hardware che software, la cui acquisizione da parte dell'Azienda è già cominciata nel corso del 2022. Infatti, superata la situazione di emergenza, durante la quale ha prevalso il principio "bring your own device", è intenzione dell'Azienda provvedere gradualmente, per mezzo delle strutture competenti, all'acquisizione e fornitura di una dotazione tecnologica adatta al corretto svolgimento, anche al di fuori dell'abituale sede di servizio, dei compiti assegnati. Ciò avverrà sulla base delle specifiche richieste inviate dalle strutture organizzative, a seguito della verifica periodica delle condizioni abilitanti, ma anche in un'ottica generale di aggiornamento della strumentazione tecnologica in dotazione all'Azienda. La scelta del nuovo materiale hardware sarà incentrata sulla creazione di un nuovo concetto di postazione di lavoro, più flessibile e adatto sia al desk sharing che all'alternanza tra giornate in presenza e giornate in lavoro agile.

In dettaglio, l'Azienda si è organizzata nel tempo e, ad oggi, garantisce:

- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati mediante VPN e sistema di smart working;

- disponibilità di spazio di archiviazione su NAS presenti presso il data center aziendale per la conservazione dei dati con accesso protetto da account di dominio;
- utilizzo di applicativi che consentono la gestione di workflow che permettono la gestione per fasi dei processi, con le relative abilitazioni di accesso e ruoli dei singoli dipendenti;
- possibilità di accesso ai dati e agli applicativi da parte del dipendente presso qualunque postazione di lavoro, anche se dislocata presso una sede diversa da quella consueta di lavoro, purché all'interno della rete organizzativa o in VPN, mediante l'utilizzo di policy.

B. Le competenze professionali:

ulteriori condizioni abilitanti al lavoro agile sono le competenze professionali, sia per quanto riguarda le competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e l'uso delle tecnologie digitali), sia con riferimento all'analisi e mappatura delle competenze del personale e alla rilevazione dei relativi bisogni formativi.

Infatti, è utile individuare i lavoratori in possesso di determinate competenze che possono facilitare l'implementazione e la diffusione del lavoro agile, in primo luogo competenze organizzative (capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi) e competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie). Ove le competenze abilitanti non siano sufficientemente diffuse, l'Azienda proporrà una serie di corsi orientati al miglioramento delle competenze digitali, alla sicurezza nello svolgimento del lavoro in modalità agile, ecc. Ciò al fine di innescare un cambiamento culturale interno che dia ancora più centralità devono essere progettati adeguati percorsi di formazione al perseguimento degli obiettivi ed alla programmazione delle attività sia degli individui e dei gruppi di lavoro che delle singole strutture.

3.2.3 Gli obiettivi individuati dall'Azienda

Il Ciclo della Performance è fortemente influenzato dall'introduzione del lavoro agile nell'Azienda, soprattutto in conseguenza della necessità di rafforzare la relazione tra la performance individuale e quella organizzativa, sia in termini di pianificazione che di strumenti di monitoraggio e misurazione e valutazione della performance.

Il programma di sviluppo del lavoro agile per il triennio 2023 -2025 prevede attività da avviarsi in tre fasi:

Fase 1 - Avvio: in questa prima fase dovrà essere data priorità alla strutturazione degli strumenti cardine che sono alla base del cambiamento:

- redazione e approvazione del Regolamento Aziendale Lavoro Agile;
- coordinamento organizzativo del lavoro agile;
- studio e sviluppo di un sistema di misurazione della performance del lavoro agile;
- attivazione di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile;
- revisione dei documenti di programmazione e del ciclo della performance;
- rilevazione benessere organizzativo con indagine di clima.

Fase 2 - Sviluppo Intermedio: questa fase prevede l'avvio di azioni necessarie all'estensione del lavoro agile ad ulteriori ambiti di attività:

- analisi, studio di fattibilità e digitalizzazione dei processi;

- individuazione competenze direzionali, organizzative e digitali del personale;
- formazione;
- incremento della percentuale di persone coinvolte nel lavoro agile;
- incremento delle modalità o degli strumenti di condivisione con i colleghi delle informazioni e dello stato di avanzamento delle pratiche.

Fase 3 - Sviluppo avanzato: la fase di sviluppo avanzato prevede l'estensione del lavoro agile a ulteriori servizi digitali, siano essi i servizi amministrativi e/o di telemedicina, nonché di spingere verso la razionalizzazione delle sedi lavorative con soluzioni sempre più diffuse di co-working. In questa fase si conta di raccogliere anche i primi benefici economici in tal senso.

Gli obiettivi di questa fase sono:

- potenziamento servizi digitali;
- estensione e diffusione di soluzioni di co-working, con razionalizzazione delle sedi.

Le tre fasi sono caratterizzate da un monitoraggio almeno semestrale.

Si riportano nella tabella seguente gli indicatori relativi ad alcune condizioni di salute abilitanti e allo stato di implementazione che questa Azienda ritiene di introdurre e monitorare nel triennio 2023-2025.

OBIETTIVI E INDICATORI RELATIVI ALLE CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE

OBIETTIVI ED INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
	2023	2024	2025
SALUTE ORGANIZZATIVA			
Redazione e approvazione del Regolamento aziendale Lavoro Agile	X		
Coordinamento organizzativo del lavoro agile	X		
Help desk informatico dedicato al lavoro agile	X		
Rilevazione benessere organizzativo con indagine di clima	X	X	X
SALUTE PROFESSIONALE			
Competenze direzionali: Sviluppo competenze direzionali dirigenti e comparto.		X	X
% dirigenti che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno			
Competenze organizzative: Sviluppo competenze organizzative dirigenti e comparto.		X	X
% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno			
Competenze digitali: Sviluppo competenze digitali dirigenti e comparto.		X	X
% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno			
SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA			
Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile.		X	X
Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile.	X		
Investimenti in digitalizzazione di servizi progetti, processi.		X	
SALUTE DIGITALE			
Potenziamento dotazione hardware dedicata al lavoro agile.	X		
% lavoratori agili dotati di dispositivi e traffico dati			
Incremento personale abilitato all'accesso da remoto ai sistemi aziendali - Intranet.	X		
% lavoratori abilitati all'accesso da remoto			
Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)		X	
Applicativi consultabili in lavoro agile	X		
Banche dati consultabili in lavoro agile	X		
Firma digitale tra i lavoratori agili		X	
Processi digitalizzati		X	
Servizi digitalizzati		X	

Tabella 27 – Obiettivi e indicatori relativi alle condizioni abilitanti del lavoro agile.

3.2.4 La misurazione e valutazione della performance

A consuntivo, dopo ogni fase, l'Azienda dovrà verificare il livello raggiunto rispetto al livello programmato. I risultati misurati, da rendicontare in apposita sezione della *Relazione sulla performance*, costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

A tal fine potranno essere misurati:

- a) l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni provenienti dall'utenza esterna;
- b) i costi e i ricavi sostenuti per l'implementazione lavoro agile, servendosi di alcuni indicatori, quali ad esempio il costo per la formazione delle competenze specifiche; gli investimenti in supporti hardware e infrastrutture; gli investimenti in digitalizzazione dei processi.
- c) l'impatto del lavoro agile dal punto di vista della dimensione economica e del livello di soddisfazione dei dipendenti.

Si possono individuare **indicatori** sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di *performance*:

1. **indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile:** utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo.

INDICATORI RIFERITI ALLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
	2023	2024	2025
INDICATORI QUANTITATIVI			
% Lavoratori agili effettivi/totale lavoratori agili potenziali	X	X	X
INDICATORI QUALITATIVI			
Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dipendenti, articolato per genere, per età, ecc.	X	X	X

Tabella 28 – Indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile.

2. **indicatori riferiti alla performance organizzativa:** utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo stesso.

INDICATORI RIFERITI ALLE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
	2023	2024	2024
ECONOMICITÀ			
Riduzione costi			X
EFFICIENZA			
Produttiva: Diminuzione assenze, aumento produttività	X	X	X
Economica: Riduzione di costi per output di servizio			X
Temporale: Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie		X	X
EFFICACIA			
Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita	X	X	X
Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita	X	X	X

Tabella 29 – Indicatori riferiti alle performance organizzative.

3. **indicatori riferiti alla performance individuale:** forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Dal punto di vista individuale la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia, se ben accompagnata, favoriscono nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, consentendo di ottimizzare il tempo dedicato al lavoro e, contestualmente, la produttività a favore dell'Azienda, anche in ragione di una maggiore responsabilizzazione derivante dalla diversa organizzazione del lavoro. Un altro beneficio potenziale è riconducibile ad una riduzione dei livelli di stress, favorita dalla possibilità di lavorare in luoghi diversi dall'ufficio e dall'abitazione e di gestire al meglio il tempo libero.

A fronte di questi potenziali benefici è però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

In tal senso, le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono le medesime e devono fare riferimento a risultati e comportamenti, così come indicato dalle Linee Guida 2/2017 e 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

Rispetto ai risultati, sarà necessario fare riferimento a obiettivi individuali o di gruppo/team e relativi indicatori che riguardano:

- la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati;
- la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui singolo lavoratore è responsabilizzato.

INDICATORI RIFERITI ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE – AREA RISULTATI

INDICATORI	DESCRIZIONE
INDICATORI DI EFFICACIA	Efficacia quantitativa: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche evase in lavoro agile/n. pratiche assegnate in lavoro agile. Efficacia qualitativa: qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di customer satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile.
INDICATORI DI EFFICIENZA	Efficienza produttiva: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato. Efficienza temporale: tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile.

Tabella 30 – Indicatori riferiti alla performance individuale.

3.2.5 Gli impatti del lavoro agile

Il lavoro agile non si limita a contribuire alla *performance* organizzativa e alle *performance* individuali, ma può avere degli **impatti, positivi o negativi**:

- sia all'**interno** dell'Azienda: ad esempio impatti sul livello di salute dell'ente, sulla struttura e sul personale (da verificare, ad esempio, attraverso periodiche indagini di clima);
- sia all'**esterno** dell'Azienda: ad esempio, minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dal minore spostamento casa-lavoro dei propri dipendenti, nonché della ridotta necessità di spostamento casa-sportelli fisici per gli utenti dei servizi pubblici erogati; minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali (cancelleria); migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, soprattutto per le donne su cui ricade ancora oggi il maggior carico di cura; aumento del benessere dell'utenza per ridotta necessità di file a sportelli fisici ecc; diffusione della cultura digitale.

La scelta degli indicatori più appropriati deve tenere conto, infine, dell'adeguatezza dei sistemi di misurazione dell'Azienda.

INDICATORI DI IMPATTO DEL LAVORO AGILE

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
IMPATTI ESTERNI	Migliorare la qualità della vita del lavoratore	Impatto Sociale: per i lavoratori % di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto lavoro-vita privata			X
		Impatto Ambientale: riduzione dell'utilizzo di carta stampata			X
		Impatto Economico: per i lavoratori % di dipendenti che ritiene di aver risparmiato in spese di viaggio per andare a lavoro			X
IMPATTI INTERNI	Migliorare la salute dell'Azienda	Salute organizzativa: miglioramento della salute organizzativa e di clima. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale			X
		Salute professionale: miglioramento della salute professionale. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze professionali			X
		Salute economica: miglioramento della salute economico-finanziaria. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di ottenere dei risparmi per l'Azienda			X
		Salute digitale: miglioramento della salute digitale. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze informatiche			X

Tabella 31 – Indicatori di impatto del lavoro agile.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre

Nella tabella seguente si rappresenta la consistenza di personale al 31 dicembre 2022 in termini quantitativi in relazione ai profili professionali presenti.

RUOLO	PROFILO	F	M	TOTALE
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	2	3	5
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA Totale	2	3	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	INGEGNERI	-	3	3
	AVVOCATI	1	-	1
	DIRIGENZA PROFESSIONALE Totale	1	3	4
DIRIGENZA MEDICA	MEDICI	195	219	414
	DIRIGENZA MEDICA Totale	195	219	414
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	BIOLOGI	27	4	31
	FARMACISTI	6	1	7
	FISICI	-	3	3
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA Totale	33	8	41
COMPARTO SANITARIO	INFERMIERE ESP.	4	4	8
	INFERMIERE	514	223	737
	FISIOTERAPISTA	7	4	11
	LOGOPEDISTA	4	-	4
	ORTOTTISTA	2	-	2
	OSTETRICA ESP.	2	-	2
	OSTETRICA	47	1	48
	TECNICO AUDIOMETRISTA	1	-	1
	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	2	2	4
	TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRC. E PERFUSIONE CARDIOV.	3	4	7
	TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO	36	14	50
	TECNICO RADIOLOGIA MEDICA ESP.	-	1	1
	TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	29	22	51
	COMPARTO SANITARIO Totale	651	275	926
COMPARTO AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFES. ESPERTO	-	2	2
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	7	-	7
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	23	26	49
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	9	14	23
	COMMESSE	4	1	5
	COMPARTO AMMINISTRATIVO Totale	43	43	86
COMPARTO TECNICO	ASSISTENTE SOCIALE	1	-	1
	ASSISTENTE TECNICO	-	3	3
	AUS.SPEC.-SERV.TEC.EC. (Ag.Tec.)	3	1	4
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	-	2	2
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	112	61	173
	OPERATORE TECNICO	4	16	20
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	-	3	3
	COMPARTO TECNICO Totale	120	86	206
	Totale complessivo	1.045	637	1.682

Tabella 32 – Personale al 31.12.2022 distinto per ruolo e profilo professionale.

3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale

Con il D.C.A. n. 113 del 6.9.2022 avente ad oggetto “*Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR*” e con il D.C.A. n. 118 del 3/10/2022 dall’oggetto “*Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - modifiche ed integrazioni DCA n. 113 del 06/09/2022*” è stato fatto obbligo alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di provvedere all’approvazione dei Piani dei fabbisogni adeguandoli ai dati di produzione riferiti all’anno 2021 e all’approvazione dei piani assunzionali 2022 fissando, quale limite di spesa, il costo del personale rilevato al IV trimestre 2021, comprensivo delle voci di spesa sostenuta per il personale destinato all’Emergenza COVID.

Con la delibera n. 704 del 3.11.2022 il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi – Melacrino – Morelli” di Reggio Calabria ha approvato il “Piano dei fabbisogni di personale e piano delle assunzioni per l’anno 2022”.

Il Piano è stato predisposto secondo la metodologia approvata con il Decreto del Commissario Ad Acta per l’attuazione del Piano di Rientro n. 192/2019 il quale promuove, meritoriamente, analisi e soluzioni diverse, in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascuna Azienda. Prevede, infatti, che i criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico siano correlati a tre fattori principali e nello specifico:

- ✓ l’organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del D.M. n. 70/2015 e del D.C.A. del 5 luglio 2016, n. 64;
- ✓ la produzione: l’attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero e le funzioni non tariffabili;
- ✓ il tempo di lavoro con rispetto all’orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Con il D.C.A. n. 165 del 29.11.2022 la Regione ha preso atto della delibera n. 704 del 3.11.2022 del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi – Melacrino – Morelli” di Reggio Calabria avente ad oggetto “*Piano dei fabbisogni di personale e piano delle assunzioni per l’anno 2022 – integrazione della delibera n. 658 del 14/10/2022*” ed autorizzato le assunzioni a tempo indeterminato di cui al Piano Assunzionale 2022. Il G.O.M. con la delibera n. 799 del 13.12.2022 ha preso atto del D.C.A. n. 165 del 29.11.2022 ed ha avviato l’implementazione del piano delle assunzioni 2022 che, necessariamente, per la maggior parte avverrà nell’anno in corso.

FABBISOGNO PERSONALE DA DELIBERA N. 704 DEL 3.11.2022	Unità di personale
DIRIGENTI MEDICI	95
DIRIGENTI SANITARI	10
COLL. PROF. SAN. INFERMIERI	180
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	17
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	8
ULTERIORE PERSONALE COMPARTO SANITARIO	22
O.S.S.	56
PERSONALE AMMINISTRATIVO/PROFESSIONALE/TECNICO	68
	456

Tabella 33 – Fabbisogno personale delibera n. 704 del 3.11.2022.

Il fabbisogno di risorse umane descritto nel Piano è indispensabile per garantire le attività assistenziali correlate a:

- 1) la conferma dei livelli quali quantitativi di offerta sanitaria eseguiti al 2021 ed il recupero delle liste di attesa;
- 2) il potenziamento dei centri di riferimento regionale presenti in Azienda;
- 3) la revisione dell'assetto organizzativo aziendale, nel rispetto della programmazione regionale in tema di dotazione di posti letto ospedalieri.

L'obiettivo indicato al punto 1) è strettamente correlato alla possibilità di procedere alla stabilizzazione del personale precario, ove ed entro il limite consentito dalla normativa e dalle direttive di prassi nazionale e regionale ancora da emanarsi, ed alla sostituzione del personale interessato al turn-over, così come previsto dal D.C.A. n. 113/2022 e dal D.C.A. n. 118/2022. In effetti, il Piano prevede la possibilità, di reclutare con contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato un numero di posti pari a tutto il personale che, alla data del 31.12.2021 era titolare di un rapporto di lavoro a tempo determinato o comunque precario nonché quello che nel 2022 è previsto in uscita.

L'obiettivo indicato al punto 2) è riferito alla circostanza per la quale la Regione Calabria ha affidato, in via esclusiva, a questa Azienda una serie di funzioni senza tariffazione, che il G.O.M. deve garantire per conto di tutte le Aziende del S.S.R.. Si tratta, in particolare, della Banca del Cordone, del Centro Regionale Trapianti, del Centro Regionale Tipizzazione Tissutale e del Centro Regionale Trapianti Midollo Osseo (C.T.M.O.), del Centro Regionale per le Epilessie e la Unità Operativa di Genetica Medica, che assorbono un'importante quota di risorse umane e finanziarie.

L'obiettivo indicato al punto 3) è riferito alla negoziazione con la Regione Calabria per la realizzazione di alcuni attività di interesse della programmazione regionale.

In particolare, con il D.C.A. n. 64/2016 è stata disposta l'attivazione di n. 15 posti letto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (ridotti a 10 dal D.C.A. n. 104/2020). L'attivazione dei posti letto di degenza ordinaria di Recupero e Riabilitazione Funzionale costituisce il primo step di un percorso riabilitativo completo da concludersi nelle specifiche strutture territoriali, anche al fine di migliorare il turnover dei posti letto per acuti di alcune discipline che, in atto, non trovano tempestive risposte nel territorio (ortopedia e traumatologia, neurologia, ecc.). Con il D.C.A. n. 91/2020 ed il D.C.A. n. 104/2020, la Regione Calabria nell'ambito del riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza Covid-19 ha previsto per il G.O.M. "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria la riconversione di n. 27 posti letto di degenza ordinaria di varie discipline in n. 27 posti letto di terapia semi-intensiva, di cui n. 13 posti letto di Malattie Infettive (cod. 24) e n. 13 di Pneumologia (cod. 68) e l'incremento di n. 20 posti letto di Terapia Intensiva (cod. 49), di cui n. 2 posti letto di Terapia Intensiva Pediatrica. L'Azienda, pertanto, a parità di risorse umane, ha dovuto attivare nuovi posti letto di degenza semi-intensiva e di terapia intensiva che hanno comportato uno squilibrio nell'assetto organizzativo che si riflette, principalmente, sul funzionamento del Blocco Operatorio, dotato di n. 8 sale operatorie di cui solo la metà, con grande difficoltà, può essere utilizzata causa carenza di anestesisti.

Il piano dei fabbisogni e delle assunzioni del personale per il 2022 quale strumento di programmazione di medio termine, sebbene a valenza temporale annuale in ossequio alle specifiche disposizioni regionali, fa salva la possibilità di apportare ulteriori variazioni ed integrazioni in relazione

all'eventuale evoluzione del quadro normativo di riferimento e/o a nuove esigenze, derivanti dal trasferimento di funzioni al G.O.M. o di qualsiasi altro sopravvenuto fabbisogno che allo stato attuale non è possibile prevedere o definire anche in funzione della previsione del D.C.A. n. 165/2022 che stabilisce che il "piano dei fabbisogni potrà subire modifiche e rimodulazioni che dovessero rendersi necessarie".

Inoltre, il medesimo piano fa salvi gli iter procedurali di reclutamento già avviati per le autorizzazioni all'assunzione di personale già concesse dalla Struttura Commissariale per il piano di rientro e dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari della Regione Calabria, e confermate con l'attuale pianificazione.

3.3.3 Formazione del personale

Con la nota prot. n. 38986 del 23/09/2022 l'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione ha avviato l'analisi dei fabbisogni formativi per l'anno 2023 secondo quanto previsto dalle linee guida del piano regionale dei servizi sanitari in materia di formazione del personale.

Con delibera del Commissario Straordinario n. 838 del 23/12/2022 è stato approvato il documento di programmazione "Piano di Formazione Aziendale 2023".

Il limite di spesa per il finanziamento del Piano Formativo Aziendale 2023 è stato determinato con la delibera del Commissario Straordinario n. 702 del 31/10/2022 di approvazione del Bilancio Economico Preventivo.

Il piano formativo aziendale viene definito in base a:

- a) direttive nazionali e regionali in materia di Aggiornamento Professionale Continuo;
- b) rilevazione del fabbisogno annuale formativo espresso dagli operatori;
- c) attività di ricerca svolta in azienda.

I percorsi formativi si sviluppano in tre ambiti di azione:

- sviluppo delle competenze professionali nel settore specifico di attività, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni;
- consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire rispetto alle proprie competenze e ai propri ruoli;
- sviluppo di carriera, come definizione di percorsi di carriera professionali sulla base delle capacità e dei talenti.

Strumenti metodi didattici e formativi

Il Piano Formativo utilizza setting e metodologie didattiche tradizionali che prevedono la partecipazione in presenza dei partecipanti, e digitali che sfruttano la tecnologia ed i canali di partecipazione virtuale.

A seguito dell'emergenza da COVID-19 e delle mutate modalità di lavoro dovute all'introduzione dello smart working (lavoro agile), l'apprendimento digitale e la creazione di offerte di formazione a distanza (FAD) sono diventati centrali della formazione professionale continua. L'uso dei media digitali e le possibilità offerte dai nuovi strumenti di lavoro collaborativo stanno cambiando il nostro modo di lavorare e di imparare. Un efficace apprendimento autogestito sul posto di lavoro sta diventando sempre più importante. Attraverso l'integrazione dell'apprendimento digitale, l'accesso alla

conoscenza diventa flessibile, semplice, rapido, maggiormente individualizzato e autogestito, ampiamente indipendente rispetto ai vincoli di tempo e di luogo.

E' demandato alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, per quanto di competenza, la gestione degli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi alla realizzazione delle attività di formazione obbligatoria e facoltativa attivando, ove necessario, le procedure dell'accREDITamento E.C.M..

Del programma delle attività formative 2023 in data 19/12/2022 è stata data adeguata informazione alle OO.SS. e alle RR.SS.UU. Aziendali per come previsto ai sensi dell'art. 4 dal CNL 2016/2018.

Inoltre, sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale e delle Strutture interessate, potranno essere prese in esame ulteriori richieste di attivazione di percorsi formativi in merito alle esigenze non rilevate nel corso della prima fase di analisi, nel rispetto dei tempi stabiliti dall'AGENAS.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio e rendicontazione, nel merito dei contenuti previsti dal PIAO, si realizza in Azienda principalmente attraverso i seguenti strumenti, già attivi e normati secondo le diverse normative di riferimento dei vari Piani integrati nel PIAO:

1. il **Processo di Budget** e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda;
2. la **Relazione della Performance**, relativamente alla performance aziendale, secondo quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009;
3. la **Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, redatta ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e sulla base delle indicazioni dell'ANAC e pubblicata sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente – sezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione;
4. i **sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza**;
5. i **sistemi di rilevazione del clima interno**.

Inoltre, su base triennale, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) effettuerà, relativamente alla Sezione "Organizzazione e capitale umano", il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance.

STRUMENTO	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	SOGGETTI RESPONSABILI
Processo di Budget	Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
Relazione della Performance	Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Secondo le modalità stabilite dall'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e le indicazioni ANAC.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza	Mediante questionario su sito istituzionale.	Ricerca e Governo dell'Eccellenza e della Qualità
Sistemi di rilevazione del clima interno	Mediante questionario su Portale del Dipendente.	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

Tabella 34 – Monitoraggio PIAO.