



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 – 2022

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74.

PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
SEZIONE 1. PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA	4
1.1 Missione e principali attività	4
1.2 Organizzazione	5
1.3 Personale	14
1.4 Bilancio	15
1.5 Analisi del contesto interno ed esterno	17
Dati demografici	17
Andamento demografico della popolazione	17
Flusso migratorio della popolazione	17
Movimento naturale della popolazione	18
Distribuzione della popolazione per fasce di età	18
La popolazione straniera	19
SEZIONE 2. LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	26
2.1 Programma Operativo Regionale e Obiettivi Strategici	26
2.2 L’Albero della Performance	27
SEZIONE 3. LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	29
3.1 Dagli obiettivi specifici/strategici triennali agli obiettivi annuali	29
3.2 Il sistema incentivante	32
SEZIONE 4. SVILUPPO DI STRATEGIE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA. COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA 2020-2022.	32
ALLEGATI:	32
Allegato 1) Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi ai fini della negoziazione del Budget anno 2020.	32
Allegato 2) Modello di scheda di negoziazione budget da utilizzare per l’anno 2020.	32
NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	33

PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il *Piano della Performance*, 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" è il 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, vengono 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 presente 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.

SEZIONE 1. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Essa opera, senza finalità di lucro, nel rispetto dei principi e criteri sanciti dal dettato costituzionale, dal D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, dal codice civile, dalle leggi regionali.

L'Azienda è inserita 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.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale di diritto privato approvato con delibera del Direttore Generale n. 578 del 19.7.2016.

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.

1.1 Missione e principali attività

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.

È compito dell'Azienda raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'Azienda gestisce le proprie attività attraverso procedure chiare, condivise e controllabili con l'obiettivo di pervenire per gradi successivi e per PDTA alla certificazione di qualità ispirandosi ai principi del total quality management (TQM).

L'assistenza sanitaria ospedaliera, con le sue articolazioni di emergenza, degenza ordinaria, diurna ed attività ambulatoriale, rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere prestata con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

La comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie deve rappresentare il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento.

La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.

L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili;
- innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e allargando la gamma delle tipologie di servizio;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- incrementare l'integrazione delle macro e delle micro-articolazioni organizzative, per affermare la logica e la pratica della continuità clinico-assistenziale, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo;
- allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.

L'Azienda è anche luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale e di aggiornamento professionale per i medici interni, per quelli esterni, per il personale infermieristico e per la collettività. L'alta professionalità degli operatori è, infatti, il capitale più prezioso di cui dispone l'Azienda per assolvere la propria mission.

La struttura dell'Azienda 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.

1.2 Organizzazione

La Direzione Strategica ha proceduto ad una decisa riprogettazione organizzativa dell'Azienda, finalizzata a razionalizzare le attività, eliminare duplicazioni, privilegiare i punti di forza e le eccellenze interne ed, in generale, a ridurre la complessità dell'assetto organizzativo.

La nuova struttura organizzativa è stata decisa in coerenza con le indicazioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 130 del 16.12.2015, n. 30 del 3.3.2016 e n. 64 del 5.7.2016. Le indicazioni dei D.C.A. sono state recepite con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19.7.2016. Il nuovo modello organizzativo, con le indicazioni relative alle U.O.C., U.O.S.D. e U.O.S., è contenuto nell'Atto Aziendale, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25.7.2016 ed attivo dal 1 agosto 2016 con la delibera n. 588 del 28.7.2016.

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 28.9.2016 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.

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.

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.

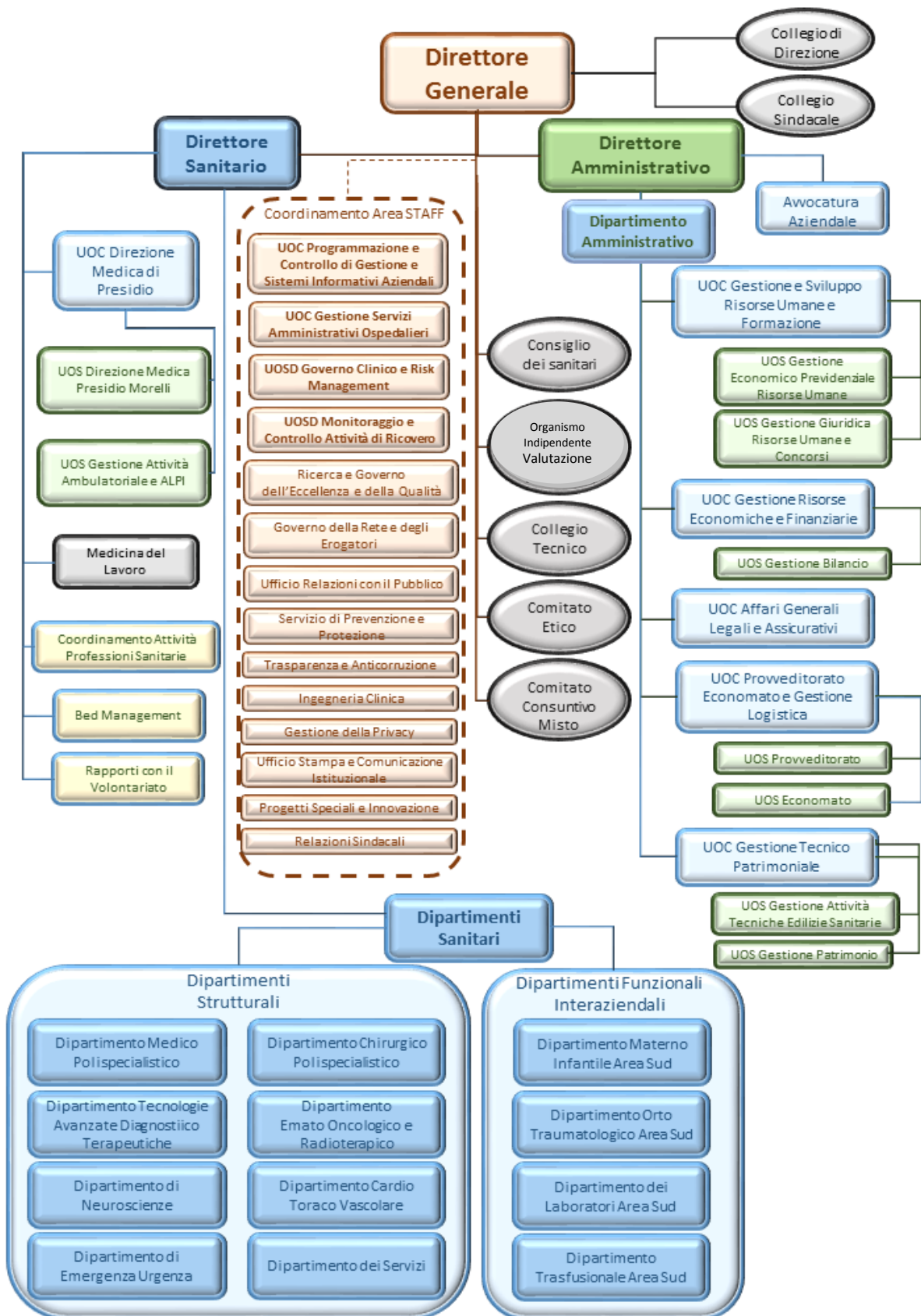


Figura 1 – Organigramma del Grande Ospedale Metropolitan “Bianchi Melacrino Morelli” Reggio Calabria.

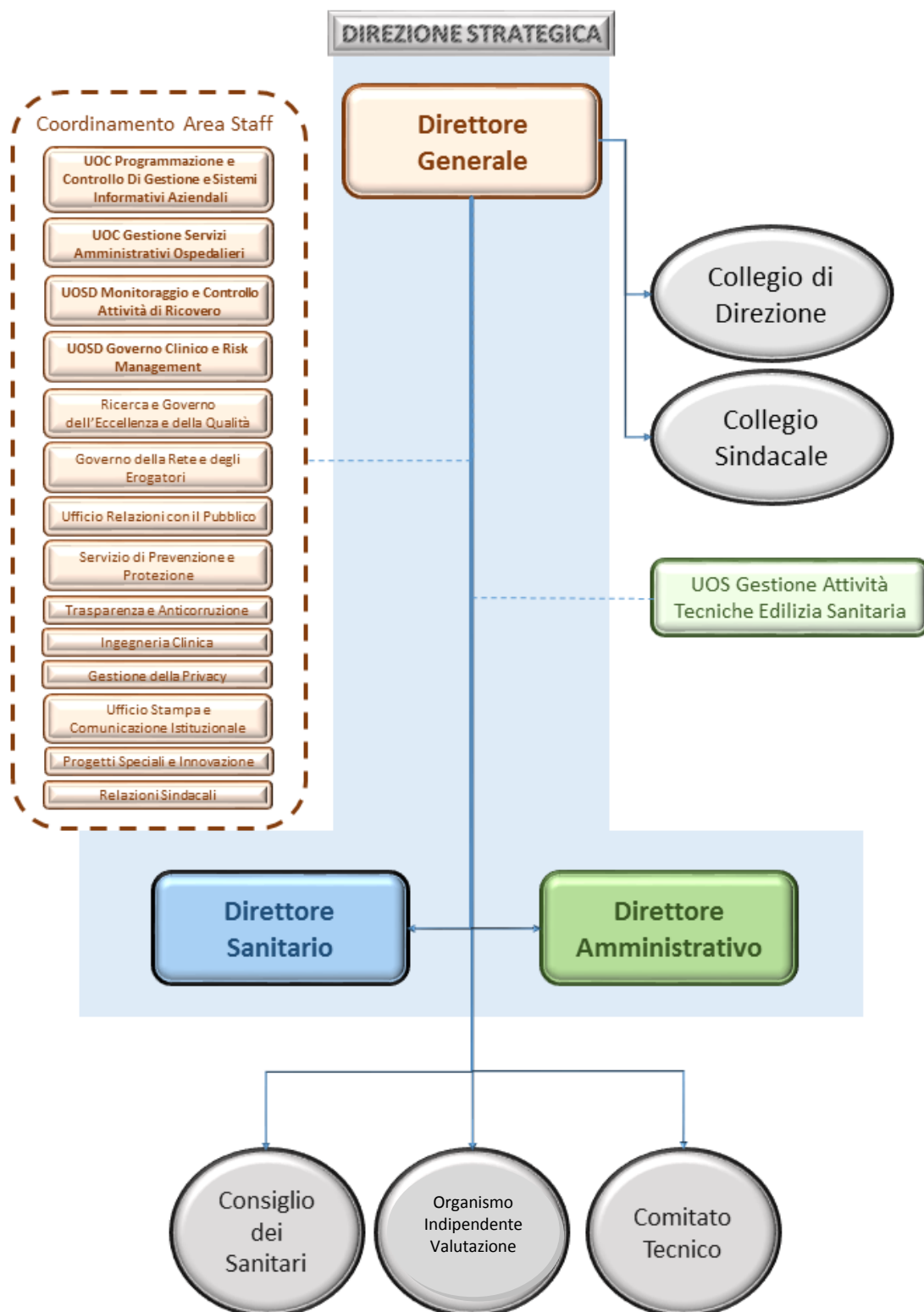


Figura 2 – Organigramma della Direzione Strategica

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.

Nella tabella successiva si presentano alcuni dati strutturali e di attività dell’Azienda (dati 2015-2019).

INDICATORI	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
NUMERO POSTI LETTO ORDINARI	469	509	509	509	509
NUMERO DIMESSI ORDINARI	19.994	20.566	21.266	20.944	19.853
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	150.725	149.870	154.394	158.845	155.640
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	69,39%	72,07%	70,31%	71,66%	73,19%
% PAZIENTI >75 ANNI	20,30%	20,26%	20,55%	20,89%	22,35%
DEGENZA MEDIA	7,2	6,83	7,26	7,58	7,06
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,12	1,12	1,16	1,21	1,27
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 “NEONATO SANO”	1,21	1,22	1,26	1,33	1,39
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	76,08	72,96	80,44	84,93	85,97
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI ESCLUSO INAP.	70,8	68,54	73,69	78,92	80,71
% RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	8,74%	8,52%	9,94%	8,07%	6,51%
% DRG ALTA COMPLESSITA'	7,32%	7,71%	8,60%	9,18%	9,64%
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	28,10%	27,86%	26,30%	27,95%	30,03%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI	24,25%	25,78%	25,57%	27,67%	27,20%
NUMERO POSTI LETTO DAY HOSPITAL	58	58	58	58	58
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	6.735	6.117	5.313	5.517	6.280
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	27.803	22.837	22.418	24.406	26.244
INDICE DI MORTALITA'	2,86	2,9	3,28	3,22	3,69
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	851.449	764.110	779.180	641.619	731.818
N. PAC/APA	5.437	9.795	9.765	9.913	13.106
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	68.529	68.719	70.875	70.585	72.634

(*) Dati 2019 ancora non consolidati alla data di pubblicazione del presente documento.

Tabella 1 – Dati strutturali e di attività.

1.3 Personale

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 31.12.2019 le risorse umane sono pari a n. 1.711 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	8	119	127
PROFESSIONALE	3	0	3
SANITARIO	436	940	1.376
TECNICO	0	205	205
Totale	447	1.264	1.711

Tabella 2 – Personale al 31.12.2019.

Analisi di genere

Dei complessivi n. 1.711 dipendenti n. 1035 sono donne (60,49%) e n. 676 sono uomini (39,51%), con una prevalenza del genere femminile.

RUOLO	DIRIGENZA			COMPARTO			Totale complessivo
	F	M	TOT.	F	M	TOT.	
AMMINISTRATIVO	3	5	8	64	55	119	127
PROFESSIONALE	1	2	3	0	0	0	3
SANITARIO	195	241	436	666	274	940	1.376
TECNICO	0	0	0	106	99	205	205
Totale	199	248	447	836	428	1.264	1.711

Tabella 3 – Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2019.

Approfondendo l'analisi di genere, si riscontra che nei ruoli dirigenziali risultano presenti complessivamente n. 199 donne (44,52%) e n. 248 uomini (55,48%), mentre per il personale non dirigente risultano n. 836 donne (66,14%) e n. 676 uomini (33,86%).

1.4 Bilancio

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria ha una situazione economico – finanziaria piuttosto solida, specie se inquadrata nell'ambito del S.S.R. calabrese e paragonata a quella delle altre Aziende.

Nell'ultimo decennio 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 - 2017 il risultato economico è stato positivo con una tendenza crescente. Il bilancio di esercizio 2018, ultimo formalmente approvato ed ancora

non oggetto di valutazione da parte della Regione Calabria, ha registrato un utile di esercizio di euro 242.545,59.

Le perdite di esercizio contabili cumulate ancora da ripianare nei ventidue anni che vanno dalla costituzione dell'Azienda, 1.2.1995, al 31.12.2018 sono pari ad euro 26.238.065,94. Il Patrimonio Netto dell'Azienda, sempre al 31.12.2018, è positivo ed è pari ad euro 66.002.617,44.

I tempi medi di pagamento dei debiti verso fornitori, pari a circa 109 giorni dal ricevimento delle relative fatture, pur non in linea con i 60 giorni previsti dal D. Lgs. 231/2002, modificato ed integrato dal D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192, sono inferiori di gran lunga alla media nazionale e regionale. A ciò deve aggiungersi che il tempo di pagamento dei fornitori è ormai esclusivamente legato alla dinamica dei pagamenti da parte della Regione Calabria delle quote di parte corrente del F.S.R.. Le stesse, infatti, vengono spesso accreditate all'Azienda con ritardo e, soprattutto, in misura inferiore a quanto stabilito dai provvedimenti regionali (decreti del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro) di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende del S.S.R..

Il potenziamento della gestione della contabilità analitica per centro di costo riferita alla valorizzazione economica delle prestazioni rese, ai costi diretti riferiti agli approvvigionamenti sanitari ed al personale ed ai costi per prestazioni rese alle UU.OO. interne da parte dei servizi di radiologia, dei laboratori di analisi del servizio trasfusionale, anatomia patologica, ecografia, fisica sanitaria e genetica medica. Per il quinto anno sono stati imputati anche i costi indiretti (pulizia, energia elettrica, riscaldamento, ristorazione, buoni pasto, lavanderia, vigilanza armata, utenze telefoniche). Queste attività hanno consentito l'allestimento di un primo sistema di controllo direzionale, direttamente alimentato dalla ordinaria gestione delle funzioni amministrative ed utilizzata come potente estensione del controllo di gestione, che consenta l'analisi, i confronti e le proiezioni sugli andamenti della struttura aziendale e che, già negli anni scorsi, ha permesso la definizione di indicatori e lo sviluppo di indagini anche storiche e comparative sui singoli centri di responsabilità e sulla struttura organizzativa tutta finalizzate ad un vero e proprio strumento di governo aziendale.

Si riportano di seguito i principali dati ed indicatori economico gestionali del triennio 2016 – 2018 e i dati ancora non consolidati relativi all'anno 2019:

PRESTAZIONI	ANNO 2016		ANNO 2017		ANNO 2018		ANNO 2019 (*)	
	QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.559	77.211.980	21.264	82.804.066	20.944	85.539.797	19.853	86.995.857
DAY HOSPITAL	6.096	7.271.773	5.306	6.495.946	5.515	7.359.477	6.280	7.725.049
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	773.454	16.626.375	779.180	17.231.612	641.619	16.786.693	731.818	19.885.001
FILE F		6.503.434		9.297.574		12.172.102		16.098.063
PRONTO SOCCORSO	68.719	11.515.243	70.875	11.876.524	70.585	11.827.928	72.634	12.171.279
TOTALI		119.128.806		127.705.722		133.685.997		142.860.447

(*) Dati 2019 ancora non consolidati alla data di pubblicazione del presente documento.

Tabella 4 – Dati di produzione.

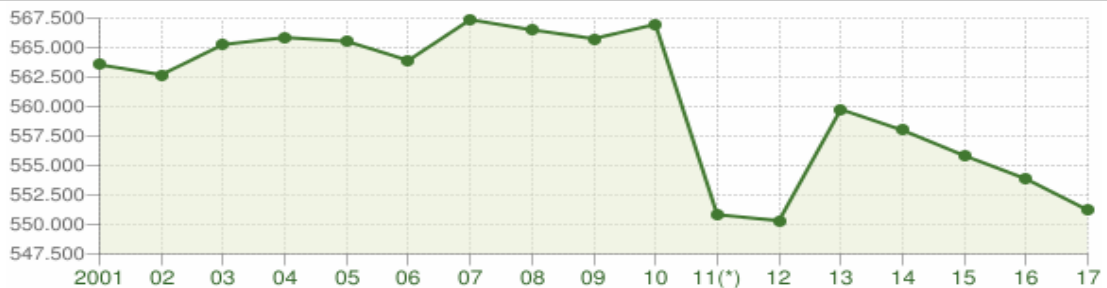
1.5 Analisi del contesto interno ed esterno

La Città Metropolitana di Reggio Calabria si estende su una superficie di 3.210,37 km² con una popolazione di 551.212 abitanti (dati ISTAT 1.1.2018) ed una densità di 171,70 ab./km². Il Comune di Reggio Calabria conta n. 181.447 abitanti con una densità pari a 755,12 ab./km²



Dati demografici

Andamento demografico della popolazione



Andamento della popolazione residente

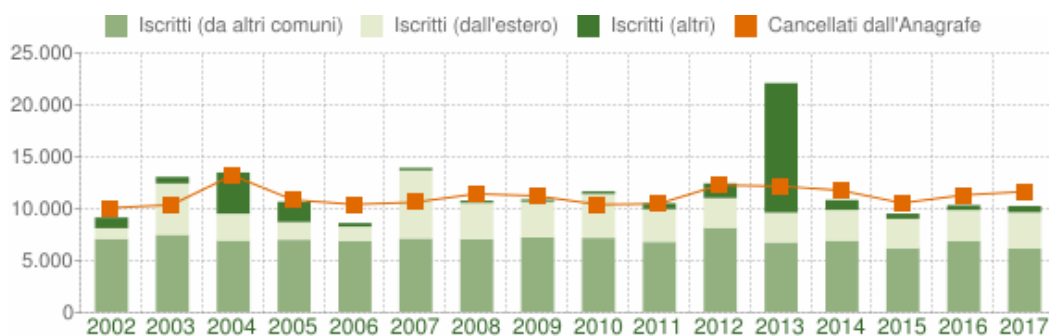
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

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).

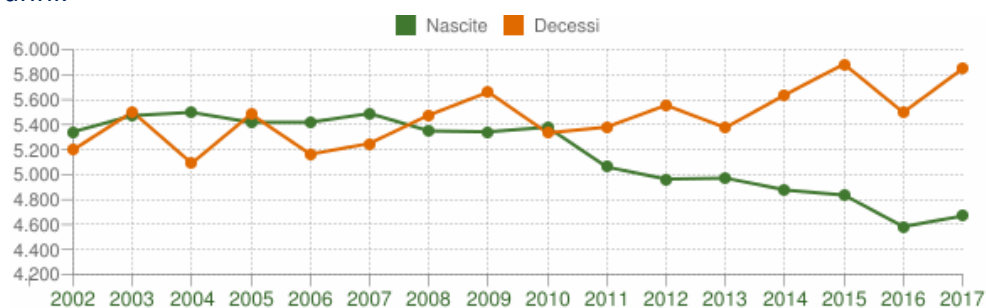


Flusso migratorio della popolazione

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT)

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.



Movimento naturale della popolazione

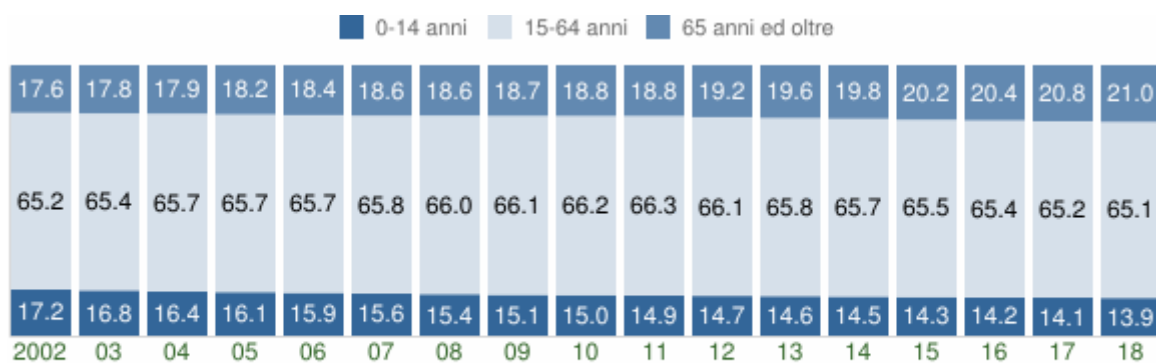
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT)

Distribuzione della popolazione per fasce di età

Lo studio della distribuzione della popolazione per fasce di età (giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni, anziani 65 anni ed oltre) è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale ed in particolare sul sistema sanitario.

Anno	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2002	96.893	367.499	99.158	563.550	39,1
2003	94.418	368.012	100.262	562.692	39,5
2004	92.532	371.456	101.274	565.262	39,7
2005	91.265	371.637	102.964	565.866	40
2006	89.809	371.404	104.328	565.541	40,2
2007	88.016	370.865	105.031	563.912	40,5
2008	87.145	374.491	105.738	567.374	40,7
2009	85.705	374.640	106.162	566.507	41
2010	84.973	374.504	106.279	565.756	41,2
2011	84.294	376.160	106.523	566.977	41,4
2012	81.172	363.907	105.753	550.832	41,7
2013	80.522	362.140	107.661	550.323	42
2014	81.080	367.865	110.814	559.759	42,2
2015	79.908	365.528	112.557	557.993	42,5
2016	78.921	363.361	113.554	555.836	42,7
2017	77.872	360.946	115.043	553.861	43
2018	76.912	358.663	115.637	551.212	43,2

Tabella 5 - Distribuzione della popolazione per fasce di età 2002/2018



Struttura per età della popolazione (valori %)

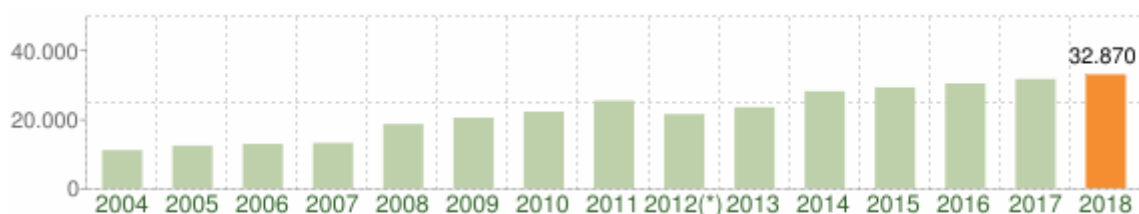
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

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

Tabella 6 – Indice di vecchiaia, natalità e mortalità 2002/2017.

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.



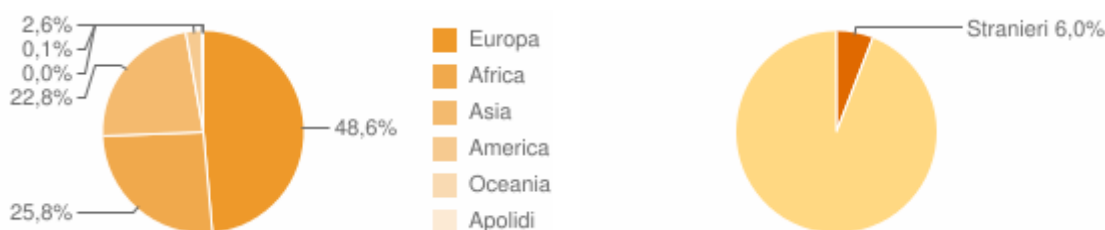
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

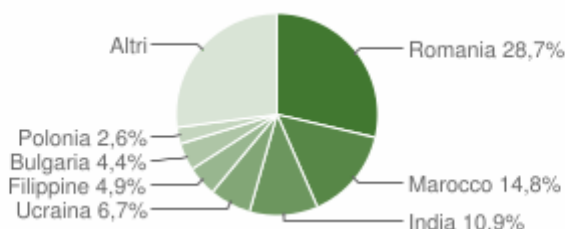
(*) post-censimento

Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Reggio Calabria al 1° gennaio 2018 sono, dunque, 32.870 e rappresentano il 6,0% della popolazione residente.

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



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 28,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (14,8%) e dall'**India** (10,9%).



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 Metropolitan 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 2020-2022 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 Metropolitan 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.

Si riporta di seguito la distribuzione dei posti letto nella provincia di Reggio Calabria, distinguendoli per area, tipologia e settore pubblico e privato:

Settore	Denominazione Azienda	Class.	Tipologia struttura	Area	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	
Privato	CASA DI CURA 'VILLA AURORA'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			3	40	43
				MATERNO INFANTILE		0	0	0	0
				POST ACUZIE		2		28	30
	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			6	54	60
				POST ACUZIE		2		8	10
	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.		CASA DI CURA PRIVATA	MATERNO INFANTILE			0	0	0
				POST ACUZIE		3		45	48
	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			5	35	40
	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			7	70	77
				POST ACUZIE		4		26	30
	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			3	30	33
				MEDICA		5		50	55
			POST ACUZIE		5		65	70	
			sub totale privato		21	24	451	496	
Pubblico	A.S.P. di R.C.	DEA I Liv.	SPOKE	CHIRURGICA			13	97	110
				EMERGENZA-URGENZA				16	16
				MATERNO INFANTILE		4	6	100	110
				MEDICA		14		151	165
				MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI					0
				POST ACUZIE				30	30
				SUPPORTO					0
				TERAPIE INTENSIVE		1		36	37
		Osp. P.S.	Ospedale Generale	CHIRURGICA			10	60	70
				EMERGENZA-URGENZA					0
				MATERNO INFANTILE			1	9	10
				MEDICA		11		51	62
				MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI					0
				POST ACUZIE				25	25
				SUPPORTO					0
				totale ASP R.C.		30	30	575	635
	Grande Ospedale Metropolitan di R.C.	DEA II Liv.	HUB	CHIRURGICA			13	156	169
				EMERGENZA-URGENZA				20	20
			MATERNO INFANTILE		2	4	105	111	
			MEDICA		37		199	236	
			MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI					0	
			POST ACUZIE				15	15	
			SUPPORTO					0	
			TERAPIE INTENSIVE		2		37	39	
			totale G.O.M. RC		41	17	532	590	
			sub totale pubblico		71	47	1107	1225	
			Totale complessivo		92	71	1558	1721	

Tabella 7 - Rete ospedaliera dell'Area Metropolitana di Reggio Calabria

Settore	Denominazione Azienda	Class	Tipologia struttura	CHIRURGICA	EMERGENZA-URGENZA	MATERNINO INFANTILE	MEDICA	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	POST ACUZIE	SUPPORTO	TERAPIE INTENSIVE	Totale complessivo
Privato	CASA DI CURA 'VILLA AURORA'		CASA DI CURA PRIVATA	43		0			30			73
	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'		CASA DI CURA PRIVATA	60					10			70
	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.		CASA DI CURA PRIVATA			0			48			48
	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'		CASA DI CURA PRIVATA	40								40
	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA		CASA DI CURA PRIVATA	77					30			107
	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'		CASA DI CURA PRIVATA	33			55		70			158
	sub totale privato			253	0	0	55	0	188	0	0	496
Pubblico	A.S.P. di R.C.	DEA I Liv.	SPOKE	110	16	110	165	0	30	0	37	468
		Osp. P.S.	OG	70	0	10	62	0	25	0		167
			totale ASP R.C.	180	16	120	227	0	55	0	37	635
	Grande Ospedale Metropolitano di R.C.	DEA II Liv.	HUB	169	20	111	236	0	15	0	39	590
	sub totale pubblico											
	Totale			602	36	231	518	0	258	0	76	1721

Tabella 8 - Rete ospedaliera dell'Area Metropolitana di Reggio Calabria per area assistenziale

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. Il G.O.M., infine, presenta indicatori di performance sanitaria ed economico - finanziari molto positivi.

Nella valutazione del contesto interno ed esterno in cui opera l'Azienda occorre considerare i seguenti aspetti:

- **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 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 - 2018 il risultato economico è stato positivo.
- **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.
- **Rilancio dell'immagine aziendale grazie alla creazione del polo Cardio-Toraco-Vascolare.** Il *Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare*, nasce come centro di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie cardiologiche, cardiocirurgiche, toraciche e vascolari, con la mission di sviluppare l'eccellenza nell'attività cardiocirurgica.

- **Polo oncoematologico.** L'individuazione di un Polo unico per i pazienti oncologici consente azioni coordinate e sinergiche, volte a realizzare una rete in grado di garantire la presa in carico e la gestione integrale della patologia neoplastica. Ciò comporta la necessità di riprogettare, implementare e valutare la qualità di un nuovo modello gestionale della rete oncologica intraospedaliera e dei percorsi clinico-assistenziali a favore del paziente oncologico. Tali attività saranno condotte secondo una prospettiva caratterizzata da una particolare attenzione al coinvolgimento dei pazienti e dei professionisti e da un orientamento al Miglioramento Continuo della Qualità
- **Presenza di tecnologie all'avanguardia.** 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, è arrivata la chirurgia robotica (di cui vi sono 80 centri in Italia), finalmente inserita nel blocco operatorio del G.O.M., apportando una rivoluzione per la chirurgia mini invasiva ed altamente complessa. Altro strumento di cui si è recentemente 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 Oncologico 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.
- Inoltre, si segnala che con il D.C.A. n. 183 del 19.12.2019 è stato Approvato il "*Programma di ammodernamento tecnologico*" ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, all'interno del quale sono previsti investimenti per il G.O.M. pari a euro 18.835.75,97.
- **Informatizzazione.** L'Azienda ha avviato un percorso di implementazione ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo per soddisfare le aspettative di qualità ed efficienza espressi sia dai cittadini che dagli operatori.
- **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 un'efficace risposta alle diverse esigenze informative, interne ed esterne all'azienda.
- **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. Il presidio non risulta ancora in condizione di garantire ai pazienti un'assistenza adeguata, presentando carenze in termini di mezzi, risorse umane e farmaci nonché strutture obsolete.

- **Numero di sale operatorie inferiore alle necessità e la mancanza di una struttura di Day Surgery autonoma.** A tal proposito, si segnala che l’Azienda ha ottenuto un ingente finanziamento dall’INAIL - di 180 milioni di euro – il quale premia l’iniziativa progettuale del nuovo Ospedale come tra le più rilevanti a livello nazionale. Il progetto del nuovo ospedale risponde all’esigenza di svincolarsi da una struttura vecchia ed obsoleta. In attesa della realizzazione del nuovo Ospedale, tuttavia, sono stati redatti i progetti di ristrutturazione degli spazi finalizzati alla realizzazione di due nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia al piano del Dipartimento Materno Infantile e la realizzazione di un’area di day surgery (n. 4 sale). E’ stato richiesto un apposito co-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 operatorie di day surgery (totale finanziamento a carico Regione).
- **Anzianità anagrafica e professionale della classe medica e infermieristica, conflittualità del personale, resistenza al cambiamento, assenza di incentivazione in base ad obiettivi assegnati ed ai risultati ottenuti,** sono elementi cui dovrà necessariamente accompagnarsi una revisione delle politiche e dei sistemi di gestione del personale.
- **Controlli di qualità da implementare.** La qualità in sanità rappresenta qualcosa di difficile definizione, ma al contempo costituisce l’elemento essenziale e basilare per la buona riuscita del servizio e, quindi, per la soddisfazione dell’utente.
- **Necessità di incrementare l’applicazione dei P.D.T.A.** L’applicazione dei P.D.T.A., percorsi di natura interfunzionale, multidisciplinare, intra ed extra ospedalieri, risulterebbe un banco di prova perfetto per misurare l’effettivo supporto dell’informatizzazione ai processi organizzativi aziendali e alle attività assistenziali al paziente.
- **Scarsa applicazione di dimissioni protette e assistenza domiciliare integrata (ADI),** indispensabili per poter garantire continuità assistenziale e prestazioni sanitarie direttamente al domicilio dell’assistito, evitando così ricoveri ospedalieri.
- **Attrattività.** Si rende necessario garantire ai cittadini terapie mediche e chirurgiche ottimali in loco, sfruttando le eccellenze, quali quelle di Cardiologia, Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare e Neurochirurgia, Centro Trapianti Midollo Osseo e la chirurgia robotica.
- **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.

- **Organizzazione dell'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. Sono stati ultimati i lavori per la realizzazione dei nuovi ambulatori dedicati alla libera professione intramuraria presso il Presidio "Morelli" anche in applicazione del nuovo regolamento per l'esercizio di questa attività approvato con il consenso unanime delle organizzazioni sindacali nel mese di febbraio 2018.
- **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.
- **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.
- **Inappropriato utilizzo 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.
- **Enfaticizzazione mediatica di episodi di malpractice sanitaria anche da parte della stampa locale con scadimento della qualità percepita; aggressività da parte dell'utenza basata su pregiudizi o pregresse esperienze negative.** L'Azienda è stata al centro della cronaca nazionale per casi di malasanità. Il progetto relativo al nuovo ospedale, che nasce in risposta alle accresciute esigenze della popolazione di una città divenuta ormai metropolitana, si configura come una scelta che contribuirà ad un rilancio dell'azienda stessa e del sistema sanitario calabrese in generale.
- **Eccessiva "colonizzazione" di medici specialisti esterni alla Regione ed incremento della mobilità passiva.** Le nuove cure e strutture che si collocano nell'ambito della rete ospedaliera del territorio reggino, costituiranno un freno all'emigrazione sanitaria che pesa fortemente sulle casse della Regione. Il tasso di ospedalizzazione nell'anno 2016 dei

calabresi fuori regione, infatti, è pari a 31 per mille abitanti che, in termini assoluti, si quantifica in 60.916 ricoveri oltre regione, corrispondente ad un valore economico di 214.256.688,00 euro. Secondo le stime contenute nel decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale elaborato del commissario alla Sanità (D.C.A. n. 30/2016), il fenomeno della mobilità passiva diminuisce nel tempo, ma resta un dato importante per la sanità pubblica calabrese.

- **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.

SEZIONE 2. LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

2.1 Programma Operativo Regionale e Obiettivi Strategici

Con Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 119 del 4 novembre 2016, è stato approvato il "*Programma Operativo 2016-2018*", ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, 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.

Poiché si è ancora in attesa dell'adozione del nuovo *Programma Operativo 2019-2021 il presente Piano della Performance* potrà essere oggetto di revisioni mirate.

Il Programma Operativo 2016-2018 individua i seguenti obiettivi:

- 1. OBIETTIVI REGIONALI PRIORITARI**, quelli cioè che hanno un diretto impatto nella erogazione dei servizi assistenziali e dei L.E.A.:
 - la riorganizzazione delle reti assistenziali,
 - il contenimento della spesa farmaceutica,
 - la contabilità analitica.
- 2. OBIETTIVI REGIONALI TRASVERSALI**, intesi quali interventi di supporto e/o necessari per consentire la realizzazione di uno o più interventi appartenenti agli obiettivi prioritari:
 - la certificabilità dei bilanci,
 - l'acquisto di beni e servizi,
 - la gestione dei pagamenti,
 - la gestione del rischio clinico,
 - la gestione del personale,
 - i flussi informativi.

L'Azienda individua, nel presente "*Piano delle Performance 2020-2022*", il 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, vengono individuati gli obiettivi strategici aziendali.

2.2 L'Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che permette, attraverso una rappresentazione grafica di evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

L'albero della performance risulta, quindi, così articolato:

1° Livello: Livello Istituzionale,

2° Livello: Livello Strategico,

3° Livello: Livello Operativo.

Nell'albero della Performance, gli obiettivi strategici/operativi sono raggruppati in aree strategiche di riferimento entro le quali vanno ricondotte le pianificazioni di dettaglio che, all'interno delle varie unità operative, orientano i percorsi operativi dei singoli dirigenti. Gli obiettivi gestionali assegnati a ciascun Centro di Responsabilità (CDR), riassumono così, in una formulazione ampia e trasversale, le finalità cui devono essere orientate le azioni e gli obiettivi individuali di tutto il personale di livello dirigenziale incardinato nelle strutture interessate.

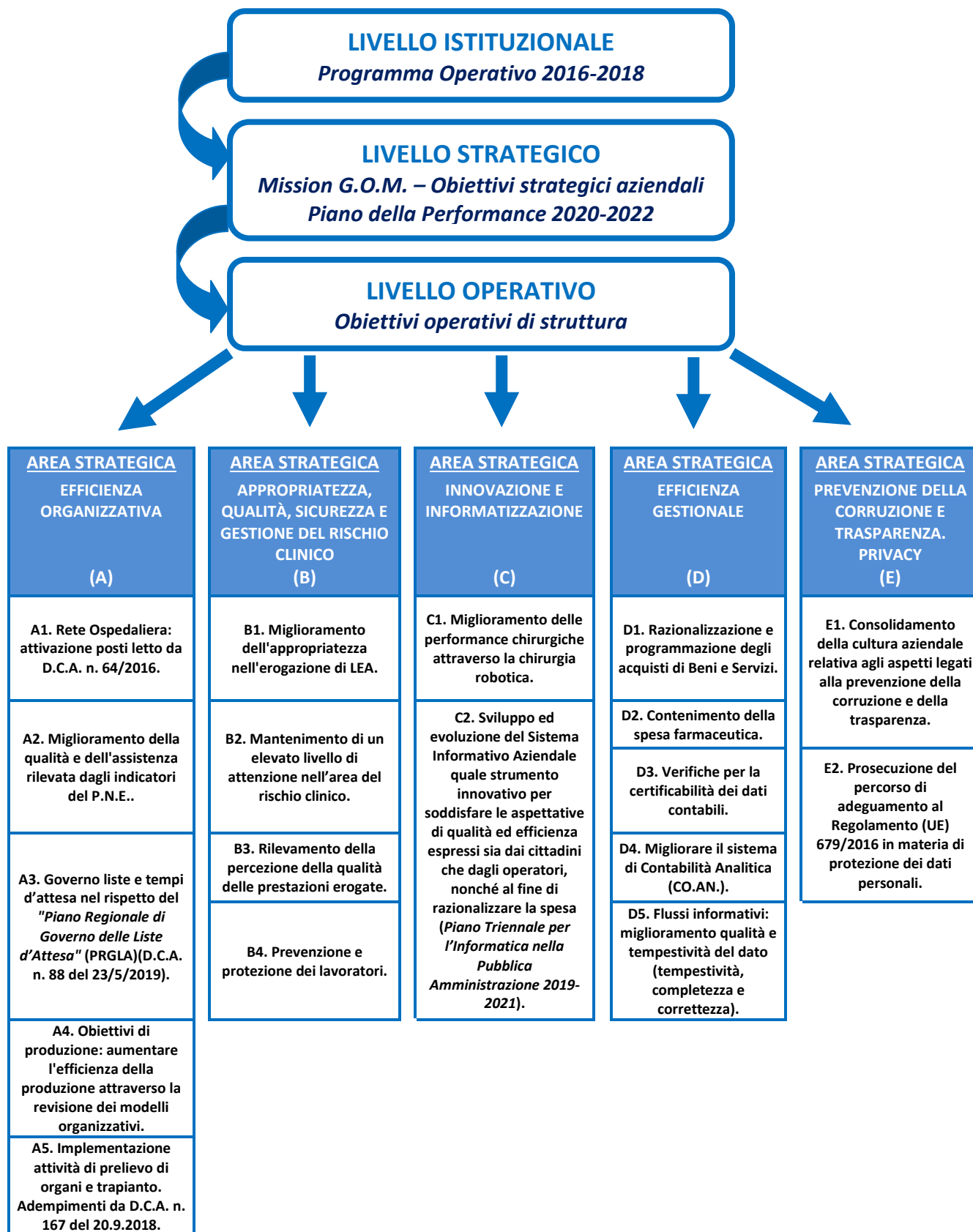


Tabella 9 - Albero della Performance.

SEZIONE 3. LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

3.1 Dagli obiettivi specifici/strategici triennali agli obiettivi annuali

L'Azienda ha approvato con 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.

Nell'*Allegato 1*) al presente Piano della Performance, partendo dalle aree strategiche individuate nell'albero della Performance, 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 2020.

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

A. 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 riferimento, tenuto conto degli obiettivi regionali assegnati, dei vincoli economici/finanziari/di Bilancio di Previsione, delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi del Piano Triennale, di altri obiettivi ritenuti strategici per l'Azienda. L'Azienda ha anche adottato il "Piano di aziendale triennio 2019-2021" ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, 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, pertanto per la programmazione di budget per l'anno 2020 si è fatto riferimento a tale Piano di Rientro.

B. 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.

C. 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

D. 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.

E. 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.

F. 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.

G. 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.

3.2 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.

SEZIONE 4. SVILUPPO DI STRATEGIE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA. COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA 2020-2022.

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 il triennio 2020-2022, si intende portare avanti la connessione tra il *“Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza”*, pubblicato sul sito dell'Azienda alla sezione *“Amministrazione Trasparente”*, e il Ciclo della Performance, inserendo i principali processi ed attività programmati per l'attuazione del predetto Piano triennale come obiettivi ed indicatori rivolti alla prevenzione amministrativa della corruzione ed alla trasparenza. In particolare nel presente Piano della Performance viene contemplata la macro-area strategica *“TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE”* articolata in obiettivi operativi finalizzati a garantire la tempestività e l'adeguatezza degli adempimenti in materia di trasparenza ed a prevenire la corruzione.

In fase di rendicontazione e valutazione dei risultati, il collegamento con il Ciclo della Performance dovrà avvenire sotto il duplice aspetto dell'indicazione all'interno della relazione della Performance dei risultati raggiunti in termini di obiettivi per la prevenzione della corruzione e di incidenza della Performance organizzativa ed individuale.

ALLEGATI:

Allegato 1) Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi ai fini della negoziazione del Budget anno 2020.

Allegato 1) Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi ai fini della negoziazione del Budget anno 2020.

AREA	Cod	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
(A) EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	A1	Attivazione posti letto da D.C.A. n. 64/2016 (Gastroenterologia, Geriatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale)	Direzione Generale, Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Gastroenterologia, Geriatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale.	Attivazione di n. 27 posti letto di degenza ordinaria previsti dalla rete ospedaliera regionale ed autorizzati con D.C.A. n. 64/2016 : 6 di Geriatria, 15 di Recupero e Riabilitazione Funzionale e 6 di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.	Attivazione posti letto.	Incremento ricoveri ordinari.	Ulteriore incremento della produzione.
	A2	Miglioramento della qualità e dell'assistenza rilevata dagli indicatori del P.N.E. con particolare riferimento a fratture femore e parti cesarei.	UU.OO. Sanitarie	L'Azienda ha introdotto 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. Il Programma Nazionale Esiti 2018 evidenzia per il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria un livello adeguato di qualità erogata per alcune specialità, ma decisamente migliorabile per altre.	Miglioramento delle criticità di alcuni indicatori rilevati negli anni precedenti. Auditing clinico e organizzativo.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.
	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.	Monitoraggio delle prestazioni ricadenti nel PRGLA attraverso la registrazione su agende informatizzate CUP.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.
				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.	Implementazione delle agende CUP secondo Classi di priorità.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.	Consolidamento e ulteriore miglioramento.
				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.	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.	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.	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.

	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	Applicazione P.D.T.A. già adottati con atto deliberativo ed organizzazione di audit clinici periodici.	Monitoraggio ed eventuale revisione dei PDTA già implementati.	Consolidamento dei risultati e dei processi di auditing.
					Predisposizione di percorsi specifici di presa in carico dei pazienti (es. oncologici, trapiantati, pediatrici, cronici,...).	Implementazione percorsi.	Consolidamento dei risultati e dei processi di auditing.
				Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttando al meglio le potenzialità dell'azienda. 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 e, di conseguenza, una migliore performance complessiva dell'azienda.	Le azioni principali da porre in essere consistono, in primo luogo, nella 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.	Monitoraggio e consolidamento delle regole di funzionamento delle sale operatorie e di responsabilità.	Consolidamento dei risultati e ulteriore miglioramento.
				Implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e i bisogni (abbattere liste d'attesa e ridurre la mobilità sanitaria).	Aumento delle attività chirurgiche di alta complessità: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi).	Incremento della produzione di prestazioni chirurgiche di almeno il 5% rispetto all'anno precedente.	Ulteriore incremento della produzione di prestazioni chirurgiche di almeno il 5% rispetto all'anno precedente.
			Percentuale DRG chirurgici + 5%.	Percentuale DRG chirurgici + 5%.			
A5	Implementazione attività di prelievo di organi e trapianto.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018: Applicazione del PDTA per la gestione del processo di donazione e trapianto.	Incremento percentuale di prelievi di cornee sul totale dei pazienti deceduti.	Incremento percentuale di prelievi di cornee sul totale dei pazienti deceduti.	Incremento percentuale di prelievi di cornee sul totale dei pazienti deceduti.	
				Incremento percentuale di accertamenti di morte cerebrale su deceduti con lesione cerebrale.	Incremento percentuale di accertamenti di morte cerebrale su deceduti con lesione cerebrale.	Incremento percentuale di accertamenti di morte cerebrale su deceduti con lesione cerebrale.	

AREA	Cod	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
(B) APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	B1	Migliorare l'appropriatezza nell'erogazione di LEA.	UU.OO. di degenza.	Mantenimento della degenza media entro lo standard di riferimento indicato nel D.M. 2 aprile 2015 n. 70. La durata della degenza, indicatore di appropriatezza e di efficienza, è fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati ma anche dalla buona gestione dei ricoveri.	Monitoraggio appropriatezza dei ricoveri. Mantenimento degenza media ≤ 7 giorni.	Monitoraggio appropriatezza dei ricoveri. Mantenimento degenza media ≤ 7 giorni.	Monitoraggio appropriatezza dei ricoveri. Mantenimento degenza media ≤ 7 giorni.
				Mantenimento del tasso di utilizzo dei posti letto ≥85%.	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%
				Miglioramento appropriatezza delle degenza media preoperatoria.	Degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno	Degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno	Degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno
				Riduzione percentuale Day Hospital medici diagnostici.	≤ 20 %	≤ 18 %	≤ 15 %
				Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati.	≤ 12 %	≤ 10 %	≤ 8 %
	B2	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Programmazione e Controllo di gestione e S.I.A., UU.OO. Sanitarie.	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.
				Implementazione della Checklist informatizzata sul modulo SOWEB di sala operatoria.	Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi e n. 4 audit.	Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi e n. 4 audit.	Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi e n. 4 audit.
				Monitoraggio dell'utilizzo della piattaforma Clinic Workbench, in grado di ridurre gli errori umani, per la prescrizione delle chemioterapie.	Predisposizione ed implementazione della Checklist di sala operatoria informatizzata.	Monitoraggio dell'utilizzo della Checklist di sala operatoria informatizzata in tutti gli interventi chirurgici.	Monitoraggio dell'utilizzo della Checklist di sala operatoria informatizzata in tutti gli interventi chirurgici.
	B3	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.	Monitoraggio.	Monitoraggio.	Monitoraggio.
	B4	Prevenzione e protezione dei lavoratori.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO.	Adempimenti di cui al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii..	Avvio della raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.	Attuazione adempimenti di cui al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii..	Attuazione adempimenti di cui al D. Lgs. 81/08 e ss.mm.ii..

AREA	Cod	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
(C) INNOVAZIONE E INFORMATIZZAZIONE	C1	Migliorare le performance chirurgiche.	U.O.S.D. Blocco Operatorio, UU.OO. Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Urologia.	Incremento utilizzo robot Da Vinci.	Incremento utilizzo robot Da Vinci.	Incremento utilizzo robot Da Vinci.	Incremento utilizzo robot Da Vinci.
	C2	Sviluppo ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo per soddisfare le aspettative di qualità ed efficienza espressi sia dai cittadini che dagli operatori, nonché al fine di razionalizzare la spesa (Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2019-2021).	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Direzione Medica di Presidio, Farmacia, UU.OO. Sanitarie.	Implementazione della cartella clinica elettronica.	Avvio progressivo della CCE su tutte le unità operative.	Consolidamento e ulteriore miglioramento e personalizzazione della CCE.	Consolidamento e ulteriore miglioramento e personalizzazione della CCE.
				Implementazione della piattaforma Clinic WorkBench per la prescrizione, integrata con il software U.F.A. di preparazione delle terapie ed il software AREAS AMC in grado di gestire e tracciare, in maniera informatizzata, le singole fasi del processo di gestione dei farmaci chemioterapici.	Implementazione e avvio del sistema Clinic WorkBench integrato con il sw UFA e con il sw AREAS AMC.	Utilizzo esclusivo, da parte di tutti i medici prescrittori, del software integrato con l'U.F.A. per tutte le prescrizioni di chemioterapici. Monitoraggio.	Utilizzo a regime, da parte dei medici prescrittori, del software integrato con l'U.F.A. per tutte le prescrizioni di chemioterapici. Monitoraggio.
				Utilizzo di agende informatizzate CUP, pubbliche e/o esclusive, per tutte le prestazioni ambulatoriali erogabili.	Prestazioni prenotate su cupweb/totale erogate: incremento rispetto anno precedente.	Prestazioni prenotate su cupweb/totale erogate: incremento rispetto anno precedente.	Prestazioni prenotate su cupweb/totale erogate: incremento rispetto anno precedente.
				Utilizzo del modulo armadietto di reparto per la gestione delle richieste di farmacia ed il tempestivo scarico dei prodotti consumati (giacenze di magazzino).	Obiettivo raggiunto se le giacenze risultano aggiornate almeno settimanalmente.	Obiettivo raggiunto se le giacenze risultano aggiornate almeno settimanalmente.	Obiettivo raggiunto se le giacenze risultano aggiornate almeno settimanalmente.
				Utilizzo modulo Order Entry per la richiesta di prestazioni specialistiche interne (esami di laboratorio, anatomia patologica, consulenze, diagnostica radiologica, ecc.).	Utilizzo del modulo OE per tutte le prestazioni.	Utilizzo del modulo OE per tutte le prestazioni.	Utilizzo del modulo OE per tutte le prestazioni.
				Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico: trasmissione referti di laboratorio.	Ulteriore implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Ulteriore implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.
				Utilizzo della ricetta dematerializzata.	Incremento percentuale, rispetto all'anno precedente, dell'utilizzo della ricetta dematerializzata.	Incremento percentuale, rispetto all'anno precedente, dell'utilizzo della ricetta dematerializzata.	Incremento percentuale, rispetto all'anno precedente, dell'utilizzo della ricetta dematerializzata.

<p>Sviluppo ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo per soddisfare le aspettative di qualità ed efficienza espressi sia dai cittadini che dagli operatori, nonché al fine di razionalizzare la spesa (Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2019-2021).</p>	<p>Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</p>	<p>Integrazione del sistema PagoPA+ con il software AREAS AMC.</p>	<p>Integrazione del sistema PagoPA+ con il software AREAS AMC.</p>	<p>Integrazione realizzata.</p>	<p>Consolidamento.</p>
	<p>Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</p>	<p>Normalizzazione/integrazione del modulo PERSWEB con AREAS AMC.</p>	<p>Normalizzazione/integrazione del modulo PERSWEB con AREAS AMC.</p>	<p>Normalizzazione/integrazione realizzata.</p>	<p>Consolidamento.</p>
	<p>Provveditorato Economato e Gestione Logistica</p>	<p>Attivazione piattaforma e-procurement per la gestione delle gare di appalto.</p>	<p>Piattaforma attivata.</p>	<p>Consolidamento.</p>	<p>Consolidamento.</p>
	<p>Provveditorato Economato e Gestione Logistica</p>	<p>Utilizzo del modulo fascicolo elettronico di liquidazione fatture al fine di ridurre ITP.</p>	<p>Modulo informatico utilizzato.</p>	<p>Consolidamento.</p>	<p>Consolidamento.</p>
	<p>Provveditorato Economato e Gestione Logistica</p>	<p>Avvio del nuovo sistema di trasmissione degli ordini di acquisto in formato elettronico tramite il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO).</p>	<p>Avvio del nuovo sistema di trasmissione degli ordini di acquisto in formato elettronico tramite il Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO).</p>	<p>Consolidamento.</p>	<p>Consolidamento.</p>
	<p>Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</p>	<p>Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.</p>	<p>Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.</p>	<p>Modulo AREAS utilizzato.</p>	<p>Consolidamento.</p>

AREA	Cod	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
(D) EFFICIENZA GESTIONALE	D1	Razionalizzazione e programmazione degli acquisti di Beni e servizi.	Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Realizzazione della programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi, ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 50/2016 Codice dei contratti pubblici.	Realizzazione della programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi, ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 50/2016 Codice dei contratti pubblici.	Format compilato e allegato alla relazione annuale.	Format compilato e allegato alla relazione annuale.
			Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.	Report da allegare alla relazione annuale.	Report da allegare alla relazione annuale.
	D2	Contenimento della spesa farmaceutica.	UU.OO. Sanitarie e Farmacia.	Incremento utilizzo farmaci biosimilari.	Incremento percentuale dell'utilizzo dei farmaci biosimilari > 5%.	> 5%	> 5%
	D3	Verifiche per la certificabilità dei dati contabili.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei crediti.	Avvio procedure di circularizzazione dei crediti.	Relazione sulla procedura avviata.	Relazione sulle procedure.
			Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei debiti.	Avvio procedure di circularizzazione debiti.	Relazione sulla procedura avviata.	Relazione sulle procedure.
	D4	Migliorare il sistema di Contabilità Analitica (CO.AN.).	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Migliorare il sistema di contabilità analitica, tale da renderlo ancora più funzionale e realmente applicabile all'interno dell'Azienda.	Sviluppo di un sistema di nuove rilevazioni/reportistiche a supporto del Controllo di Gestione finalizzato alla rendicontazione dettagliata delle prestazioni interne.	Consolidamento procedure e ulteriori miglioramenti.	Consolidamento procedure e ulteriori miglioramenti.
			Gestione Risorse Economiche e Finanziarie		Aggiornamento dei criteri di ribaltamento da formalizzare con nuovo manuale per la CO.AN..	Approvazione manuale e avvio procedure di CO.AN.	Consolidamento procedure e ulteriori miglioramenti.
	D5	Flussi informativi: miglioramento qualità e tempestività del dato (tempestività, completezza e correttezza).	Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, UU.OO. di degenza.	Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico.	Miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO con la formazione specifica del Personale Medico.	Ulteriore miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO.	Ulteriore miglioramento dell'appropriatezza della codifica delle SDO.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Farmacia, Provveditorato.	Miglioramento della qualità e completezza dei flussi di farmacia (Consumo Ospedaliero e Distribuzione diretta di farmaci, File F, Dispositivi Medici consumi e contratti).	Miglioramento della qualità e completezza dei flussi di farmacia (Consumo Ospedaliero e Distribuzione diretta di farmaci, File F, Dispositivi Medici consumi e contratti). Monitoraggio coerenza tra i flussi NSIS del Consumo Ospedaliero e Distribuzione Diretta (C14-C15) e Conto Economico.	Consolidamento dei risultati e ulteriore miglioramento.	Consolidamento dei risultati e ulteriore miglioramento.

AREA	Cod	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE. PRIVACY.	E1	Consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.	R.P.C.T., 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.	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.	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.
				Partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle unità organizzative al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il R.P.C.T., fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure.	Partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle unità organizzative al processo di gestione del rischio.	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.
				Attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio.	Attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio.	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.
				Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale (S.S.N. E A.L.P.I.).	Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale SSN ed ALPI. Monitoraggio tempi d'attesa.	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.
				Controllo continuo aggiornamento sezione di competenza del sito aziendale.	Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.
	E2	Prosecuzione del percorso di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.	UU.OO. Sanitarie ed Amministrative.	Percorso di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016: partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle unità organizzative al processo di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016.	Fattiva e puntuale collaborazione con il Responsabile Protezione Dati nel percorso di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016	Monitoraggio e consolidamento procedure.	Monitoraggio e consolidamento procedure.

NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- Legge 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" Pubblicato nella G.U. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O;
- Delibera Civit n. 88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità";
- Delibera Civit n. 89/2010: "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance";
- Delibera Civit n. 112/2010: "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance";
- Delibera Civit n. 113/2010: "Applicabilità agli enti del S.S.N. del D. Lgs. 150/2009";
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 25 del 16/11/2010, avente per oggetto: "Linee guida per il processo di compilazione e controllo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Obiettivo G.1S.3.3";
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.53 del 4.7.2011 "Linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera. Integrazione e modifiche al DPGR n. 25 del 16 novembre 2010";
- Delibera Civit n. 1/2012: "Linee guida relative al miglioramento dei sistemi di valutazione della performance e dei Piani della Performance";
- Decreto Commissario ad Acta Regione Calabria n. 5 del 05/07/2011, avente per oggetto: "Linee guida per la Definizione degli Atti Aziendali, per l'attuazione del Piano di Rientro";
- Legge Regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 contenente "Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle deposizioni di principio contenute nei decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150", pubblicata nel B.U. Calabria 1° febbraio 2012, n. 2, S.S. 10 febbraio 2012, n. 2;
- Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le "Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale";
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (GU Serie Generale n.265 del 13/11/2012)
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni." (GU Serie Generale n.80 del 05-04-2013)
- Delibera ANAC n. 50/2013: "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 – 2016";
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale (nella qualità di Commissario ad acta) DPGR - CA n. 5 del 3 febbraio 2014, avente per oggetto: "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali";
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". (G.U. 4 giugno 2015, n. 127);
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)". (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70);
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 63 del 5 luglio 2016 "Approvazione del "Programma Operativo 2016-2018" predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191".
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 119 del 4 novembre 2016 "D.C.A. n. 63/2016 Approvazione del Programma Operativo 2016-2018 predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 – Integrazioni e modifiche";
- Legge 11 dicembre 2016, n. 232 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" (GU Serie Generale n.297 del 21-12-2016 - Suppl. Ordinario n. 57)
- Delibera Direttore Generale n. 42 del 1 febbraio 2017: "Piano Triennale 2017/2019 per la Prevenzione della Corruzione e Programma per la Trasparenza e l'Integrità".
- 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". (GU Serie Generale n.130 del 07-06-2017).
- Atto Aziendale di diritto privato approvato con delibera del Direttore Generale n. 578 del 19.7.2016.
- Delibera n. 386 del 28.6.2019 Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021";
- D.C.A. n. 151 del 18.11.2019 di approvazione del "Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021".