

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019 – 2021

Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA**
 - 2.1 Missione Istituzionale
 - 2.2 Visione Aziendale
 - 2.3 La struttura organizzativa
 - 2.4 L'Azienda in cifre
 - 2.5 Le Risorse Umane
 - 2.6 La situazione finanziaria
 - 2.7 Il contesto esterno
 - 2.8 L'analisi SWOT e le azioni per garantire i LEA, migliorare le performance aziendali e conseguire l'equilibrio economico finanziario
- 3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**
- 4. PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE ED OBIETTIVI STRATEGICI**
- 5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI**
- 6. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO**

1. PREMESSA

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 per il triennio 2019-2021, 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 della 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, e il bilancio di genere realizzato.

2. 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.

2.1 Missione Istituzionale

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.

2.2 Visione Aziendale

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 e/o U.O.C. 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.

2.3 La struttura organizzativa

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, 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.

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.

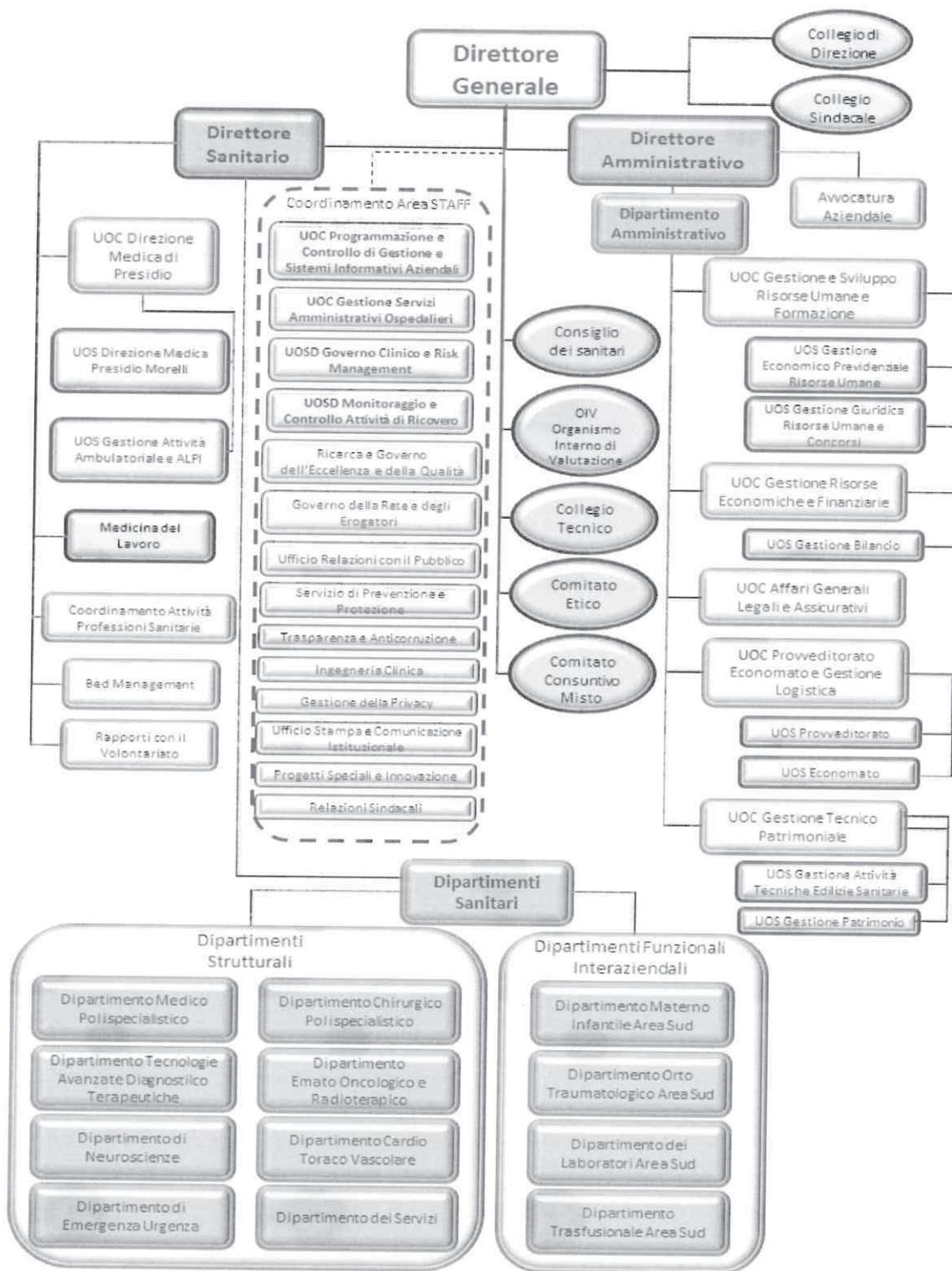


Figura 1 – Organigramma del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria

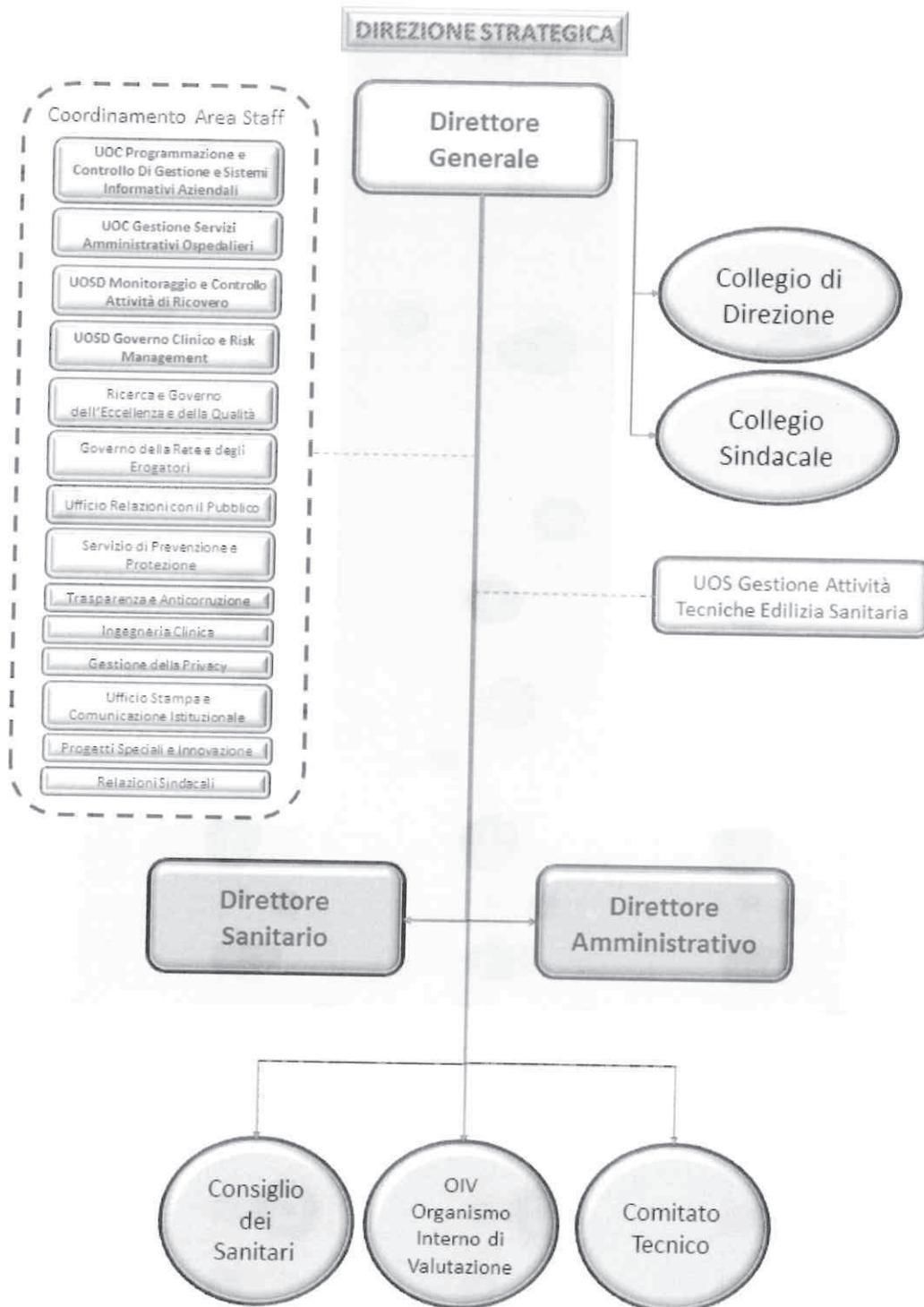


Figura 2 – Organigramma della Direzione Strategica

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.

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.

3. 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.

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.

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.

6. 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 sarà 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.

7. 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.

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.

Lo svolgimento di attività dipartimentali, che non può trovare rispondenza nell'ambito di un singolo dipartimento, viene effettuato attraverso l'istituzione di un gruppo operativo interdipartimentale, coordinato da un responsabile formalmente incaricato dal Direttore Generale, senza maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

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.).

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 Metropolitan "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.

2.4 L'Azienda in cifre

Nella tabella successiva si presentano alcuni dati strutturali e di attività dell'Azienda (dati 2015-2017 e provvisori 2018).

INDICATORE	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 (*)
NUMERO POSTI LETTO ORDINARI	509	509	509	509
NUMERO DIMESSI ORDINARI	19.994	20.565	21.276	20.943
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	150.725	150.478	154.240	157.433
DEGENZA MEDIA RICOVERI ORDINARI	7,2	6,83	6,6	6,76
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	81,13	80,77	83,02	84,74
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,21	1,22	1,26	1,33
NUMERO POSTI LETTO DAY HOSPITAL	58	58	58	58
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	6.734	6.117	5.310	5.517
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	27.803	22.837	22.418	24.405
DEGENZA MEDIA RICOVERI DAY HOSPITAL	4,12	3,73	4,22	4,42
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO DAY HOSPITAL	191,74	157,07	154,61	168,31
RICAVI RICOVERI ORDINARI	€ 73.822.756,00	€ 76.839.165,00	€ 83.429.617,00	€ 86.240.696,00
RICAVI RICOVERI DAY HOSPITAL	€ 8.847.912,00	€ 7.276.064,00	€ 6.510.696,00	€ 7.311.486,00
ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	68.564	68.719	70.875	70.585
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI	-	0,67	2,09	2,25
DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERIURGENTI	-	1,18	3,05	2,93
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI	24,25	25,78	25,57	27,68
% RICOVERI CON DRG MEDICO AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	8,57	8,3	10,79	8,44
% RICOVERI CON DRG CHIRURGICO AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZ.	2,51	3,24	2,24	2,64
% DAY HOSPITAL DIAGNOSTICO	23,09	22,97	23,24	14,43
% INTERVENTI PER FRATTURA DI FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNI	10,56	36,65	46,09	59,71
% TAGLIO CESAREO	41,53	42,88	40,02	41,95
% TAGLIO CESAREO PAZIENTI NON PRECESARIZZATE	17,56	17,71	16,58	17,87

(*)Dati anno 2018 non consolidati (elaborazione del 28.1.2018).

2.5 Le Risorse Umane

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

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

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

Al 31.12.2018 le risorse umane sono pari a n. 1.692 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DATI DEL PERSONALE AL 31.12.2018
Dirigenti Medici	375
Dirigenti Sanitari	42
Dirigenti Amministrativi	8
Collaboratore Professionale Sanitario	964
Personale Amministrativo	143
OTA, OSS, Ausiliari	160
Totale	1.692

2.6 La situazione finanziaria

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 2017, ultimo formalmente approvato ed ancora non oggetto di valutazione da parte della Regione Calabria, ha registrato un utile di esercizio di euro **343.158,79**.

Le perdite di esercizio contabili cumulate ancora da ripianare nei ventuno anni che vanno dalla costituzione dell'Azienda, 1.2.1995, al 31.12.2017 sono pari ad euro **26.581.224,73**. Il Patrimonio Netto dell'Azienda, sempre al 31.12.2017, è positivo ed è pari ad euro **68.484.400,19**.

I tempi medi di pagamento dei debiti verso fornitori, pari a circa 95 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 quarto 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 2015 – 2017:

Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria

PRESTAZIONI	Anno 2015		Anno 2016		Anno 2017	
	QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE
RICOVERI ORDINARI	19.994	€ 73.822.756,00	20.565	€ 76.839.165,00	21.276	€ 83.429.617,00
DAY HOSPITAL	6.734	€ 8.847.912,00	6.117	€ 7.276.064,00	5.310	€ 6.510.696,00
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	856.420	€ 16.242.634,10	773.454	€ 16.626.375,32	779.180	€ 17.231.611,61
FILE F		€ 5.246.623,02		€ 6.503.434,39		€ 9.297.574,16
PRONTO SOCCORSO	68.564	€ 11.352.141,48	68.719	€ 11.515.242,83	70.875	€ 11.876.523,75
Totale generale		€ 115.512.066,60		€ 118.760.281,54		€ 128.346.022,52

2.7 Il contesto esterno

La popolazione residente della provincia di Reggio Calabria è in lenta e costante diminuzione a causa della bassa natalità e della migrazione. La popolazione servita richiede una maggiore intensità e qualità di servizi a fronte del peso della popolazione anziana, dei bisogni sanitari (anziani polipatologici, 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 (maggiori di 80 anni) che hanno una diretta ricaduta sulla domanda di servizi sanitari.

L'Azienda 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*. È necessario che l'Azienda divenga "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico. Tale sistema dovrà rispondere ai bisogni di salute in maniera tale da mantenere un maggior numero di utenti presso le strutture provinciali contrastando i "fenomeni di fuga" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria. La funzione dell'Azienda dovrà combinare la dimensione di ospedale ad elevata intensità 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.

Il Grande Ospedale Metropolitan dovrà bilanciare nelle sue logiche di sviluppo per il prossimo triennio le due "identità" (alta 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.

Il Grande Ospedale Metropolitan "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 recuperato le dinamiche di fuga e migliorato la capacità di attrazione per pazienti non residenti e presenta indicatori di performance sanitaria ed economico -finanziari molto positivi.

2.8 L'analisi SWOT e le azioni per garantire i LEA, migliorare le performance aziendali e conseguire l'equilibrio economico finanziario.

L'analisi sulla gestione economico finanziaria nell'ultimo triennio e sulle azioni messe in atto per aumentare la capacità competitiva dell'Azienda e soprattutto la capacità di generare risorse finanziarie con una crescente attenzione all'evoluzione dei costi, vanno accompagnate ad una valutazione delle potenzialità offerte dall'attuale posizionamento del Grande Ospedale Metropolitano, specie sulle linee di prodotto "core", dai trend di sviluppo delle attività nell'ultimo triennio e da una prima selezione dei progetti di sviluppo di linee innovative di diagnosi/terapia e di assistenza e di ricerca, già presenti nell'Azienda.

La valutazione dei potenziali dell'Azienda può essere meglio compresa attraverso i risultati di una analisi SWOT relativa a tutta l'Azienda e di seguito sinteticamente presentata.

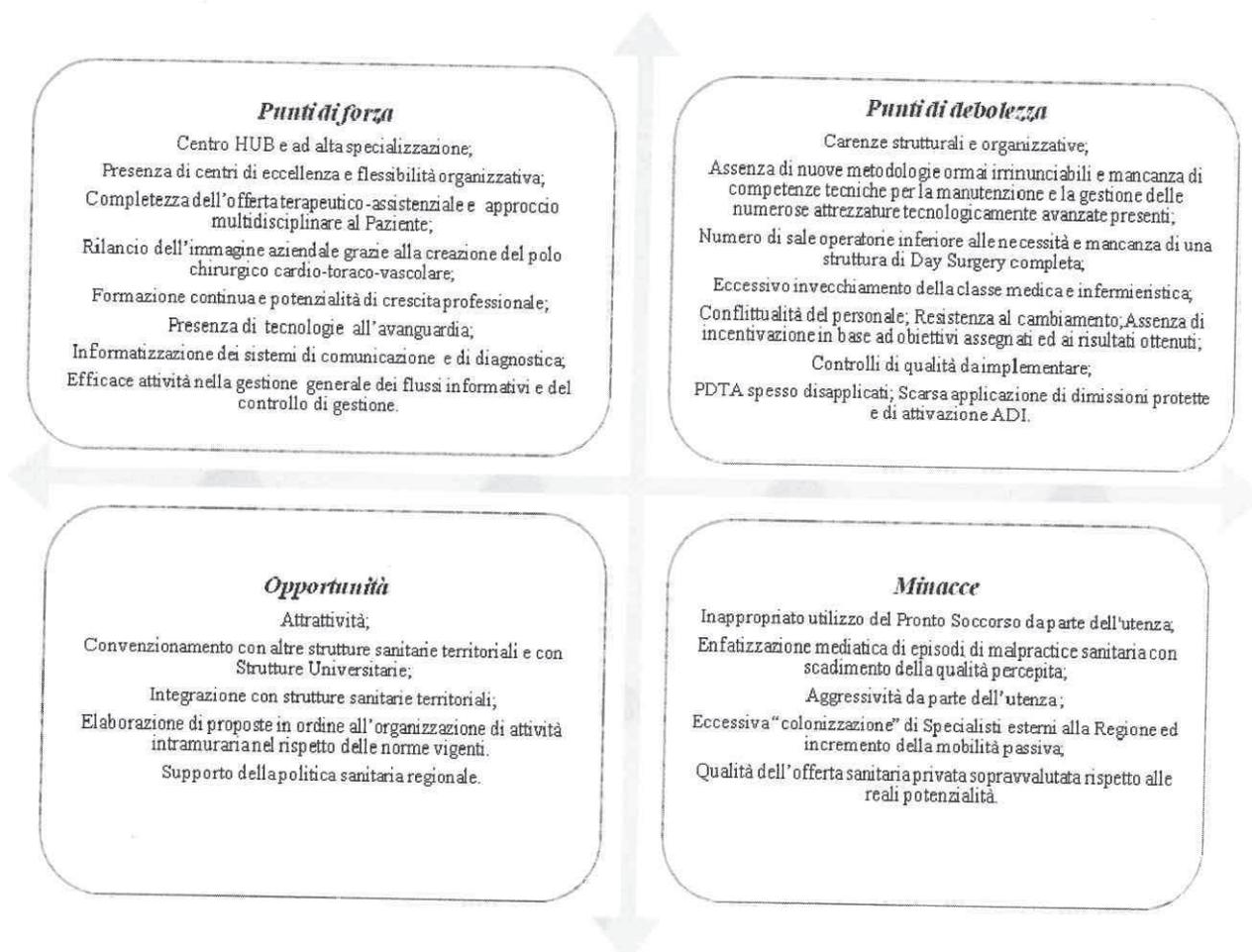


Figura 3 - SWOT Analysis

Punti di forza

- **Centro HUB e ad alta specializzazione.** L'Azienda concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed elevato contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie in ambito provinciale e regionale in quanto centro HUB per la Provincia di Reggio Calabria. Quale Centro HUB, l'Azienda assicura le funzioni di alta specializzazione legate all'emergenza, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili nei centri SPOKE.
- **Solidità economico patrimoniale.** Nell'ultimo decennio 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.
- **Presenza di centri di eccellenza e flessibilità organizzativa.** L'Azienda fornisce un servizio di eccellenza ai cittadini, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi, avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale.
- **Completezza dell'offerta terapeutico-assistenziale e approccio multidisciplinare al paziente.** L'Azienda, centro di eccellenza nelle cure mediche ospedaliere, sviluppa forme di collaborazione multiprofessionale. È possibile evidenziare un approccio di integrazione organizzativa e multidisciplinare alla gestione del paziente, con una tensione al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.
- **Rilancio dell'immagine aziendale grazie alla creazione del polo Cardio-Toraco-Vascolare.** Tra criticità ancora esistenti e grandi novità che vanno ad innestarsi in un contesto territoriale difficile, quattro nuovi servizi vengono messi a disposizione dei cittadini: si tratta delle nuove strutture del Pronto Soccorso, della Chirurgia robotica, della Chirurgia Toracica e Cardiochirurgia e terapia intensiva cardiocirurgica. In questo senso, 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 cardio-chirurgica.
- **Formazione continua e potenzialità di crescita professionale.** L'Azienda considera la formazione continua un strumento fondamentale di aggiornamento e crescita professionale del personale in servizio.
- **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 arriva il trattamento di chirurgia robotica (di cui vi sono 80 centri in Italia); la chirurgia robotica è stata finalmente inserita nel blocco operatorio apportando una rivoluzione per la chirurgia mini invasiva ed altamente complessa. Altri strumenti di cui si è recentemente dotata l'Azienda sono la PET - TAC, e un acceleratore lineare con TC simulatore di ultima generazione, attrezzature tra le più innovative per quanto riguarda la diagnostica per immagini.
- **Informatizzazione dei sistemi di comunicazione e di diagnostica.** L'Azienda, al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali, utilizza un avanzato sistema informatizzato di comunicazione e di diagnostica RIS - PACS.

- **Efficace attività nella gestione generale dei flussi informativi e del controllo di gestione.** Il sistema di Controllo di Gestione di cui è dotata l'azienda, supportando con strumenti informativi integrati la definizione delle scelte a supporto delle decisioni strategiche ed operative, garantisce una efficace risposta alle diverse esigenze informative, interne ed esterne all'azienda.

Punti di debolezza

- **Carenze strutturali e organizzative.** Il Presidio Ospedaliero Riuniti è una struttura la cui realizzazione risale a molti decenni fa, quando i canoni e i criteri della medicina e dell'assistenza in regime di ricovero erano lontani da quelli moderni. Esso si trova, pertanto, ad affrontare richieste, volumi di attività e percorsi di gestione del paziente non immaginabili al momento della sua costruzione. 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 e, talvolta, non a norma.
- **Assenza di nuove metodologie ormai irrinunciabili e mancanza di competenze tecniche per la manutenzione e la gestione delle numerose attrezzature tecnologicamente avanzate presenti.** Trattasi, nella fattispecie, di metodologie quali la radiologia interventistica. L'Azienda, infatti, pur disponendo di numerosi macchinari di alta tecnologia ed aggiornati, non è ancora attiva per quanto riguarda la suddetta disciplina. Le tecniche e le procedure di cui si avvale la radiologia interventistica potrebbero rivelarsi un valido supporto per molte patologie, soprattutto in considerazione del fatto che Reggio Calabria non è ancora organizzata nel migliore dei modi in questo ambito, difettando sia in strumentazione che in personale dedicato, nonostante la presenza di validi professionisti.
- **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 e vedrà anche la costruzione di 12 sale operatorie nel nuovo ospedale.
- **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.
- **Limitata applicazione dei PDTA.** L'applicazione dei PDTA, 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**, indispensabili per poter garantire continuità assistenziale, e **di attivazione ADI**, prestazioni che vengono assicurate direttamente nel domicilio dell'assistito, evitando così ricoveri ospedalieri.

Opportunità

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

Minacce

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

- **Enfatizzazione 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 malasanita. 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 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.

3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance si inserisce nel più ampio ciclo di gestione della performance, processo aziendale composto dalle seguenti fasi:

- a. **definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e degli indicatori:** il Comitato per il Controllo di Gestione predispone le schede contenenti gli obiettivi individuati dalla Direzione Aziendale. Le schede di vengono illustrate dapprima al Collegio di Direzione, e successivamente ai Direttori di Unità Operativa durante gli incontri di negoziazione, che hanno come fine la condivisione delle azioni da intraprendere e l'eventuale accoglimento di proposte migliorative. Tutta la documentazione inerente al ciclo della performance viene comunicata tempestivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione, che ha il compito istituzionale di vigilare sull'intero processo;
- b. **collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse:** la Regione fornisce le direttive al fine di orientare le aziende del Servizio Sanitario Regionale nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale; l'Azienda ha l'obbligo di rispettare le direttive regionali;
- c. **monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazioni di eventuali interventi correttivi:** il Comitato per il Controllo di Gestione predispone e mette a disposizione della Direzione strategica e dei Direttori di U.O. la reportistica finalizzata al monitoraggio. Alla reportistica standard si affianca una serie di report analitici e di dettaglio, spesso personalizzati, per indagare ed approfondire

ambiti e situazioni critiche. Nel caso di eventi non prevedibili che possono rendere difficile se non impossibile la realizzazione di uno o più obiettivi, si procede alla revisione degli obiettivi e degli indicatori. Gli esiti dei monitoraggi vengono resi disponibili al Collegio di Direzione ed all'Organismo Indipendente di Valutazione;

- d. ***misurazione e valutazione annuale dei risultati***: i processi di misurazione e di valutazione riguardano sia la performance individuale che quella organizzativa. La performance individuale si intenderà positiva qualora il soggetto valutato avrà raggiunto un punteggio minimo superiore a 59 punti; per quanto attiene la performance organizzativa, la valutazione verrà condotta, col supporto del Comitato Controllo di Gestione, dal Direttore Sanitario per i Dipartimenti Sanitari e per i Servizi afferenti alla Direzione Sanitaria; dal Direttore Amministrativo per il Dipartimento Amministrativo e per i Servizi afferenti alla Direzione Amministrativa.
- e. ***utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito*** in coerenza con la normativa vigente;
- f. ***rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi***: la Relazione sulla Performance, redatta entro il 30 giugno dal Comitato per il Controllo di Gestione, adottata con delibera del Direttore Generale e successivamente sottoposta per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione, viene pubblicata sul sito aziendale.

Nel Ciclo di gestione della performance si delineano quindi la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione finale**.

Il punto di partenza della pianificazione strategica sono gli indirizzi e gli obiettivi strategici contenuti nei documenti di programmazione regionale. La Direzione Generale, in coerenza con la propria attività e il contesto di riferimento, affianca agli obiettivi istituzionali quelli strategici aziendali.

Dopo aver stabilito, quindi, il quadro strategico all'interno del quale orientare la propria gestione, l'Azienda definisce la programmazione delle attività e degli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria e amministrativa. Per ciascun obiettivo vengono individuate le azioni, i tempi, le risorse connesse al loro raggiungimento e vengono declinati, quindi, in obiettivi individuali assegnati ai dipendenti.

4. PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE ED 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. Il Programma Operativo 2016-2018 si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico.

Tale documento di indirizzo regionale, individua gli *obiettivi prioritari*, quelli cioè che hanno un diretto impatto nella erogazione dei servizi assistenziali e dei LEA, e gli *obiettivi trasversali*, intesi quali interventi di supporto e/o necessari per consentire la realizzazione di uno o più interventi appartenenti agli obiettivi prioritari.

OBIETTIVI REGIONALI PRIORITARI

1. RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI
2. CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA
3. CONTABILITÀ ANALITICA

OBIETTIVI REGIONALI TRASVERSALI

1. LA CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI
 - Predisposizione, monitoraggio e attuazione P.A.C. aziendali.
2. ACQUISTO DI BENI E SERVIZI
3. GESTIONE DEI PAGAMENTI
4. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
5. GESTIONE DEL PERSONALE
6. FLUSSI INFORMATIVI.

Area	Obiettivo	Azione Individuata
RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI	RETE OSPEDALIERA	Attuazione di tutte le azioni di riorganizzazione dell'attività ospedaliera previste dal DCA n. 64/2016 in termini di dotazione di posti letto e attivazione di servizi previsti
		Allineamento del tasso di occupazione
		Allineamento della degenza media
		Allineamento della degenza media preoperatoria
		Allineamento della percentuale di pazienti ≥ 65 anni con diagnosi di frattura del femore operati entro due giorni
		Riduzione dei parti cesarei
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA	RETI TEMPO DIPENDENTI	
	ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE	Piani di adeguamento Aziendali (DPGR-DCA n.58/14, DCA n. 68/15)
	RETE ONCOLOGICA	Attivare i PDTA per le principali patologie oncologiche
	RETE STROKE	Attivazione stroke unit
	RETE TRASPORTO NEONATALE	Attivazione servizi di Trasporto Neonatale programmati
	FARMACI SOTTOPOSTI A NOTE LIMITATIVE AIFA, FARMACI DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE, ANTINFIAMMATORI, FARMACI DELL'APP. RESPIRATORIO, FARMACI PER IL DIABETE, FARMACI PER L'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, ANTIBIOTICI ED EMODERIVATI	Monitoraggio dei consumi dei farmaci sottoposti a note AIFA Analisi della qualità dei dati dei flussi e dei consumi farmaceutici
PROMOZIONE DELL'UTILIZZO DEI FARMACI EQUIVALENTI E MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ PRESCRITTIVA, AI SENSI DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 11, COMMA 7, LET. B) DEL DL 78/2011	Monitoraggio dell'applicazione delle schede di terapia previste dai DCA n. 66/15 e n. 118/15	
CONTABILITÀ ANALITICA	RAZIONALIZZAZIONE DELL'USO DEL FARMACO IN OSPEDALE - APPROPRIATEZZA D'USO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI CONOSCENZA DEL MIGLIOR PROFILO DI RISCHIO/BENEFICIO - MONITORAGGIO ANDAMENTO DEI CONSUMI E DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRI DI MONITORAGGIO AIFA E NOTE AIFA	Rendicontazione da parte delle AA.SS. dell'applicazione del DCA n. 137/15 di modifica del DPGR n. 38/12 con report semestrali
		Attivazione strutture di farmacia clinica, ove presenti UU.OO. di Oncologie e Oncoematologia, per la preparazione centralizzata di farmaci antiblastici e prescrizione informatizzata
		Analisi della qualità dei dati dei flussi e dei consumi farmaceutici in ambito ospedaliero
CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI	PREDISPOSIZIONE PAC AZIENDALI	Monitoraggio delle attività di farmacovigilanza attiva e adozione di iniziative di informazione indipendente sui farmaci, contrasto alle acquisizioni di farmaci nell'ambito di attività promozionali che condizionano la prescrizione territoriale
		Adottare le linee guida della contabilità analitica e monitorare la loro applicazione. Attivare, nell'ambito del processo di programmazione e controllo aziendale, una reportistica trimestrale con la rappresentazione di indicatori di sintesi per struttura.
		Adozione dei PAC aziendali e costante monitoraggio sullo stato di adozione degli stessi.

ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	BENI E SERVIZI	Monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti Consip come da disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi previste dall'art. 2, comma 1, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, nonché dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge 78/09. Redazione del Piano dei fabbisogni aziendali e del Piano di Acquisti di beni e servizi, in condivisione con il Dipartimento che assume funzioni di committenza verso la SUA.
	AZIONI SPECIFICHE SUI DISPOSITIVI MEDICI	Monitorare costantemente l'utilizzo dei dispositivi e verificare eventuali variazioni degli standard.
GESTIONE DEI PAGAMENTI	GESTIONE DEI PAGAMENTI	Costituzione nelle Aziende di un Gruppo di Lavoro presieduto dal Direttore Amministrativo e composto da 5 tra dirigenti e funzionari che si occupi della gestione dei pagamenti del debito pregresso. Definizione da parte delle Aziende di piani di pagamento trimestrali coerenti con le rimesse ordinarie e con i trasferimenti delle altre risorse destinate alla copertura dei disavanzi (premierità residue e fiscalità che si renderanno disponibili).
	GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI CON CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	Adozione dei piani di investimento aziendali.
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Predisposizione di un piano di comunicazione interprofessionale, medico-paziente e con i rappresentanti dei cittadini che prevede l'elaborazione di procedure. Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali precedentemente recepite e applicate.
GESTIONE DEL PERSONALE	PROCEDURA PER L'ASSUNZIONE DEL PERSONALE NELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Applicazione delle disposizioni di cui al DCA n. 2/15, e successivo DCA n. 107/15, in materia di reclutamento di personale nelle Aziende del SSR, fermo restando il vincolo del costo del personale dell'anno 2004 ridotto dell'1,4%.
	ADEMPIMENTO MEF - LETTERA AG) VINCOLO DI CRESCITA DELLA SPESA PER IL PERSONALE PER GLI ANNI 2016-2018 - MONITORAGGIO TRIMESTRALE SULL'ANDAMENTO DELL'OCCUPAZIONE E DELLE SPESE DEL PERSONALE DEL SSR	Verifica andamento trimestrale del contenimento della spesa per il personale del 1,4% rispetto al 2004.
	STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE PRECARIO DEL SSR AI SENSI DEL D.P.C.M. 06/03/2015 RECANTE "DISCIPLINA DELLE PROCEDURE CONCORSUALI RISERVATE PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE PRECARIO DEL COMPARTO SANITÀ"	Adozione Programma di stabilizzazione del personale precario da parte delle Aziende del SSR, nel limite massimo del 50% delle risorse assunzionali, definite annualmente con i provvedimenti commissariali di autorizzazione al reclutamento di personale.
	CONSEGUIMENTO DEI RISPARMI PREVISTI DALLA NORMATIVA NAZIONALE	Monitoraggio del ricorso al lavoro a tempo determinato, alle convenzioni ovvero ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa, oltre che il ricorso a forme di esternalizzazione di servizi per lo svolgimento di attività istituzionali connesse all'erogazione dei LEA, tramite la tabella B e il modello CE.
	ADEMPIMENTI LEGGE 30/10/2014 n. 161: ORARIO DI LAVORO DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SSR	Adozione delibere aziendali di modifica dell'organizzazione del lavoro di ciascun reparto e/o servizio, con riformulazione, se necessario, degli obiettivi aziendali, al fine di renderli raggiungibili alla luce delle disposizioni in materia di orario di lavoro contenute nel D.Lgs. 66/03.
	PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE E REGOLAMENTO PER LA MOBILITÀ DEL PERSONALE EVENTUALMENTE IN ESUBERO A LIVELLO REGIONALE	Mobilità del personale della Dirigenza Medica, Veterinaria ed SPTA in coerenza con la riorganizzazione delle reti assistenziali. Mobilità del personale del Comparto in esubero in coerenza con la riorganizzazione delle reti assistenziali.
	RICOLLOCAZIONE DEL PERSONALE INIDONEO ALLA MANSIONE SPECIFICA E VERIFICA SULL'ESERCIZIO DI MANSIONI NON CORRISPONDENTI ALLE QUALIFICHE DI APPARTENENZA ED EVENTUALE RIALLOCAZIONE	Report semestrali relativi allo stato di attuazione nelle Aziende del SSR delle disposizioni contenute nell'Accordo recepito con DCA. n. 118/15.
	ADEMPIMENTI ART. 1 COMMA 236 I. 208/2015 - FONDI DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA	Verifica atti deliberativi aziendali costituzione fondi - Trasmissione da parte delle Aziende delibere aziendali fondi - Verifica da parte della Regione delle delibere aziendali
FLUSSI INFORMATIVI	DEMATERIALIZZAZIONE DELLA RICETTA	Attivazione di procedure di dematerializzazione delle ricette, attraverso l'adozione di un sistema informativo di gestione integrato con i sistemi ministeriali.
	TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI	Trasmissione Flussi Informativi completi, senza anomalie, inviati entro le scadenze previste dalla normativa.

Nel rispetto degli obiettivi di programmazione regionale, l'Azienda individua i propri *obiettivi strategici* per il triennio 2019-2021 che rappresentano le linee di indirizzo per la definizione della programmazione aziendale annuale:

OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. Potenziare il proprio ruolo di centro Hub, sia nel contesto provinciale sia in quello regionale e nazionale;
2. garantire i livelli di eccellenza clinica;
3. aumentare efficacia ed efficienza del proprio sistema attraverso:
 - il miglioramento delle performance chirurgiche;
 - la riduzione della degenza media dei ricoveri;
 - il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e prescrittiva in campo diagnostico e terapeutico;
 - il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per le principali patologie cronico-degenerative (pazienti oncologici, pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus), anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Interdisciplinari e dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari;
 - il miglioramento delle performance registrate sul panel di indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore;
 - il contenimento dei tempi di attesa ambulatoriali e di ricovero, con particolare attenzione alla chirurgia oncologica;
 - il completamento del processo di informatizzazione;
4. mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico;
5. garantire azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati;
6. promuovere, mantenere e consolidare la cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione.

QUALITA' ED ESITO DELLE CURE: INDICATORI PNE

Per la prima volta la legge di Stabilità per l'anno 2016, poi riconfermata dalla legge di Stabilità 2017, introduce un'importante novità: all'art. 30 "*Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN*", afferma che le aziende sanitarie entreranno in piano di rientro non solo se non rispettano l'equilibrio economico ma anche se non rispettano i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò nell'Allegato del Patto di Stabilità viene definito *un set di indicatori di esito*, raggruppati in diverse aree cliniche, con relative fasce di valutazione: molto bassa (5-rossa); bassa (4-arancione); media (3-gialla); alta (2-verde chiaro); molto alta (1-verde scuro).

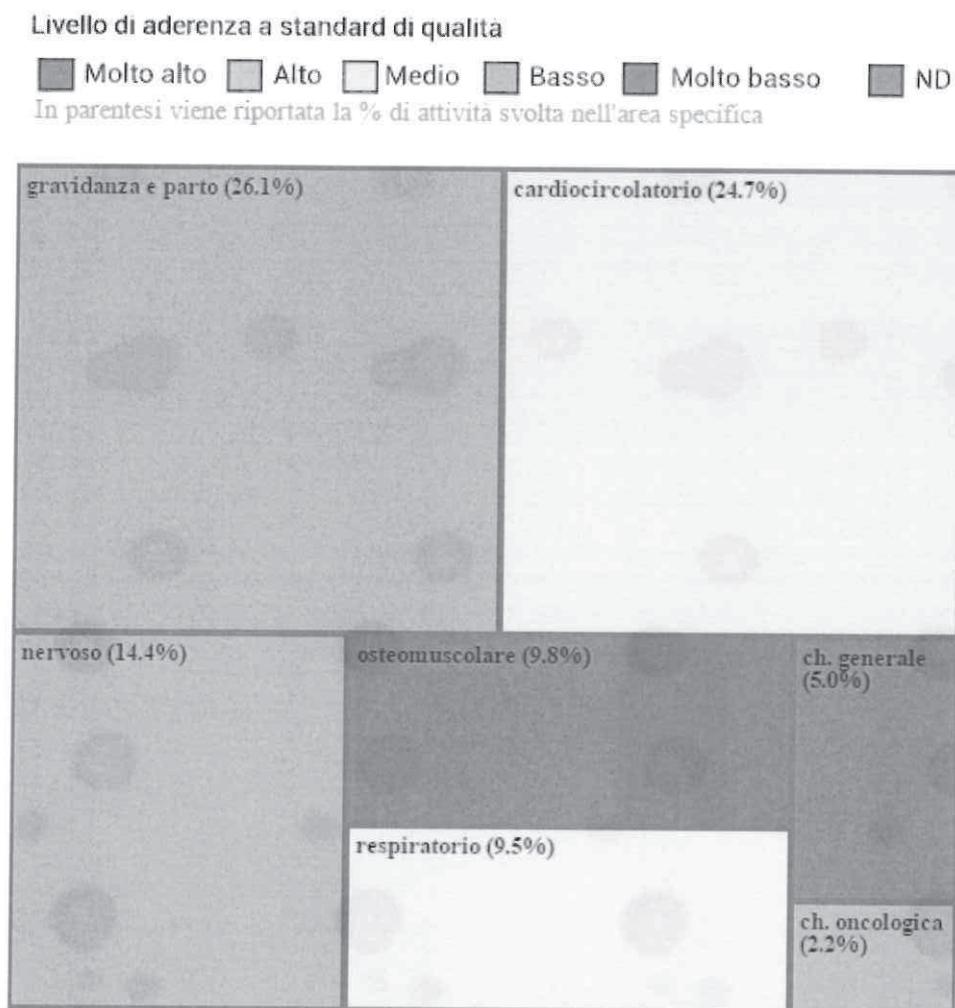
E' sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Pertanto, la Direzione Strategica inserisce nel presente Piano della Performance come obiettivi tutti gli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti con valore atteso pari a quello della fascia verde corrispondente ad una performance molto alta.

Di seguito sono riportati gli indicatori di esito del Patto di Stabilità raggruppati per le diverse aree cliniche.

Standard di qualità			MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso %	1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30 %	≤ 6	6-8	8-12	12-14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50 %	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33 %	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-0.70		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Nella tabella sottostante il peso delle diverse aree cliniche per il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria (dati 2016):



VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA': SOGLIE MINIME PREVISTE NEL D.M. 70/2015

Il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” al fine di garantire l’erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, identifica le soglie minime di volume di esito e di volume di attività cliniche. Il Decreto stabilisce che tali soglie si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e che “le misure minime e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle del Programma Nazionale Esiti di Agenas.

INDICATORE	VOLUMI MINIMI DI ATTIVITA' PER STRUTTURA COMPLESSA
N. INTERVENTI CHIRURGICI PER CA MAMMELLA	> 150
N. INTERVENTI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 100
N. INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA FEMORE	> 75
N. INTERVENTI BY PASS AORTO CORONARICO	> 200
N. PROCEDURE ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA	> 250

ATTRATTIVITA'

Uno degli elementi fondamentali che deve contraddistinguere l'Azienda attiene all'incremento dell'attrattività nei confronti dei pazienti residenti fuori dalla Regione Calabria. E' obiettivo dell'Azienda incrementare l'attrazione di pazienti extraregionali.

APPROPRIATEZZA DELLE RICHIESTE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO

Obiettivo del triennio sarà quello di migliorare l'appropriatezza delle richieste di esami per i pazienti ricoverati sia di diagnostica per immagini che di diagnostica di laboratorio.

Relativamente alla Diagnostica per Immagini, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi d'attesa per pazienti esterni, la necessità è quella di individuare il volume di prestazioni potenzialmente inappropriate che determinano l'incapacità complessiva di dare risposta in tempi adeguati a pazienti in fase diagnostica o di trattamento.

Nel corso del triennio proseguirà, da parte del Dipartimento dei Servizi, in accordo con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, il percorso finalizzato alla ricerca dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della Diagnostica di Laboratorio con l'intento di razionalizzare e ottimizzare le risorse.

Si prevede di effettuare un rilevamento dei comportamenti prescrittivi e diagnostici per i pazienti ricoverati, con successiva definizione di pacchetti di richieste di esami validati da incontri svolti con tutte le UOC dell'Azienda, tesa ad eliminare, in accordo con i clinici e secondo i dati di letteratura, quegli esami che potevano derivare da consuetudini prescrittive e tali da essere considerati inutili, ridondanti o impropri per il percorso diagnostico-terapeutico.

FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO

L'Azienda intende perseguire il miglioramento all'accesso alle prestazioni e la messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci, finalizzate:

- al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni offerte;
- allo sviluppo del Day Service Ambulatoriale;
- al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica;
- al miglioramento del ciclo Prescrizione/Prenotazione dei controlli con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini quali la prescrizione diretta delle prestazioni da parte dello specialista senza rinvio del paziente dal proprio medico di medicina generale e la prenotazione dei controlli direttamente dal personale della struttura che ha preso in carico il paziente;
- alla corretta gestione delle agende di prenotazione e l'individuazione di soluzioni personalizzate.

PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE e DEMATERIALIZZAZIONE

Sviluppo dell'infrastruttura ICT per la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità. In particolare verranno sviluppati i progetti della Cartella Clinica Elettronica (CCE) e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI

Garantire tempestività e completezza nella trasmissione dei flussi informativi e dei dati sia verso il livello nazionale che regionale; assicurare la raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze.

ATTUAZIONE DEL PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

Attuare il PAC Regionale, nel rispetto delle disposizioni inviate dalla Direzione Generale Regionale con la redazione e/o revisione e formalizzazione delle procedure amministrativo-contabili ed i regolamenti aziendali coerentemente con i requisiti minimi comuni definiti dalle Linee Guida regionali; implementare, applicare e verificare le procedure amministrativo-contabili aziendali delle aree oggetto delle Linee Guida regionali; procedere al progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure amministrativo-contabili, rafforzando i sistemi di rilevazione e di controllo, uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno.

ATTUAZIONE POLITICHE SULLA TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

Le scelte strategiche in quest'area si focalizzeranno sui seguenti quattro punti:

- 1. Impegno**, Il Piano Triennale 2019-2021 per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, costituisce "l'insieme degli impegni" che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità, nell'ambito delle previsioni della legge n. 190/2012, dei decreti dalla stessa derivati e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati. Si tratta di un "unitario sistema" le cui attività di pianificazione descritte nel documento si configurano come un processo ciclico in cui le strategie, le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati annualmente anche in ragione degli esiti della loro applicazione. Da qui i criteri fondamentali del Piano, modularità e progressività, che rispondono all'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, consci della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà di realizzazione. E nel sistema svolgono un ruolo di necessario coinvolgimento, con le rispettive funzioni e responsabilità, tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda.
- 2. Adempimento**: Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempiere a quanto indicato dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione aggiornato, pur coscienti che non configura l'obiettivo vero di strategie ed azioni da mettere in campo. Costituisce comunque una leva rilevante per dedicare tempo e risorse ed anche, in particolare, per ottenere la collaborazione delle varie unità organizzative, dei dirigenti e di tutti i soggetti operanti nell'amministrazione.
- 3. Miglioramento organizzazione e attività**: L'individuazione delle misure (generali e specifiche) non deve essere finalizzato esclusivamente alle strategie proprie di prevenzione, ma rappresentano occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.
- 4. Promozione cultura della legalità**: Al di là di qualsiasi misura od adempimento prevista, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema di cui si è parte sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico; il bisogno vero è un

cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento principe si ritiene sia costituito dalla formazione. Sul punto, tra le misure si prevedono iniziative ed interventi di informazione e di diffusione, sia del sistema, delle strategie e degli interventi, ma anche delle opportunità e dei benefici che porterebbe un complessivo cambiamento culturale.

La sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, realizzata secondo le indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33/2013, si trova al seguente link: <http://www.ospedalc.it/doc/amministrazione-trasparente/>.

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Sulla base degli obiettivi strategici sono stati definiti gli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2019 nonché i relativi indicatori e valori attesi.

La tabella riporta gli indicatori di rilevanza strategica per l'anno 2019 con relativi obiettivi strategici, operativi e valori attesi.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	DEGENZA MEDIA	< 7 giorni
	CONTENIMENTO DEGENZA PREOPERATORIA	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA RICOVERI PROGRAMMATI	< 1 giorno
	TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO	ALLINEAMENTO TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINANZA	≥90%
APPROPRIATEZZA MEDICA	CONTENIMENTO DAY HOSPITAL MEDICI DIAGNOSTICI	% DH MEDICI DIAGNOSTICI	< 6%
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	% RICOVERI MEDICI BREVI	< 15%
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	% RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA	<2%
	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI	DRG SPECIFICI	Differente per DRG
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	RIDUZIONE DRG LEA CHIRURGICI	DRG SPECIFICI	Differente per DRG
	RIDUZIONE PARTI CESAREI	% PARTI CESAREI PRIMARI	≤ 20%
QUALITÀ CLINICA	MIGLIORAMENTO QUALITÀ CLINICA	% RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/TOT. RICOVERI	Differente per disciplina
		% RITORNI IN SALA OPERATORIA/TOT. INTERVENTI CHIRURGICI	Differente per disciplina
		MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA TOTALE	Differente per disciplina
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	% FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	≥ 60%
		% PZ CON CODICE GIALLO VISITATI ENTRO 30 MINUTI	> 80%
		% PZ CON CODICE VERDE VISITATI ENTRO 1 ORA	> 80%
		% PZ CON CODICE VERDE NON INVIATI AL RICOVERO	> 84%
		% ABBANDONI DAL PS	<3%
GOVERNO DELLA CASISTICA	RISPETTO VOLUMI MINIMI DI ATTIVITÀ D.Lgs. 70/2015	N. INTERVENTI PER CASISTICA SPECIFICA	differente per UOC
	INCREMENTO ATTIVITÀ ONCOLOGICA	% CASISTICA ONCOLOGICA/TOT CASISTICA	differente per UOC
	INCREMENTO CASISTICA SPECIALISTICA ALTA COMPLESSITÀ	% CASISTICA ALTA COMPLESSITÀ/TOT CASISTICA	differente per UOC
	INCREMENTO ATTRAZIONE EXTRA REGIONE	% RICOVERI EXTRA REGIONE/ TOT. RIC.	differente per UOC
	SVILUPPO CASISTICA GESTITA CON ROBOT DA VINCI	NUMERO CASI GESTITI IN ROBOTICA	differente per UOC
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO TEMPI DI ATTESA PER PZ. ONCOLOGICI	% PZ ONCOLOGICI TRATTATI ENTRO 30GG/TOT. PZ ONCOLOGICI	70%
		TEMPO MEDIO ATTESA INTERVENTO CHIRURGICO PER PZ ONCOLOGICI	30%

	GESTIONE LISTE D'ATTESA	VALUTAZIONE % DEFINIZIONE/APPLICAZIONE OMOGENEA CRITERI PRIORITÀ PER INSERIMENTO PZ NELLE LISTE DI ATTESA	100%
COMPLETEZZA FLUSSI/ DOCUMENTAZIONE SANITARIA	CORRETTEZZA/ COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	VALUTAZIONE % ESITO SUPERAMENTO CONTROLLI INTERNI	100%
	PUNTUALE CHIUSURA DELLE SDO	% DRG NON DEFINITI CON DATA DIMISSIONE MESE PRECEDENTE	<4%
APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI DIAGNOSTICA IMMAGINI E LABORATORIO	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	% COSTO PRESTAZIONI DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	-5%
	APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI RICHIESTE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	% COSTO PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA PER PZ RICOVERATI RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	-5%
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	% COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	-10%
	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	% COSTO FARMACI ANTIFUNGINI NIETTABILI PER GG DEGENZA	-10%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	% COSTO ALBUMINA PER GG DEGENZA	-10%
	EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	% EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE SECONDO LINEE GUIDA REGIONALI	>80%
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	% FARMACI DA REGISTRO AIFA OFF-LABEL EXTRA LISTE	0
	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE	% INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	> 5%
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	INCREMENTO SEGNALAZIONI	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	differente per UOC
		N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVO VIGILANZA	differente per UOC
DEMATERIALIZZAZIONE	PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/TOTALE PRESCRIZIONI	80%
	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	VALUTAZIONE % UTILIZZO CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	100%
SICUREZZA	REALIZZAZIONE INTERVENTI RICHIESTI DA SPP	VALUTAZIONE % REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO O RICHIESTI DA SPP	100%
PREVENZIONE CORRUZIONE	REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER PREVENZIONE CORRUZIONE	VALUTAZIONE % REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE CORRUZIONE	100%

6. 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).

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione con l'indicazione dell'oggetto è stata affissa all'albo pretorio di questo Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria con repertorio n. 19 del 05 FEB. 2019 /2019 e vi è rimasta per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 05 FEB. 2019.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE
(Dott. Francesco Araniti)



Trasmessa al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

il ____/____/____ Prot. n° _____

ESECUTIVA il ____/____/2019

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Reggio Calabria, li ____/____/2019.