



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022 – 2024

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

PREMESSA	3
1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	5
2.1 - Missione e principali attività	5
2.2 - Organizzazione	7
2.3 - Dati strutturali e di attività	16
2.4 - Il Personale	17
2.5 - Dati Economici	18
2.6 - Analisi del contesto esterno	20
Territorio di riferimento	20
Rete Ospedaliera dell'Area Metropolitana di Reggio Calabria	26
2.7 - Analisi del contesto interno	27
3. LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	33
3.1 - Programma Operativo Regionale e Obiettivi Strategici	33
3.2 - L'Albero della Performance	34
4. LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	36
4.1 - Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali	36
4.2 - Il sistema incentivante	39
5. COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI	39
5.1 - Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	39
5.2 - Collegamento con il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)	40
5.3 - Collegamento con il Piano delle Azioni Positive	42
ALLEGATO 1) SCHEDA OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI DI RIFERIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AI FINI DELLA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET ANNO 2022	43
NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	49

PREMESSA

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

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

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

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

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Con il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge n. 113 del 6 agosto 2021, nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, è stato introdotto il *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (PIAO), documento di programmazione unico che unirà il Piano della Performance, il Piano del Lavoro Agile e il Piano dell'Anticorruzione. Il PIAO dovrà essere adottato annualmente entro il 31 gennaio ma tale termine, con il decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 (cd. Decreto Milleproroghe), in sede di prima pubblicazione dovrà essere adottato entro il 30 aprile 2022.

Pertanto, nelle more della predisposizione e adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), l'Azienda ritiene di dover procedere alla formale adozione del "Piano della Performance 2022-2024".

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.

Il Ciclo di Gestione della Performance si articola nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale:
 - la **performance organizzativa** è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della mission dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder. Essa afferisce alla sfera organizzativo-gestionale dell'Azienda;
 - la **performance individuale** è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi della propria struttura di appartenenza per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; i criteri per la misurazione delle performance individuali sono determinati collegialmente previa informativa da parte del dirigente responsabile a tutti i collaboratori in via preventiva circa gli obiettivi da raggiungere. Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno.
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

La **Relazione sulla Performance** è il documento che mette in evidenza, a consuntivo entro il 30 giugno, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

Il Piano delle Performance e la Relazione sulla Performance sono pubblicati sul sito web istituzionale all'indirizzo <http://www.ospedalcerc.it/>.

Essendo un atto di programmazione pluriennale, con indicazione delle attività per l'anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale, 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.

2. PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA

Il Grande Ospedale Metropolitano "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria, costituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995 ai sensi degli artt. 3 e 4 del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, è HUB regionale e punto di riferimento dei centri SPOKE della provincia di Reggio di Calabria (o Area Sud come da D.P.G.R. - C.A. n. 18/2010) nonché sede di Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione (D.E.A.) di secondo livello.

Quale Centro HUB e sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza di 530.097 abitanti, con un numero di accessi di Pronto Soccorso n. 72.634 nel 2019 (ultimo anno di ordinaria attività prima dell'emergenza da Covid-19), n. 63.668 nel 2020 e n. 62.843 nel 2021 ed è dotato di tutte le discipline più complesse non previste nell’Ospedale di I Livello, tra le quali: Cardiologia con emodinamica interventistica e Terapia Intensiva, Cardiochirurgia con Rianimazione Cardiochirurgica, Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Chirurgia d’Urgenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Gastroenterologie e Endoscopia digestiva, Terapia Intensiva Neonatale, Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia h24, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, ecc..

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.

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).

2.1 - 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.

2.2 - 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.

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

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

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

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

L'Azienda ha ridefinito il proprio modello organizzativo, in coerenza con le indicazioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 31 del 18.2.2021 e n. 33 del 22.2.2021, mediante il nuovo **Atto Aziendale** di diritto privato, adottato con la delibera del Commissario Straordinario n. 192 del 1/04/2021, ad oggi, in attesa di approvazione regionale.

Nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, pertanto, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono ancora disciplinati con l'Atto Aziendale approvato con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19.7.2016, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25.7.2016 ed attivo dall'1/08/2016 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.

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.

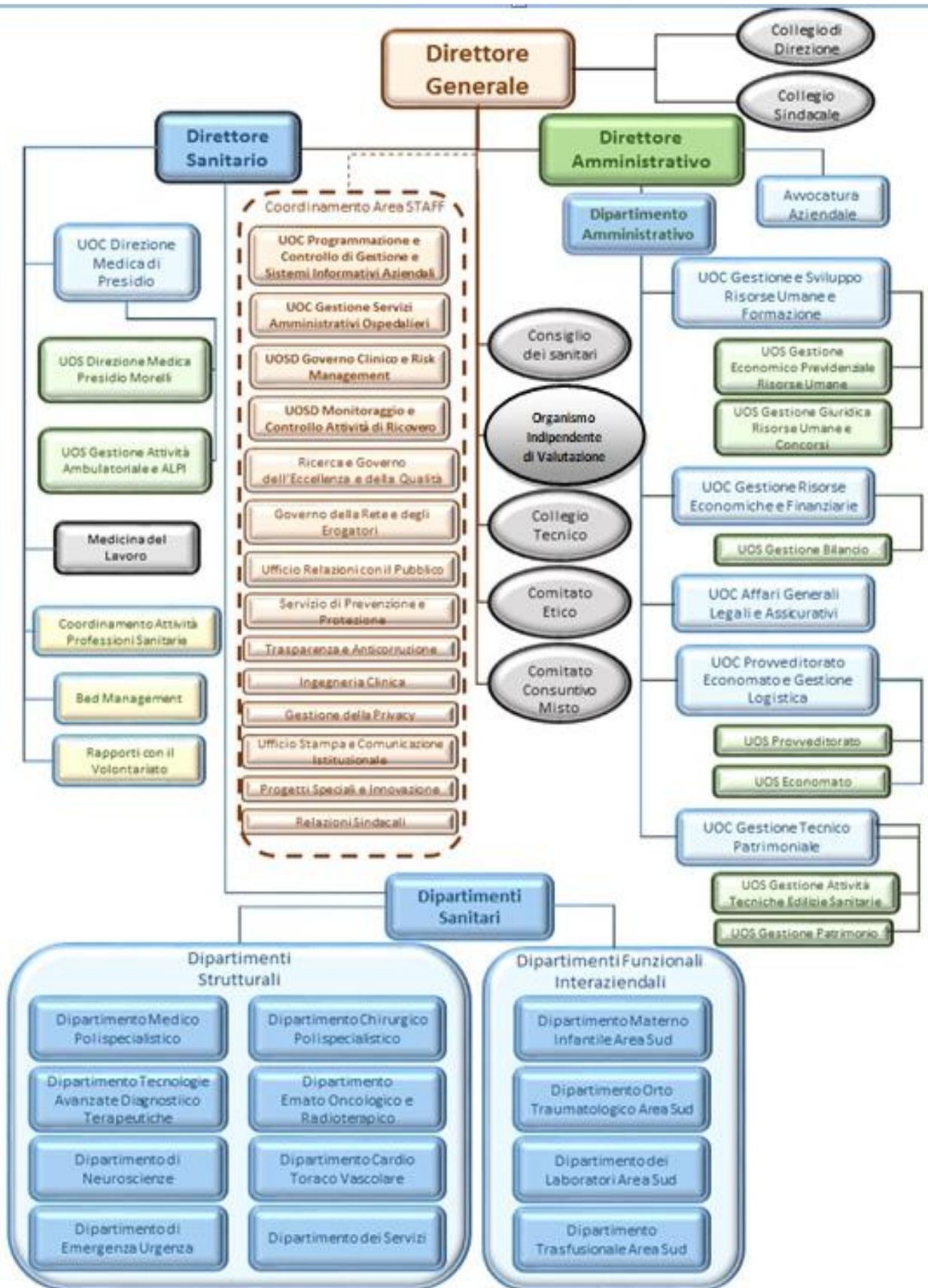


Figura 1 – Organigramma del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” Reggio Calabria.

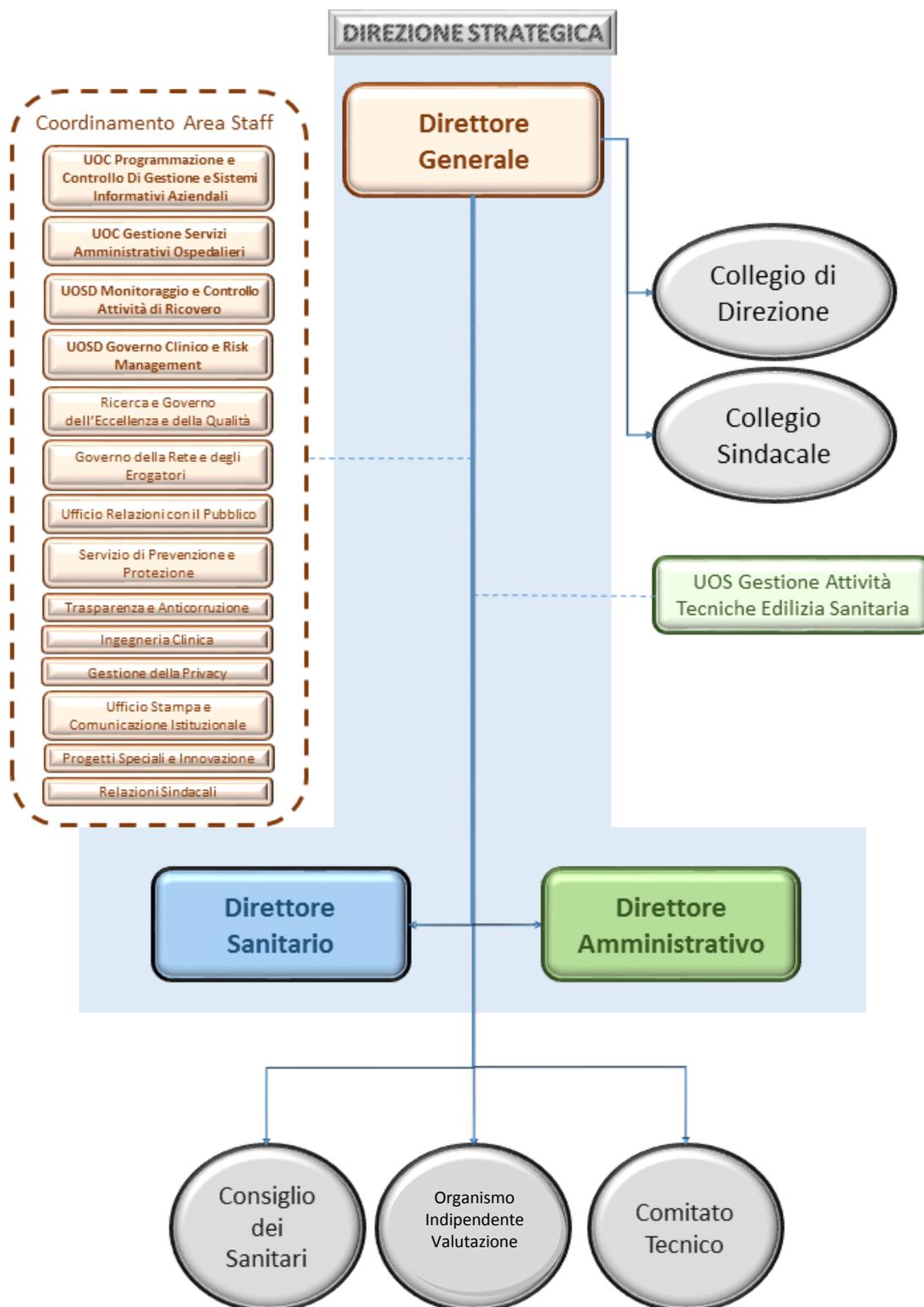


Figura 2 – Organigramma della Direzione Strategica

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.

Dipartimenti Strutturali:

A. 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:

- U.O.C. DERMATOLOGIA,
- U.O.C. DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA,
- U.O.C. GASTROENTEROLOGIA,
- U.O.C. GERIATRIA,
- U.O.C. MALATTIE INFETTIVE,
- U.O.C. MEDICINA GENERALE,
- U.O.C. NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
- U.O.C. PNEUMOLOGIA,
- U.O.C. PSICHIATRIA (unità operativa allocata presso il Presidio Riuniti ma afferente all'ASP di RC),
- U.O.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE,
- U.O.S.D. REUMATOLOGIA.

B. 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:

- U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA,
- U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA,
- U.O.C. UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
- U.O.S.D. BLOCCO OPERATORIO,
- U.O.S.D. ENDOCRINOCHIRURGIA (non attiva).

C. 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:

- U.O.C. CARDIOLOGIA E U.T.I.C.,
- U.O.C. CARDIOCHIRURGIA,
- U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE,
- U.O.C. CHIRURGIA TORACICA,
- U.O.S.D. RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA.

D. 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

- U.O.C. CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO,
- U.O.C. EMATOLOGIA,
- U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA,
- U.O.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA,
- U.O.S.D. MICROCITEMIE - EMOSTASI E TROMBOSI,
- U.O.S.D. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA,
- U.O.S.D. BANCA DEL CORDONE.

E. 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

- U.O.C. NEUROLOGIA,
- U.O.C. NEUROCHIRURGIA,
- U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA,
- U.O.C. OCULISTICA,
- U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE.

F. 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:

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

G. 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

- U.O.C. RADIOLOGIA RIUNITI,
- U.O.C. MEDICINA NUCLEARE,
- U.O.C. FISICA SANITARIA,
- U.O.C. NEURORADIOLOGIA,
- U.O.S.D. RADIOLOGIA MORELLI.

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

- U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA,
- U.O.C. LABORATORIO ANALISI,
- U.O.C. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA,
- U.O.C. FARMACIA,
- U.O.S.D. CITOLOGIA DIAGNOSTICA PREVENZIONE TUMORI,
- U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE,
- U.O.S.D. GENETICA MEDICA.

Dipartimenti Funzionali:

A. 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:

- U.O.C. NEONATOLOGIA,
- U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA,
- U.O.C. PEDIATRIA.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

2.3 - Dati strutturali e di attività

Relativamente all'attività del biennio 2020-2021, come tutto il S.S.N., anche il G.O.M. ha subito gli effetti dell'epidemia da Covid-19, riconducibili a fatti che hanno stravolto l'organizzazione di tutte le aziende sanitarie:

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

Nella tabella successiva si rappresentano alcuni dati strutturali e di attività dell'Azienda (dati 2016-2021).

INDICATORI	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
NUMERO POSTI LETTO ORDINARI	509	509	509	513	525	537
NUMERO DIMESSI ORDINARI	20.559	21.264	20.944	19.858	15.987	16.060
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	149.870	154.394	158.845	155.875	127.409	134.281
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	72,07%	70,31%	71,66%	73,20%	74,79%	72,79%
% PAZIENTI >75 ANNI	20,26%	20,55%	20,89%	22,37%	21,92%	21,87%
DEGENZA MEDIA	6,83	7,26	7,58	7,85	7,28	8,36
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,12	1,16	1,21	1,27	1,56	1,50
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 "NEONATO SA	1,22	1,26	1,33	1,39	1,38	1,65
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	80,67%	83,10%	85,50%	83,25%	66,49%	68,51%
% RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	8,52%	9,94%	8,07%	6,52%	5,28%	5,94%
% DRG ALTA COMPLESSITA'	7,71%	8,60%	9,18%	9,63%	11,36%	12,14%
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	27,86%	26,30%	27,95%	30,03%	30,77%	33,24%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI	25,78%	25,57%	27,67%	27,16%	29,93%	29,20%
NUMERO POSTI LETTO DAY HOSPITAL	58	58	58	58	58	58
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	6.096	5.306	5.515	6.281	4.880	6.812
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	22.837	22.418	24.406	26.244	21.294	25.298
INDICE DI MORTALITA'	2,9	3,28	3,22	3,72	5,15	6,28
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	773.454	779.180	641.619	731.818	554.146	642.723
N. PAC/APA	9.795	9.765	9.913	13.106	12.174	15.562
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	68.719	70.875	70.585	72.634	63.668	62.843

(*) Dati 2021 ancora non consolidati alla data di pubblicazione del presente documento.

Tabella 1 – Dati strutturali e di attività.

2.4 - Il 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 31.12.2021 le risorse umane risultavano pari a n. 1.698 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	6	99	105
PROFESSIONALE	3	-	3
SANITARIO	455	922	1.377
TECNICO	-	213	213
Totale	464	1.234	1.698

Tabella 2 – Personale al 31.12.2021.

Analisi di genere

Dei complessivi n. 1.698 dipendenti n. 1.052 sono donne (61,96%) e n. 646 sono uomini (38,04%), con una netta prevalenza del genere femminile.

RUOLO	DIRIGENZA			COMPARTO			Totale complessivo
	F	M	TOT.	F	M	TOT.	
AMMINISTRATIVO	3	3	6	50	49	99	105
PROFESSIONALE	1	2	3	-	-	-	3
SANITARIO	225	230	455	652	270	922	1.377
TECNICO	-	-	-	121	92	213	213
Totale	229	235	464	823	411	1.234	1.698

Tabella 3 – Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2021.

Approfondendo l'analisi di genere, si riscontra che nei ruoli dirigenziali risultano presenti complessivamente n. 229 donne (49,35%) e n. 235 uomini (50,65%), mentre per il personale non dirigente risultano n. 823 donne (48,47%) e n. 411 uomini (24,20%).

2.5 - Dati Economici

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 - 2019 il risultato economico è stato positivo. Il bilancio di esercizio 2019, ultimo formalmente approvato ed ancora non oggetto di valutazione da parte della Regione Calabria, ha registrato un utile di esercizio di euro 11.947,14. Le perdite di esercizio contabili cumulate ancora da ripianare nei ventidue anni che vanno dalla costituzione dell'Azienda, 1.2.1995, al 31.12.2019 sono pari ad euro 25.995.520,35. Il Patrimonio Netto dell'Azienda, sempre al 31.12.2019, è positivo ed è pari ad euro 64.497.968,93. I tempi medi di pagamento dei debiti verso fornitori, pari a circa 105 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 diagnostica radiologica e di laboratorio. Per il quinto anno sono stati imputati anche i costi indiretti (pulizia, energia elettrica, riscaldamento, ristorazione, buoni pasto, lavanderia, ecc). 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 definitivi del triennio 2018 – 2020 e i dati ancora non consolidati relativi all’anno 2021:

PRESTAZIONI	ANNO 2018		ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.944	85.539.797	19.858	86.861.177	15.437	76.742.348	16.059	83.603.886
DAY HOSPITAL	5.515	7.359.477	6.281	7.701.952	5.286	6.789.381	6.812	7.982.284
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	641.619	16.786.693	731.818	19.885.001	564.192	16.874.016	642.723	21.013.449
FILE F		12.172.102		16.099.932		17.700.413		14.341.669
PRONTO SOCCORSO	70.585	11.827.928	72.634	12.171.279	63.668	10.668.847	62.843	8.108.210
TOTALE GENERALE		133.685.997		142.719.342		128.775.005		135.049.498

Tabella 5 – Dati di produzione.

I risultati raggiunti

Nel quadriennio 2017-2020, si sono ulteriormente dispiegati gli effetti del complicato quadro normativo, del nuovo contesto istituzionale e dell’ambiente operativo di riferimento dell’Azienda, delineato anche dal nuovo atto aziendale.

Durante il triennio è stato dato un forte impulso alle attività operative relative ad importanti investimenti accelerandone l’esecuzione che, per alcune opere, è stata completata. Con riferimento agli investimenti di edilizia sanitaria, va doverosamente segnalato come siano state attivate tutte le attività, finalizzate alla realizzazione degli interventi relativi al finanziamento di euro 52.250.000,00, approvato con l’ordinanza n. 26 del 25.9.2008 del Commissario per l'emergenza socio – economico - sanitaria nel territorio della Regione Calabria ai sensi della O.P.C.M. 21.12.2007, n. 3635, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 7 gennaio 2008, n. 5, *“Disposizioni urgenti di protezione civile dirette a fronteggiare l'emergenza socio – economico - sanitaria nel territorio della Regione Calabria”*.

Tali finanziamenti si riferiscono ad alcuni investimenti la cui realizzazione è indifferibile come il completamento del Presidio “Morelli” (collaudato nel 2020), la realizzazione della Morgue, ed altri già realizzati, come il “Centro Cuore” e la Cardiocirurgia, l’ampliamento del Pronto Soccorso, la realizzazione della PET, l’integrazione informatizzata di quattro sale operatorie, l’acquisto di attrezzature ed il potenziamento del Presidio “Riuniti”.

In tale contesto ambientale, l’Azienda ha consolidato alcuni importanti risultati, come si può rilevare dai principali indicatori di performance sanitaria ed economico-finanziari decisamente positivi.

2.6 - Analisi del contesto esterno

Territorio di riferimento

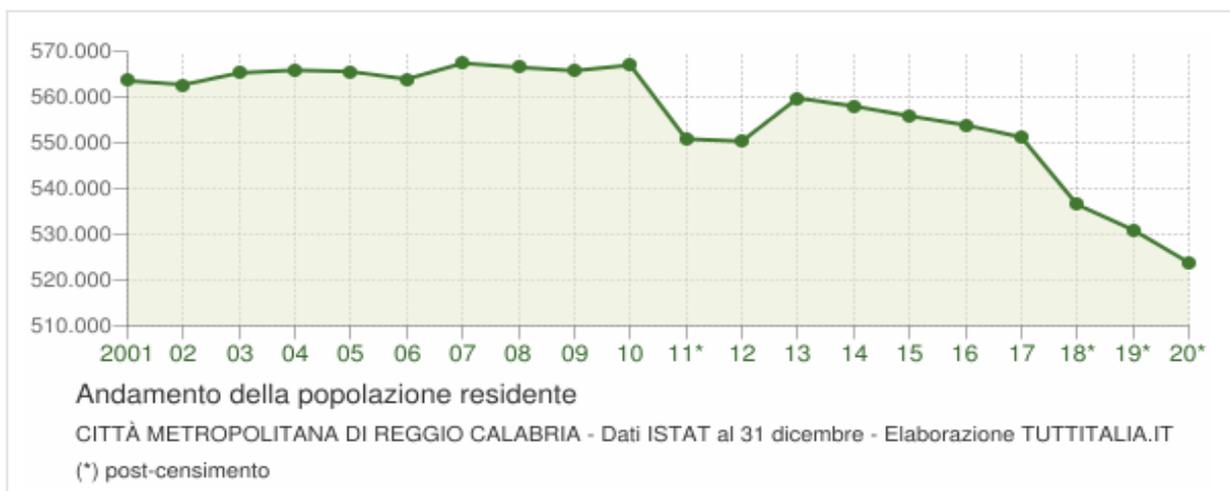
La Città Metropolitana di Reggio Calabria si estende su una superficie di 3.210,31 km² con una popolazione di 523.791 abitanti (dati ISTAT 01/01/2021) ed una densità di 163,16 ab./km².

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



Dati demografici

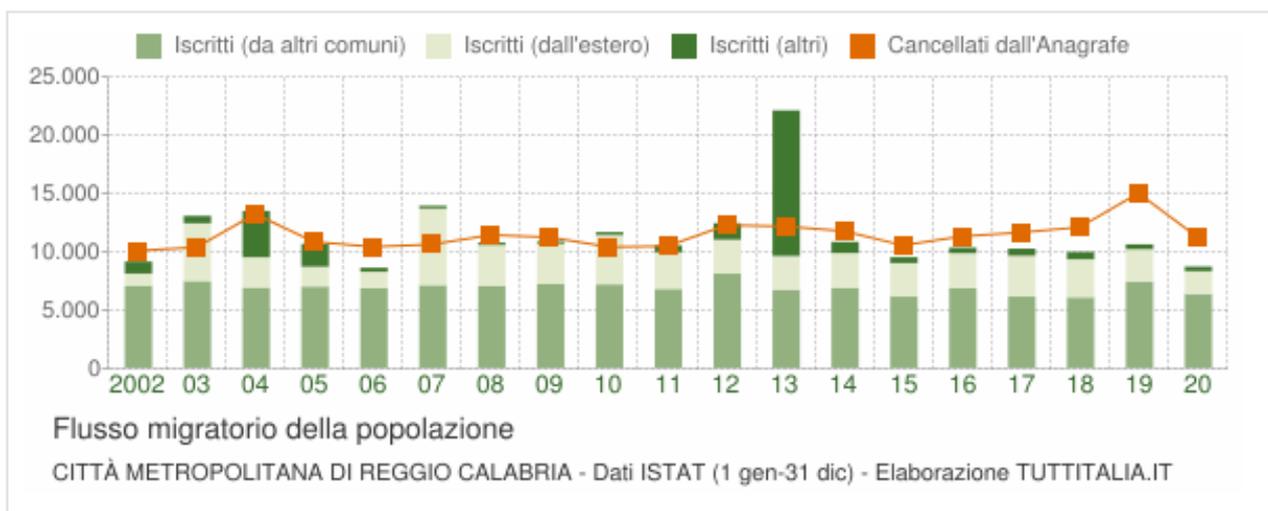
Andamento demografico della popolazione



Flusso migratorio della popolazione

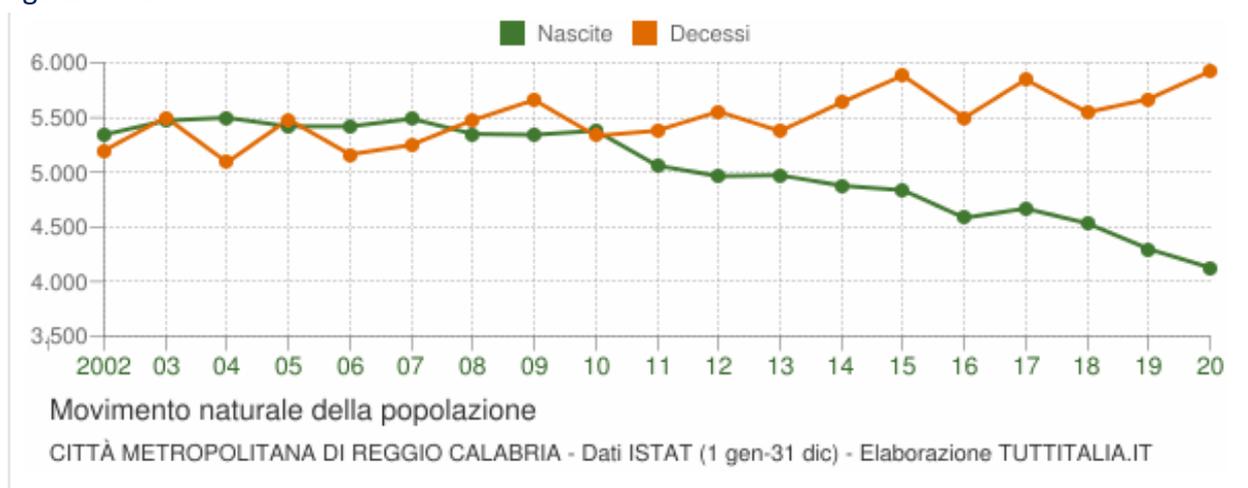
Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la città metropolitana di Reggio Calabria negli ultimi anni.

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).



Movimento naturale della popolazione

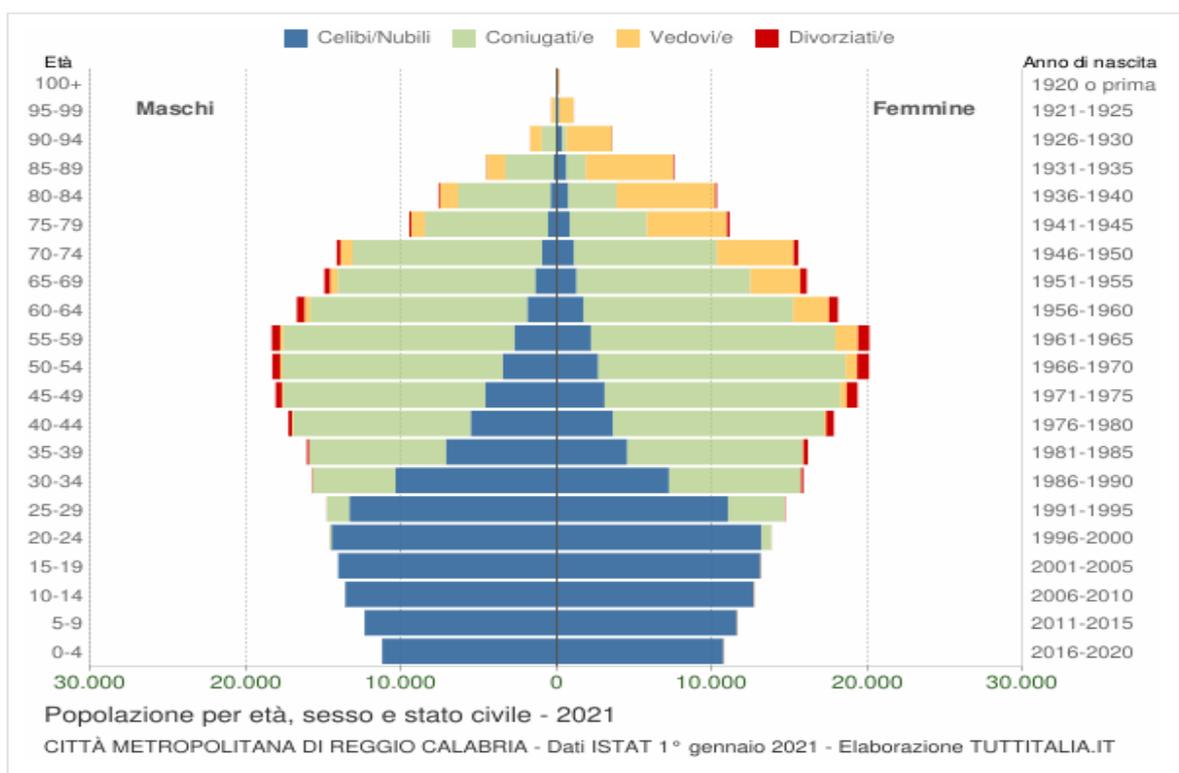
Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni.



Distribuzione della popolazione per fasce di età

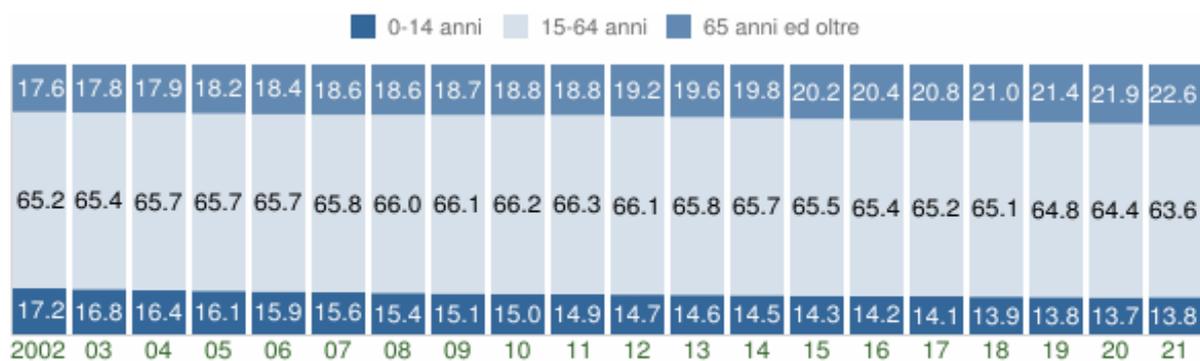
Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2020 e tiene conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

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



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

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



Struttura per età della popolazione (valori %)

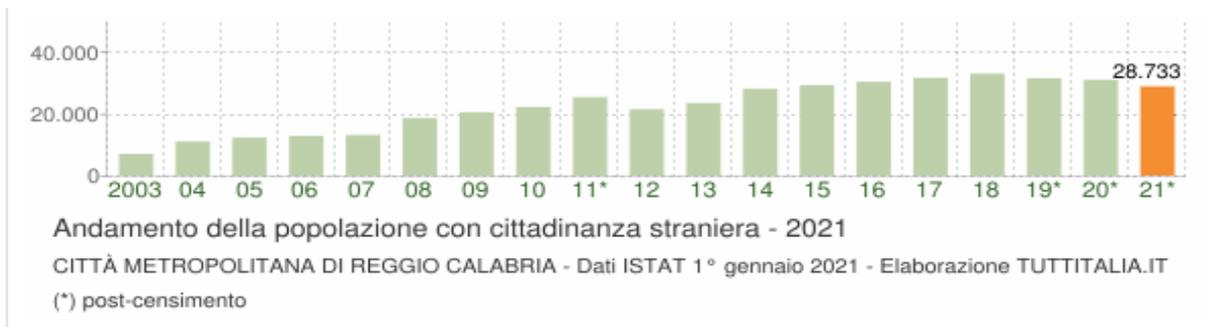
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

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

Tabella 6 – Indice di vecchiaia, natalità e mortalità.

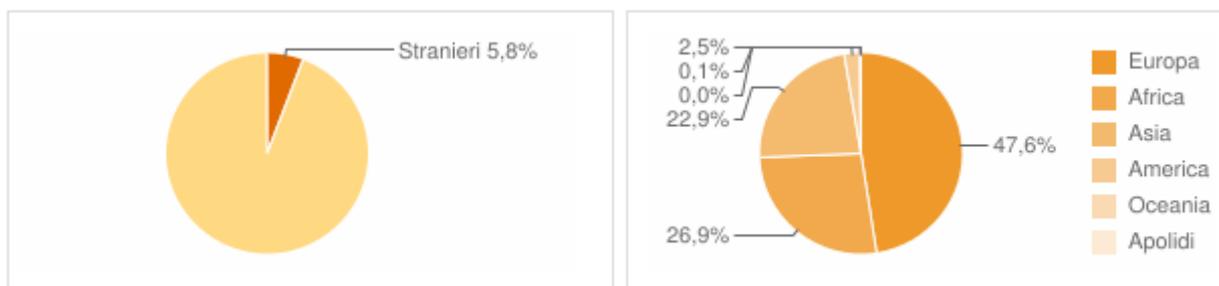
La popolazione straniera

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

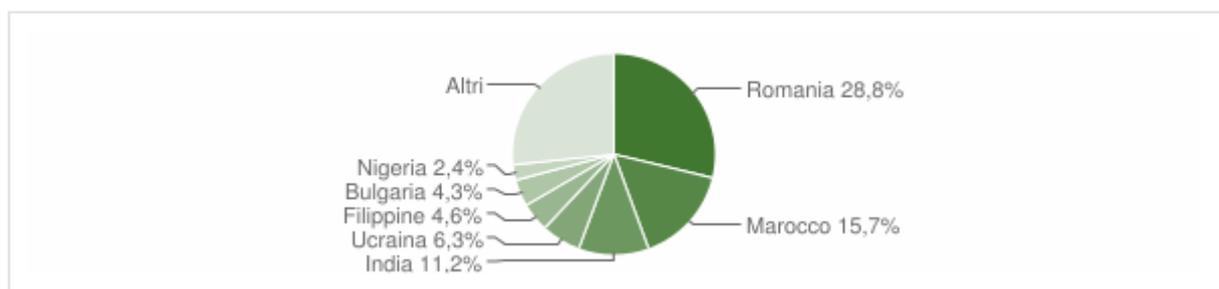


Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Reggio Calabria al 31/12/2019 sono, dunque, 30.902 e rappresentano il 5,8% della popolazione residente.

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 28,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (15,7%) e dall'**India** (11,2%).



Come si evince chiaramente dalle precedenti tabelle e dai grafici, la popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria ha subito un progressivo e lento cambiamento a causa della bassa natalità, aumento della età media e della migrazione. Il bacino di utenza, pertanto, richiede una maggiore intensità e qualità di servizi a fronte del peso della popolazione anziana, dei bisogni sanitari (anziani pluripatologici, pazienti fragili), del cambiamento del modello di offerta dei servizi (case management, integrazione sociosanitaria) nella prospettiva di reti integrate sul territorio.

Non vanno, inoltre, trascurati fenomeni quali disagio sociale, povertà e presenza di grandi anziani (più di 80 anni) che hanno una diretta ricaduta sulla domanda di servizi sanitari.

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

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda si è impegnata per assumere il ruolo di "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, tale da aumentare le capacità di risposta ai bisogni di salute e trattenere un maggior numero di utenti presso le proprie strutture contrastando i "fenomeni di fuga sanitaria" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria. Gli obiettivi programmati per il triennio 2022-2024 mirano a consolidare la posizione acquisita dall'Azienda e svilupparne ulteriormente la capacità di combinare la dimensione di ospedale ad elevata intensità e complessità tecnologica con quello di ospedale di riferimento per la comunità su prestazioni sanitarie di media - alta complessità ed in stretta integrazione con i servizi sanitari di base, la medicina di base e di comunità.

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

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

Rete Ospedaliera dell'Area Metropolitana di Reggio Calabria

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	43
				MATERNO INFANTILE	0	0	0	0
				POST ACUZIE	2			28
	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			6	54
				POST ACUZIE	2			8
	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.		CASA DI CURA PRIVATA	MATERNO INFANTILE			0	0
				POST ACUZIE	3			45
	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			5	35
	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			7	70
				POST ACUZIE	4			26
Pubblico	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'		CASA DI CURA PRIVATA	CHIRURGICA			3	30
				MEDICA	5			50
				POST ACUZIE	5			65
				sub totale privato	21	24	451	496
	A.S.P. di R.C.	DEA I Liv.	SPOKE	CHIRURGICA			13	97
				EMERGENZA-URGENZA				16
				MATERNO INFANTILE	4	6		100
				MEDICA	14			151
				MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI				0
				POST ACUZIE				30
			SUPPORTO				0	
			TERAPIE INTENSIVE	1			36	
		Osp. P.S.	Ospedale Generale	CHIRURGICA		10	60	
			EMERGENZA-URGENZA				0	
			MATERNO INFANTILE		1		9	
			MEDICA	11			51	
			MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI				0	
			POST ACUZIE				25	
			SUPPORTO				0	
			totale ASP R.C.	30	30	575	635	
Grande Ospedale Metropolitan di R.C.	DEA II Liv.	HUB	CHIRURGICA			13	156	
			EMERGENZA-URGENZA				20	
			MATERNO INFANTILE	2	4		105	
			MEDICA	37			199	
			MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI				0	
			POST ACUZIE				15	
			SUPPORTO				0	
			TERAPIE INTENSIVE	2			37	
			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	MATERNO 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
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	0	167
			totale ASP R.C.	180	16	120	227	0	55	0	37	635
	Grande Ospedale Metropolitan di R.C.	DEA II Liv.	HUB	169	20	111	236	0	15	0	39	590
			sub totale pubblico	169	20	111	236	0	15	0	39	590
			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.

2.7 - Analisi del contesto interno

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

AREA	Presidio	Cod.	Disciplina	Day Hospital	Day Surgery	Degenza ordinaria	Posti letto totali
CHIRURGICA	Riuniti	07	CARDIOCHIRURGIA	-	-	20	20
	Riuniti	09	CHIRURGIA GENERALE	-	2	28	30
	Riuniti	13	CHIRURGIA TORACICA	-	1	14	15
	Riuniti	14	CHIRURGIA VASCOLARE	-	1	19	20
	Riuniti	30	NEUROCHIRURGIA	-	1	19	20
	Riuniti	34	OCULISTICA	-	-	2	2
	Riuniti	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	2	28	30
	Riuniti	38	OTORINOLARINGOIATRIA	-	4	6	10
	Riuniti	43	UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	2	18	20
	Riuniti	48	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	-	2	2
EMERGENZA-URGENZA	Riuniti	51	MEDICINA D'URGENZA	-	-	20	20
MATERNO-INFANTILE	Riuniti	31	NIDO	-	-	20	20
	Riuniti	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	4	32	36
	Riuniti	39	PEDIATRIA	1	-	19	20
	Riuniti	62	NEONATOLOGIA	1	-	16	17
	Riuniti	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2	-	4	6
	Riuniti	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	-	10	10
TERAPIE INTENSIVE	Riuniti	49	TERAPIA INTENSIVA	-	-	14	14
	Morelli	49	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	2	-	8	10
	Riuniti	49	TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA			12	12
	Riuniti	50	UNITA' CORONARICA	-	-	15	15
MEDICA	Riuniti	02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	12	-	-	12
	Riuniti	08	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	2	-	22	24
	Morelli	18	EMATOLOGIA	8	-	24	32
	Riuniti	21	GERIATRIA	-	-	10	10
	Riuniti	24	MALATTIE INFETTIVE	-	-	27	27
	Morelli	26	MEDICINA GENERALE	-	-	35	35
	Riuniti	29	NEFROLOGIA	-	-	18	18
	Riuniti	32	NEUROLOGIA CON STROKE UNIT	-	-	20	20
	Riuniti	40	PSICHIATRIA	-	-	8	8
	Riuniti	58	GASTROENTEROLOGIA (*)	-	-	6	6
	Morelli	64	ONCOLOGIA	13	-	17	30
	Riuniti	68	PNEUMOLOGIA	-	-	27	27
Riuniti	97	DETENUTI	-	-	2	2	
POST ACUZIE	Riuniti	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE (*)	-	-	10	10
				41	17	552	610

Nella valutazione del contesto interno 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.
- **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. Nell'anno 2020 il polo Oncoematologico ha avviato, presso il presidio Morelli, le proprie attività. In particolare con il nuovo C.T.M.O., l'Ematologia e l'Oncologia con i relativi Day Hospital ed ambulatori è stato di fatto creato un centro d'avanguardia che proietta il GOM, unitamente alla Terapia cellulare ed al Car-T, in un processo virtuoso di innovazione sanitaria. Inoltre, Il G.O.M. ha aderito ad una iniziativa dell'INAIL che garantirà il completamento del polo oncoematologico con la realizzazione della nuova Radioterapia, della Fisica Sanitaria dell'Oncoematologia Pediatrica e di nuovi servizi per il Polo Oncoematologico.
- **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 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 18.813.782,74. Con tale decreto, modificato con il DCA 141/2020, una volta ammesso al finanziamento definitivo da parte del ministero della Salute, il GOM si doterà di 3 TAC, 3 RMN, 1 Acceleratore lineare, 1 gamma Camera, 4 Angiografo ed 1 Mammografo.

Il GOM è rientrato anche nell'accordo di programma stipulato tra Regione e Ministero per l'acquisto di un Angiografo Biplanare (Vedi BURC n. 65 del 14/6/2019).

Inoltre con il DCA n. 97/2020, nell'ambito dei programmi di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni del Mezzogiorno, è stata approvata la fornitura di un ulteriore acceleratore lineare e dopo l'ammissione al finanziamento si sta procedendo all'espletamento della procedura di gara a cura della Struttura Commissariale governativa.

Inoltre con DCA n. 91/2020 successivamente modificato con il DCA n. 104/2020 il GOM è stato autorizzato a realizzare 20 posti letto di Terapia intensiva e 27 posti letto di sub intensiva per l'emergenza COVID19 e si è in attesa che il Ministero e la Regione comunichino la definitiva allocazione di tali posti letto che saranno parte integrante dell'edificio pandemico del GOM.

Infine si è in attesa dell'ammissione al finanziamento, nell'ambito del PNRR, di ulteriori 39 apparecchiature (2 TAC, 1 mammografo, 29 ecotomografi, 5 telecomandati, 1 Ortopantomografo ed 1 sistema digitale diretto polifunzionale).

- **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 è stata destinataria di un investimento INAIL per 180 milioni di euro – concernente 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. Per tale iniziativa è stato affidato dalla Regione Calabria l'incarico di progettazione e sono iniziate le relative fasi. L'obiettivo è quello di consegnare la progettazione all'INAIL entro il 2022 per consentire l'espletamento delle procedure di gara e il successivo avvio dei lavori. Il progetto, come detto, prevederà tutte le funzioni allocate presso il presidio Morelli, ottimizzando funzioni e spazi cercando di dare un taglio innovativo sotto il profilo strutturale, impiantistico, energetico e tecnologico così come è auspicabile per un ospedale del 21° secolo. In tale nuovo ospedale saranno in particolare ampliati notevolmente i servizi dell'area operatoria e del day surgery.
- **Ristrutturazioni necessarie presso il Riuniti.** In attesa della realizzazione del nuovo Ospedale, tuttavia, sono in corso i lavori di:
 - realizzazione di due nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia al piano del Dipartimento Materno Infantile. E' stato, infatti, richiesto un apposito cofinanziamento alla Regione Calabria di € 800.000 per le sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia (in regime di cofinanziamento);
 - adeguamento antincendio;
Sono in programma i seguenti interventi:
 - ristrutturazione del reparto di Chirurgia Vascolare;
 - ristrutturazione del reparto di Nefrologia;
 - adeguamento sismico dell'edificio A

Inoltre, sono stati realizzati diversi documenti preliminari alla progettazione e richiesto il relativo finanziamento alla Regione, di seguito si indicano quelli ancora attuali:

- Realizzazione dell'Edificio dedicato all'emergenza pandemica;
- Progetto per la ristrutturazione e adeguamento del reparto di degenza per malattie infettive del Presidio "Riuniti" - Azioni di contrasto alle malattie infettive e diffuse;
- Progetto per la realizzazione del nuovo Day Surgery del Presidio "Riuniti";
- Estensione della U.O.C. di Microbiologia virologica al piano terra del corpo "Q" e ristrutturazione della stessa al piano terra del corpo "P" del Presidio "Riuniti";
- Progetto per la realizzazione del nuovo reparto di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza (MCAU) e della nuova sala operatoria d'urgenza adiacenti al Pronto Soccorso del Presidio "Riuniti";
- Adeguamento antincendio del Presidio "Riuniti";
- Rifacimento e messa a norma del tunnel basso e dei percorsi sanitari principali del Presidio "Riuniti";

- Messa a norma del percorso di emergenza all'interno del Presidio "Riuniti";
- Progetto per l'ampliamento dei locali del SIT del Presidio "Riuniti" per la realizzazione del percorso donazionale;
- Progetto OORR45 - Lavori di realizzazione delle degenze di Chirurgia presso l'ex reparto di Medicina d'Urgenza, ubicato al terzo piano nel corpo "B" del Presidio "Riuniti";

Inoltre sono in corso di definizione le procedure per la consegna dei lavori per la realizzazione del nuovo C.U.P. e sale prelievi al piano terra del blocco B del P.O. "E. Morelli" ed è in fase di aggiudicazione l'intervento di "Realizzazione di un laboratorio per la preparazione di farmaci antitumorali (U.F.A.) presso il P.O. "Morelli".

- **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.
- **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**. Sono stati ultimati i lavori per la realizzazione dei nuovi ambulatori dedicati alla libera professione intramuraria presso il Presidio "Morelli" in applicazione della normativa vigente e del 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.
- **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 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.

3. LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

3.1 - Programma Operativo Regionale e Obiettivi Strategici

Con Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 57 del 26 febbraio 2020, è stato approvato il "*Programma Operativo 2019-2021*", ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i., documento di indirizzo regionale che mira a portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico.

Il Programma Operativo 2019-2021 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 2022-2024*", 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.

3.2 - 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.

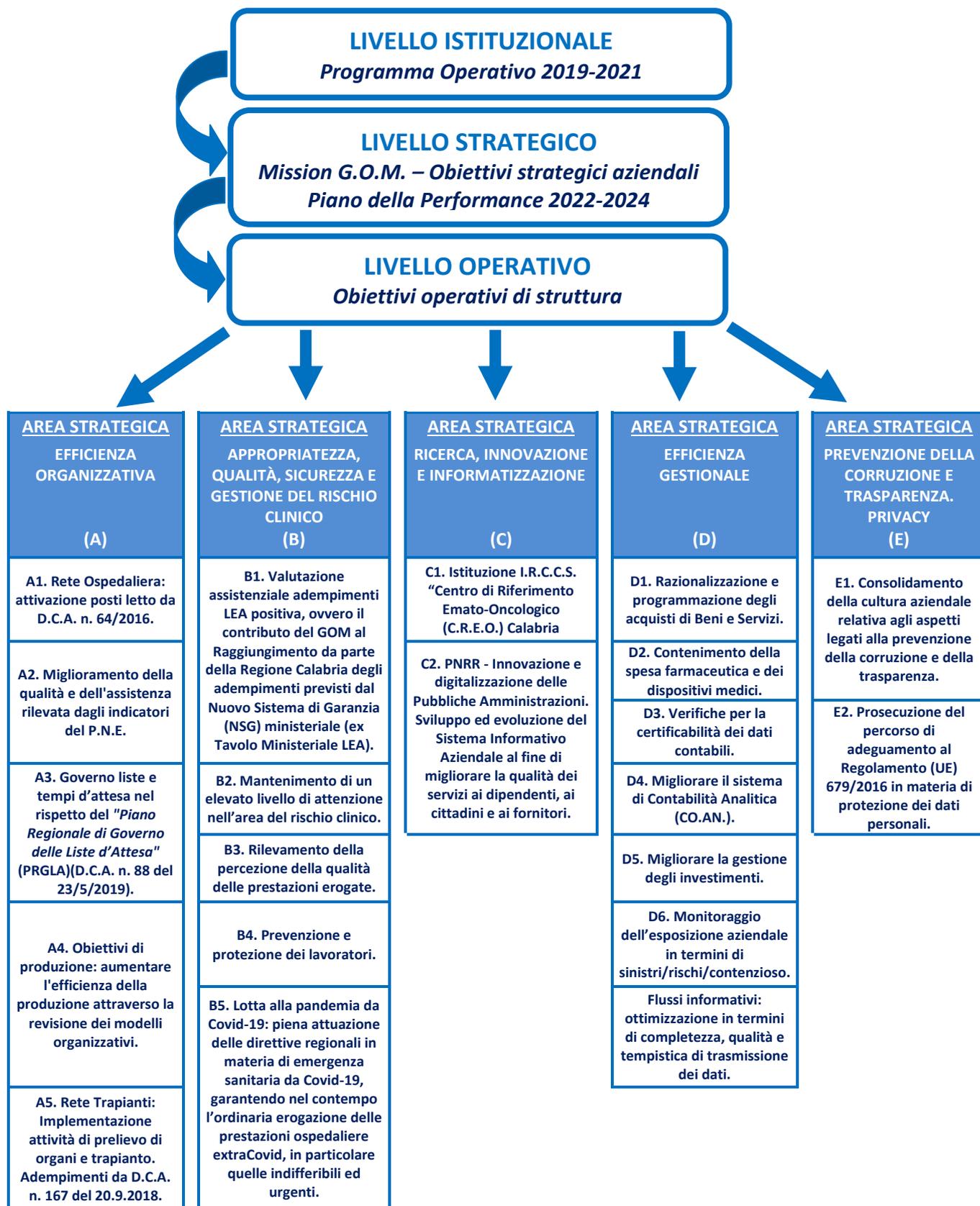


Tabella 9 - Albero della Performance.

4. LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

4.1 - Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali

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

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

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 2022.

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

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.

4.2 - 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.

5. COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI

5.1 - Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Con il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge n. 113 del 6 agosto 2021, nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, è stato introdotto il *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (PIAO), documento di programmazione unico che unirà, tra l'altro, il Piano della Performance e il Piano dell'Anticorruzione. Il PIAO dovrà essere adottato annualmente entro il 31 gennaio ma tale termine, con il decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 (cd. Decreto Milleproroghe), in sede di prima pubblicazione è stato posticipato al 30 aprile 2022.

Il Piano definisce, tra l'altro, gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla Corruzione secondo quanto previsto dalla legge n. 190/2012 e in conformità agli indirizzi adottati da ANAC con il PNA.

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

Per rendere strutturale ed evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione si conferma, anche per il triennio 2022-2024, all'interno del sistema di misurazione e valutazione della performance una specifica "Area della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" (cfr. paragrafo Albero della Performance), che consente di focalizzare l'attenzione su quest'importante ambito di attività.

Per informazioni più complete e dettagliate, e per gli aggiornamenti annuali, si rinvia al "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione" e soprattutto al processo di budget, in cui sono

inseriti annualmente gli obiettivi assegnati ai Direttori/Responsabili di Centri di Responsabilità, garantendo così l'allineamento costante tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance come previsto dalla normativa.

5.2 - Collegamento con il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)

Le disposizioni riguardanti il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione sono rimaste per lungo tempo inattuata o poco considerate. L'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Sars-CoV2, tutt'ora in corso, ha provocato una brusca accelerazione del ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile, che rappresenta una modalità organizzativa di lavoro disciplinata, come detto, già da tempo nel nostro ordinamento.

Con l'emergenza sanitaria, infatti, le amministrazioni sono state costrette a considerare il lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione, da attuarsi in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa (es: accordo individuale, adozione di atti organizzativi interni che definiscano le regole per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, ecc.).

Nell'epoca emergenziale epidemiologica da Covid-19 il lavoro agile/smart working è divenuto, pertanto, la modalità necessitata e ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017, prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui agli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Nel caso dell'Azienda Ospedaliera è evidente che non tutti i dipendenti possono beneficiare delle opportunità offerte della nuova normativa: la loro applicazione è, infatti, possibile solo laddove siano individuabili ruoli e funzioni pienamente compatibili con le modalità lavorative del Lavoro Agile e dove la possibilità di conciliare al massimo il binomio vita/lavoro non sia in contrasto con la missione tipica aziendale, ma possa eventualmente favorirla.

A grandi linee si può intuire come forme di flessibilità siano ben applicabili in molte aree di attività dei servizi di supporto, mentre non sono applicabili nelle aree preposte all'attività di produzione.

In particolare, restano escluse dalla possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa "agile" le attività socio-assistenziali e di cura implicanti contatto diretto con i pazienti o le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile in modalità remota, mentre possono accedere al lavoro agile quelle figure professionali, prevalentemente impiegate nei servizi di supporto (gestione del personale, approvvigionamenti, bilancio e ragioneria) che con la produzione vera e propria hanno poco a che fare ma che sono tuttavia essenziali nella gestione dell'intero ciclo del servizio.

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

Il paradigma di tale trasformazione è il concetto di "smart working", da intendere come una cultura del lavoro che dedica maggiore attenzione ai risultati e meno alla presenza fisica, il quale è

stato tradotto con la locuzione italiana di "lavoro agile" e definisce una modalità lavorativa dove la priorità viene data al risultato della prestazione del lavoratore piuttosto che alla sua effettiva presenza sul posto di lavoro.

L'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Sars-CoV2, tutt'ora in corso, ha provocato anche presso il G.O.M. il ricorso a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotte al lavoro agile.

Nelle tabelle seguenti si riporta in maniera sintetica un primo report relativo al personale che ha svolto attività in smart working nel periodo pandemico marzo -dicembre 2020.

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

L'approccio proposto è, infatti, quello di un'applicazione progressiva e graduale del lavoro agile, in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all'amministrazione, che deve elaborare un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Il POLA, quindi, in quanto atto programmatico che definisce obiettivi organizzativi legati alla revisione dei modelli di organizzazione del lavoro, richiede l'individuazione di specifici obiettivi, con correlati indicatori e target, di breve, medio e lungo periodo.

L'Azienda, stante il perdurare dell'emergenza pandemica, ha inserito nel presente Piano della performance un programma di interventi da attivare nel triennio considerato al fine di regolamentare la modalità di lavoro agile in regime ordinario, da aggiornare in rapporto allo sviluppo del quadro normativo, secondo la logica di scorrimento programmatico del Piano della performance.

Il programma di interventi realizzati nel corso dell'anno 2021 è stato finalizzato alla verifica e definizione di alcuni aspetti propedeutici alla stesura del piano operativo del lavoro agile da completare nell'anno 2022 e da aggiornare nel 2023 sulla base dell'evoluzione della normativa in materia e dei risultati emersi dal monitoraggio periodico, secondo seguente programma:

▪ **Anno 2022:**

- mappatura delle attività da svolgere nella forma di lavoro agile nelle UU.OO. interessate;
- attività formativa del personale individuato sul lavoro agile;
- verifica ed adeguamento dei sistemi di collegamento alla rete ed ai software aziendali;
- approvazione regolamento sul lavoro agile e schema di accordo individuale;

▪ **Anno 2023**

- approvazione del Piano Operativo del Lavoro Agile;
- monitoraggio trimestrale degli indicatori previsti dal documento, predisposti in accordo a

quanto stabilito dalle “Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di Performance (Dipartimento della Funzione Pubblica - dicembre 2020 versione 1);

- Verifica di eventuali criticità e relative azioni correttive;
- Attuazione in forma ordinaria del lavoro agile.

▪ **Anno 2024**

- Piena operatività del POLA ed aggiornamento dello stesso in rapporto alle ulteriori disposizioni e direttive nazionali e regionali in materia ed ai risultati del monitoraggio.

5.3 - Collegamento con il Piano delle Azioni Positive

L'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Si tratta di un organismo che sostituisce, unificandone le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico per il contrasto del fenomeno del mobbing, ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dirigente e non dirigente. Nell'amministrazione di competenza, il Comitato Unico di Garanzia esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica e persegue i seguenti obiettivi:

- assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici;
- garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica o di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione
- anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il C.U.G., sulla base di uno specifico Regolamento interno, svolge una funzione propositiva, consultiva e di verifica ai fini della promozione e del potenziamento delle azioni dirette a favorire la pari dignità e l'uguaglianza sostanziale del lavoro tra uomini e donne, rimuovere e prevenire ogni forma di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, alla disabilità, alla religione, alla lingua nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, attuare politiche di conciliazione vita/lavoro, migliorare il benessere lavorativo e prevenire il disagio lavorativo.

ALLEGATI:

Allegato 1) Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi ai fini della negoziazione del Budget anno 2022.

Allegato 1) Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi ai fini della negoziazione del Budget anno 2022

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	VALORE ATTESO ANNO 2022
(A) EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	A1	Attivazione posti letto da D.C.A. n. 64/2016 (Gastroenterologia, Geriatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale)	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Gastroenterologia, Geriatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale.	A1.1	Attivazione dei posti letto di degenza ordinaria previsti dalla rete ospedaliera regionale ed autorizzati con D.C.A. n. 64/2016, D.C.A. n. 91/2020 e D.C.A. n. 104/2020: n. 6 di Geriatria, n. 10 di Recupero e Riabilitazione Funzionale e n. 6 di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.	Attivazione posti letto.
	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	A2.1	Inserimento della 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.	Miglioramento delle criticità di alcuni indicatori rilevati negli anni precedenti. Auditing clinico e organizzativo.
	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.	A3.1	Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali oggetto di rilevazione nel PNGLA 2019-2021.	Monitoraggio delle prestazioni.
				A3.2	Stratificazione delle Agende CUP secondo Classi di priorità per le prestazioni indicate nel PRGLA.	Implementazione delle agende CUP secondo classi di priorità e monitoraggio % prestazioni prenotate su totali erogate.
				A3.3	Implementazione 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.	A4.1	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.
				A4.2	Implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo tale da soddisfare le domande e ridurre la mobilità sanitaria passiva.	% interventi chirurgici di alta complessità.
	A5	A5. Rete Trapianti: Implementazione attività di prelievo di organi e trapianto. Adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	A5.1	Raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati con il D.C.A. n. 167 del 20.9.2018.	Raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati con il D.C.A. n. 167 del 20.9.2018.

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2022
(B) APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	B1	B1. Valutazione assistenziale adempimenti LEA positiva, ovvero il contributo del GOM al Raggiungimento da parte della Regione Calabria degli adempimenti previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ministeriale (ex Tavolo Ministeriale LEA).	UU.OO. di degenza, U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero.	B1.1	Mantenimento della degenza media entro lo standard di riferimento indicato nel D.M. 2 aprile 2015 n. 70.	Monitoraggio appropriatezza dei ricoveri. Mantenimento degenza media ≤ 7 giorni.
				B1.2	Mantenimento del tasso di utilizzo dei posti letto ≥85%.	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%
				B1.3	Miglioramento appropriatezza delle degenza media preoperatoria.	Degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno
				B1.4	Riduzione percentuale Day Hospital medici diagnostici.	≤ 20 %
				B1.5	Riduzione dei 108 DRG potenzialmente inappropriati.	≤ 12 %
	B2	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, U.O.C. Programmazione e Controllo di gestione e S.I.A., UU.OO. Sanitarie.	B2.1	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.
				B2.2		Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi e n. 4 audit.
				B2.3	Monitoraggio dell'utilizzo della piattaforma Clinic WorkBench, in grado di ridurre gli errori umani, per la prescrizione delle chemioterapie.	Monitoraggio.
	B3	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Sanitarie.	B3.1	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate: avviare la raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.	Avvio della raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.
	B4	Prevenzione e protezione dei lavoratori.	Direzione Medica di Presidio, SPP, UU.OO.	B4.1	Adempimenti di cui al D. Lgs. n. 81/08 e ss.mm.ii..	Attuazione adempimenti di cui al D. Lgs. n. 81/08 e ss.mm.ii..
B5	Lotta alla pandemia da Covid-19: piena attuazione delle direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo nel contempo l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere extraCovid, in particolare quelle indifferibili ed urgenti.	Direzione Medica di Presidio, UU.OO.	B5.1	Lotta alla pandemia da Covid-19: piena attuazione delle direttive regionali in materia di emergenza sanitaria da Covid-19, garantendo nel contempo l'ordinaria erogazione delle prestazioni ospedaliere extraCovid, in particolare quelle indifferibili ed urgenti.	Attuazione adempimenti.	

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2022
(C) IRICERCA, INNOVAZIONE E INFORMATIZZAZIONE	C1	Istituzione I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria	Area Clinica, Area Laboratoristica, Direzione Medica di Presidio, Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Farmacia.	C1.1	Il G.O.M. attraverso il riconoscimento dell'IRCCS si propone di integrare e potenziare le diverse professionalità già presenti in una prospettiva sinergica di integrazione e progettualizzazione e valorizzazione del personale coinvolto, sempre in un'ottica di miglioramento e umanizzazione del percorso di cure emato-oncologiche e terapie cellulari, genomiche ed immunoterapiche.	Prosecuzione delle attività di collaborazione tra le diverse componenti cliniche, laboratoristiche e dei servizi finalizzate al riconoscimento dell'IRCCS "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria".
	C2	PNRR. Innovazione e digitalizzazione delle Pubbliche Amministrazioni. Sviluppo ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo al fine di migliorare la qualità dei servizi ai dipendenti, ai cittadini e ai fornitori.	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Direzione Medica di Presidio, Farmacia, UU.OO. Sanitarie.	C2.1	Implementazione della cartella clinica elettronica.	Estensione dell'utilizzo della CCE su tutte le unità operative.
				C2.2	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.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Direzione Medica di Presidio.	C2.3	Implementazione "Portale del Cittadino": componente applicativa integrata con il software Areas di Gestione CUP/Casse, consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la fruizione dei servizi sanitari da parte del paziente. In particolare mediante il Portale è possibile prenotare le prestazioni, disdire e modificare una prenotazione.	Componente "Portale del Cittadino" attivato.
				C2.4	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.	Trasmissione referti di laboratorio al F.S.E.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione.	C2.5	Implementazione "Portale del Dipendente": componente applicativa integrata con il software Areas di Gestione Economica e Giuridica del personale che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i dipendenti del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	Componente attivata.
				C2.6	Normalizzazione/integrazione del modulo PERSWEB con AREAS AMC.	Normalizzazione/integrazione del modulo PERSWEB con AREAS AMC.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Provveditorato Economato e Gestione Logistica	C2.7	Implementazione "Portale del Fornitore": componente applicativa integrata con il software Areas Amministrativo Contabile che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i fornitori del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	Componente attivata.
			Provveditorato Economato e Gestione Logistica	C2.8	Utilizzo del modulo fascicolo elettronico di liquidazione fatture al fine di ridurre ITP.	Modulo informatico utilizzato.
			Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	C2.9	Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.	Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2022
(D) EFFICIENZA GESTIONALE	D1	Razionalizzazione e programmazione degli acquisti di Beni e servizi.	Provveditorato Economato e Gestione Logistica	D1.1	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.
			Provveditorato Economato e Gestione Logistica	D1.2	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.
	D2	Contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici.	Direzione Medica di Presidio, UU.OO. Sanitarie e Farmacia	D2.1	Allineamento del consumo di farmaci biosimilari alla media nazionale.	Incremento percentuale dell'utilizzo dei farmaci biosimilari > 5%.
				D2.2	Adozione di misure di monitoraggio della prescrizione di farmaci innovativi.	% della spesa per farmaci innovativi sulla spesa totale.
				D2.3	Contenimento della spesa per dispositivi medici.	Monitoraggio della attuazione delle procedure informatiche relative alla logistica, alla gestione dei magazzini e alla prescrizione informatizzata ai fini della tracciabilità dei percorsi dalla fase di stoccaggio a quella di utilizzo.
	D3	Verifiche per la certificabilità dei dati contabili.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	D3.1	Circularizzazione dei crediti.	Avvio procedure di circularizzazione dei crediti.
			Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	D3.2	Circularizzazione dei debiti.	Avvio procedure di circularizzazione debiti.
	D4	Migliorare il sistema di Contabilità Analitica (CO.AN.).	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	D4.1	Migliorare il sistema di contabilità analitica, tale da renderlo ancora più funzionale e realmente applicabile all'interno dell'Azienda.	Sviluppo di un sistema di reportistica a supporto del Controllo di Gestione finalizzato alla rendicontazione dettagliata di dati di produzione ed economici per singolo CdR. Aggiornamento dei criteri di ribaltamento.
	D5	Migliorare la gestione degli investimenti.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	D5.1	Monitoraggio programmi di investimento.	Utilizzo del modulo "Gestione Progetti" del progetto SEC-SISR.
	D6	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso.	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, Avvocatura	D6.1	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso attraverso l'utilizzo del modulo SEC/SISR per la Gestione del Contenzioso.	Modulo informatico utilizzato.

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2022
(D) EFFICIENZA GESTIONALE	D6	Flussi informativi: ottimizzazione in termini di completezza, qualità e tempistica di trasmissione dei dati.	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., UU.OO. di degenza.	D6.1	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica.	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica: raggiungimento del valore soglia previsto del 100% delle SDO validate sul SISR.
			U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, U.O.C. Neonatologia.	D6.2	Miglioramento dei flussi legati ai percorsi di Gravidanza e Nascita (controlli incrociati dei dati trasmessi attraverso i flussi SDO, CEDAP, ISTAT, Malformazioni Congenite).	Dati CEDAP coerenti con la fonte informativa SDO: raggiungimento del valore soglia previsto dagli adempimenti LEA (> 98%).
				D6.3		Dati modelli ISTAT D.11 "Aborto Spontaneo" e modelli ISTAT D.12 "IVG" coerenti con il flusso SDO: raggiungimento del valore 100%.
				D6.4		Dati delle Malformazioni Congenite coerenti con il flusso SDO ed il flusso CEDAP: raggiungimento del valore 100%.
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Farmacia, U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	D6.5	Miglioramento della qualità e completezza dei flussi informativi di farmacia.	Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei seguenti flussi informativi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali - Distribuzione diretta di farmaci - Dispositivi Medici Consumi; - Dispositivi Medici Contratti.
				D6.6	Monitoraggio trimestrale dell'adempimento LEA C14-C15:	Monitoraggio trimestrale adempimento LEA C14-C15: coerenza tra i dati del Conto Economico ed i seguenti flussi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali - Distribuzione Diretta di farmaci - Dispositivi Medici Consumi; - Dispositivi Medici Contratti.

AREA	COD	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	COD	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO	VALORE ATTESO ANNO 2022
(E) PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA. 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.	E1.1	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.
				E1.2	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.
				E1.3	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.
				E1.4	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.
				E1.5	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.
	E2	Prosecuzione del percorso di adeguamento al Regolamento (UE) 679/2016 in materia di protezione dei dati personali.	UU.OO. Sanitarie ed Amministrative.	E2.1	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.

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";
- 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 14/03/2013, 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);
- D.C.A. 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".
- D.C.A. 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 del 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";
- D.C.A. n. 57 del 26 febbraio 2020, è stato approvato il "Programma Operativo 2019-2021", ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 63 del 29/1/2021 "Piano della Performance 2021-2023";
- Delibera del Commissario Straordinario n. 185 del 30.3.2021 "Aggiornamento Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza 2021-2023 (PTPCT)";
- Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia";

- Legge 6 agosto 2021, n. 113 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*;
- Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228 *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*;
- Disposizioni di carattere nazionale e regionale emanate per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19.