



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022

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

SOMMARIO

PREMESSA	4
1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE	5
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	7
2.1 Scheda anagrafica dell’Azienda	7
2.2 Analisi del contesto esterno	8
2.2.1 Territorio di riferimento	8
2.2.2 Dati demografici	9
2.2.3 Rete Ospedaliera	13
2.3 L’Azienda	16
2.3.1 Organigramma	18
2.3.2 Dati strutturali e di attività	26
2.3.3 Analisi del contesto interno	27
2.3.4 Risorse umane	31
2.4 Gli indicatori di performance	36
2.5 Qualità delle cure	48
2.6 L’evoluzione dei ricavi e del valore della produzione	53
2.7 Attività messe in atto dall’Azienda per il contenimento del rischio biologico Covid-19 correlato	55
2.8 Attività tecniche	56
2.9 Risorse, Efficienza ed Economicità	57
2.10 Segnalazioni cittadini-utenti	60
3. OBIETTIVI	61
3.1 Albero della performance	61
3.2 Obiettivi strategici	64
3.3 Obiettivi Individuali	66
4. LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	67
4.1 - Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali	67
4.2 - Il sistema incentivante	70
5. COLLEGAMENTO CON ALTRI PIANI	70
5.1 - Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	70
5.2 - Collegamento con il Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)	71
6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	73

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.....	73
6.2 Il processo di valutazione del personale.	73
6.3 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	75

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 DELLA RELAZIONE

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

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

Con il Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 *“Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”*, tale termine è stato ulteriormente prorogato dal 30 aprile al 30 giugno 2022. In sede di prima applicazione, il termine è slittato a 120 giorni dall’approvazione del Bilancio.

Pertanto, nelle more della predisposizione e adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), l’Azienda ha ritenuto di dover procedere alla formale adozione, con la delibera n. 71 del 31.1.2022 del Direttore Sanitario Aziendale f.f. nella qualità di Rappresentante Legale pro tempore, del *“Piano della Performance 2022-2024”*,.

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 <https://gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente//performance.html>.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Scheda anagrafica dell'Azienda

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

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

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

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

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

2.2 Analisi del contesto esterno

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

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

2.2.1 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.



2.2.2 Dati demografici

Andamento demografico della popolazione



Grafico 1 – Andamento della popolazione residente.

Flusso migratorio della popolazione

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

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

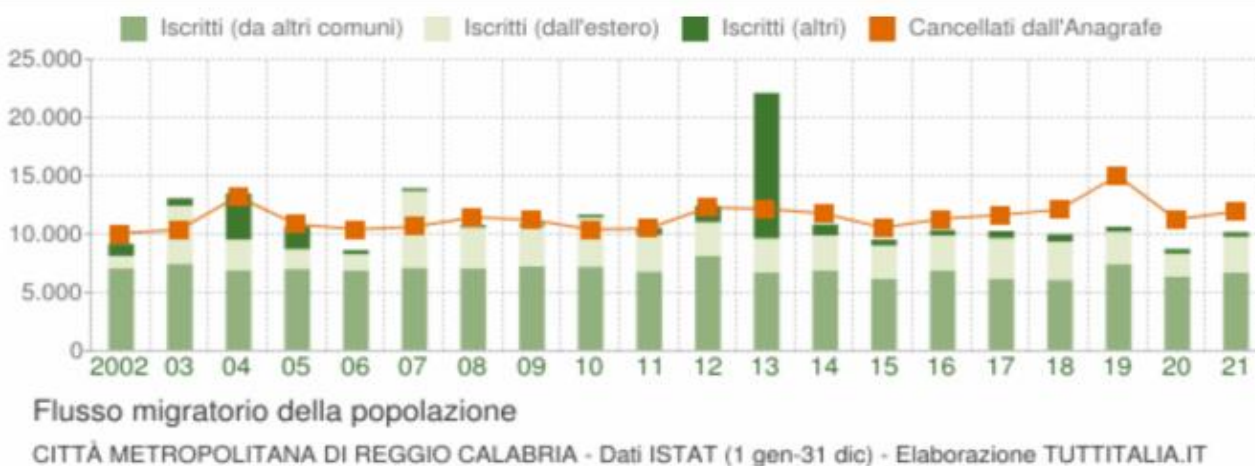


Grafico 2 – Flusso migratorio.

Movimento naturale della popolazione

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

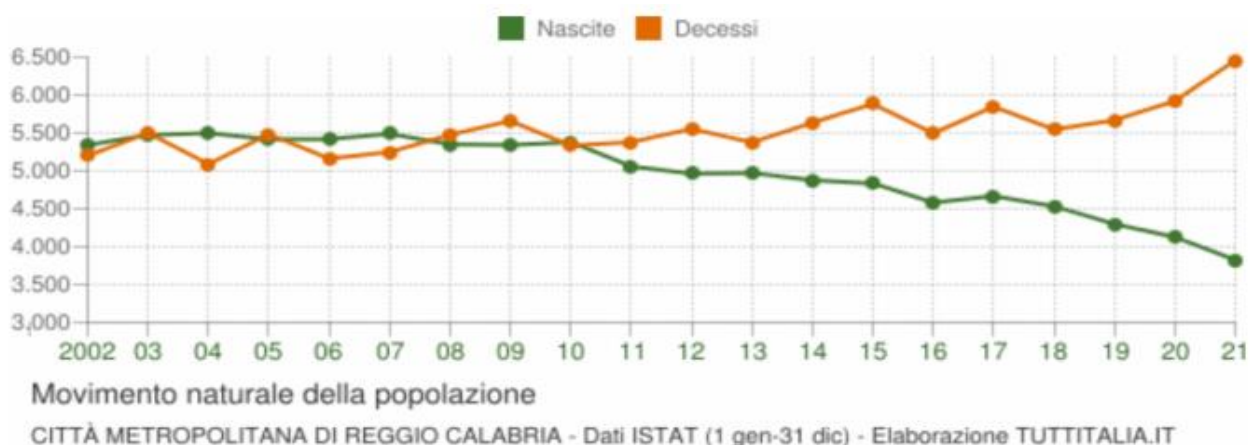


Grafico 3 – Movimento naturale della popolazione.

Distribuzione della popolazione per fasce di età

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2022. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

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

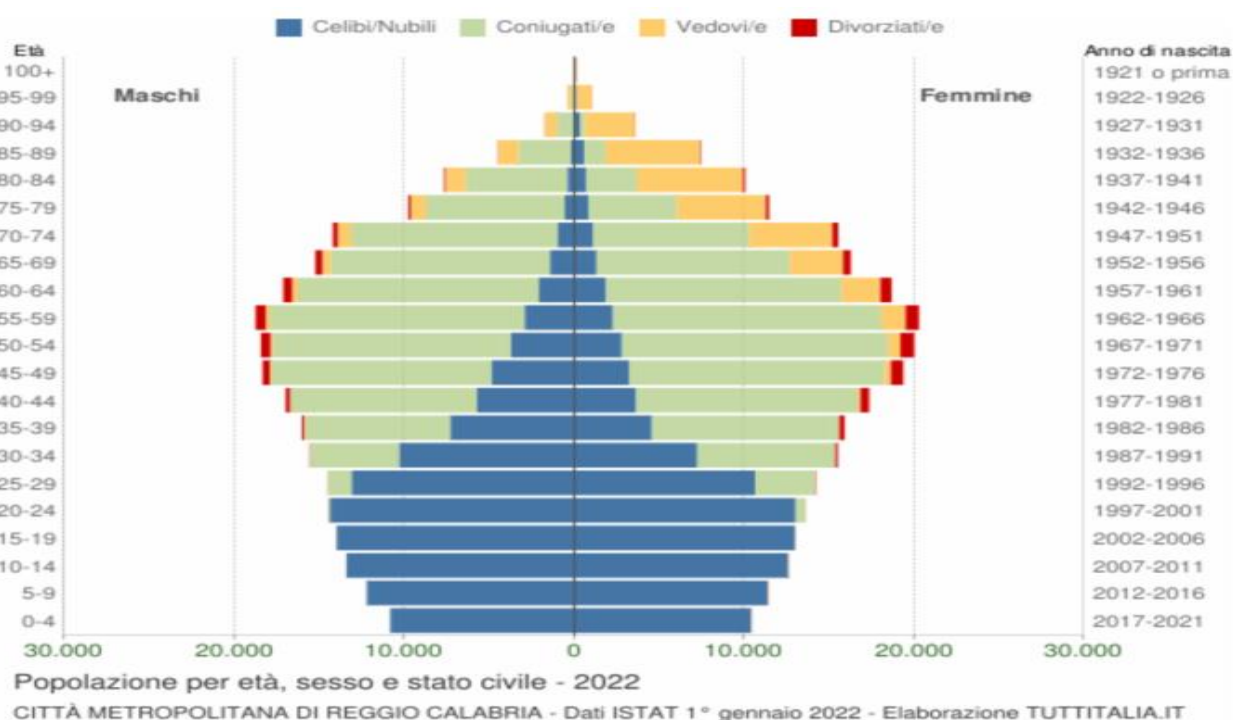


Grafico 4 Distribuzione della popolazione per fasce di età.

Struttura della popolazione

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 %) - ultimi 20 anni

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

Grafico 5 – Struttura della popolazione per età.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di natalità (per 1000 ab.)	Indice di mortalità (per 1000 ab.)
2002	102,3	9,5	9,2
2003	106,2	9,7	9,8
2004	109,4	9,7	9
2005	112,8	9,6	9,7
2006	116,2	9,6	9,1
2007	119,3	9,7	9,3
2008	121,3	9,4	9,7
2009	123,9	9,4	10
2010	125,1	9,5	9,4
2011	126,4	9,1	9,6
2012	130,3	9	10,1
2013	133,7	9	9,7
2014	136,7	8,7	10,1
2015	140,9	8,7	10,6
2016	143,9	8,3	9,9
2017	147,7	8,4	10,6
2018	150,3	8,3	10,2
2019	154,8	8,1	10,6
2020	160,1	7,8	11,2
2021	163,8	7,3	12,3

Tabella 1 – Indice di vecchiaia, natalità e mortalità.

La popolazione straniera

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



Grafico 6 – Andamento popolazione straniera.

Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Reggio Calabria al 1° gennaio 2021 sono, dunque, 28.733 e rappresentano il 5,5% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 24,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (17,3%) e dall'**India** (11,9%).

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

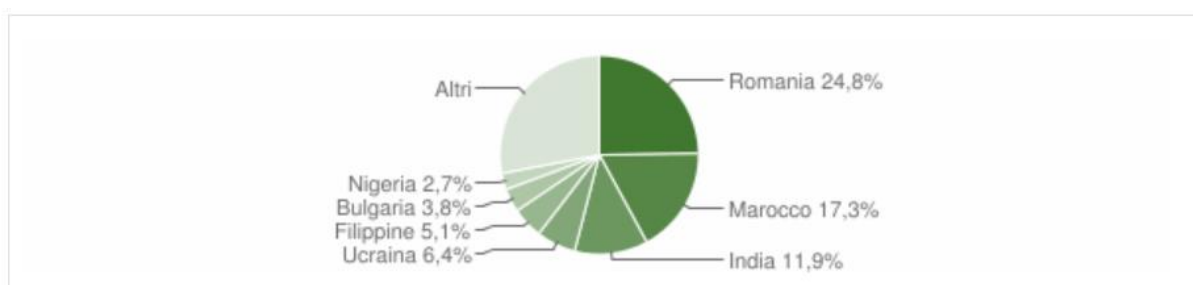
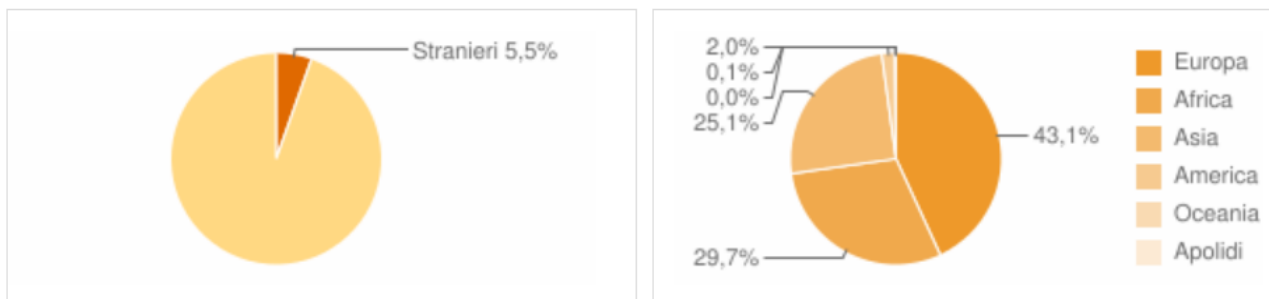


Grafico 7 – Distribuzione per area geografica di cittadinanza

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

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

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

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda si è impegnata per assumere il ruolo di "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, tale da aumentare le capacità di risposta ai bisogni di salute e trattenere un maggior numero di utenti presso le proprie strutture contrastando i "fenomeni di fuga sanitaria" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria.

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

2.2.3 Rete Ospedaliera

Si riporta di seguito l'analisi della distribuzione e dell'utilizzo dei posti letto delle strutture pubbliche e private della Regione Calabria come descritta nel "Programma Operativo 2022-202, predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i." ed approvato con il D.C.A. n. 162 del 18 novembre 2022.

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati per area funzionale e area geografica

Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo l'82% dei posti letto delle strutture pubbliche: in particolare, per l'area Nord è attivo il 78% dei posti letto, per l'area Centro l'86%, per l'area Sud l'80%. I maggiori scostamenti si rilevano per l'area emergenza-urgenza e per l'area post-acuzie, per cui si rilevano rispettivamente il 49% e il 43% dei posti letto attivi. Per l'area chirurgica, per cui sono attivi in totale l'82% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Sud (73%). Per l'area materno infantile, per cui sono attivi in totale il 92% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Nord (82%). Per l'area medica risulta attivo l'87% dei posti letto (85% dei posti letto attivi nell'area Nord e nell'area Sud e 89% nell'area Centro). Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo il 96% dei posti letto delle strutture private. A livello regionale risulta attivo l'89% dei posti letto per l'area post acuzie; il dato più basso si rileva per l'area Nord (75% dei posti letto attivi). Sul totale dei posti letto delle strutture pubbliche e private, nel 2019 risulta attivo l'86% dei posti letto programmati; il maggior scostamento si rileva per l'area nord (81%), a seguire l'area sud (86%) e l'area centro (90%).

Confronto tra posti letto programmato e posti letto attivati – strutture pubbliche

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	323	265	- 58	82%	449	394	- 55	88%	313	230	- 83	73%	1.085	889	- 196	82%
EMERGENZA-URGENZA	44	16	- 28	36%	34	20	- 14	59%	36	20	- 16	56%	114	56	- 58	49%
MATERNO INFANTILE	211	173	- 38	82%	202	198	- 4	98%	174	169	- 5	97%	587	540	- 47	92%
MEDICA	550	468	- 82	85%	628	561	- 67	89%	375	318	- 57	85%	1.553	1.347	- 206	87%
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	5	0	- 5	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%	5	0	- 5	0%
POST ACUZIE	151	78	- 73	52%	110	36	- 74	33%	70	28	- 42	40%	331	142	- 189	43%
TERAPIE INTENSIVE	77	67	- 10	87%	106	101	- 5	95%	73	73	0	100%	256	241	- 15	94%
Totale	1.361	1.067	- 294	78%	1.529	1.310	- 219	86%	1.041	838	- 203	80%	3.931	3.215	- 716	82%

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture private

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	215	215	-	100%	219	242	23	111%	229	229	-	100%	663	686	23	103%
MATERNO INFANTILE	34	34	-	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	34	34	-	-
MEDICA	40	40	-	100%	62	62	-	100%	50	50	-	100%	152	152	-	100%
POST ACUZIE	303	227	- 76	75%	375	355	- 20	95%	172	173	1	101%	850	755	- 95	89%
TERAPIE INTENSIVE	5	5	-	100%	15	15	-	100%	-	-	-	-	20	20	-	-
Totale	597	521	- 76	87%	671	674	3	100%	451	452	1	100%	1.719	1.647	- 72	96%

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture totale

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	538	480	- 58	89%	668	636	- 32	95%	542	459	- 83	85%	1.748	1.575	- 173	90%
EMERGENZA-URGENZA	44	16	- 28	36%	34	20	- 14	59%	36	20	- 16	56%	114	56	- 58	49%
MATERNO INFANTILE	245	207	- 38	84%	202	198	- 4	98%	174	169	- 5	97%	621	574	- 47	92%
MEDICA	590	508	- 82	86%	690	623	- 67	90%	425	368	- 57	87%	1.705	1.499	- 206	88%
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	5	-	- 5	0%	-	-	-	0%	-	-	-	0%	5	-	- 5	0%
POST ACUZIE	454	305	- 149	67%	485	391	- 94	81%	242	201	- 41	83%	1.181	897	- 284	76%
TERAPIE INTENSIVE	82	72	- 10	88%	121	116	- 5	96%	73	73	-	100%	276	261	- 15	95%
Totale	1.958	1.588	- 370	81%	2.200	1.984	- 216	90%	1.492	1.290	- 202	86%	5.650	4.862	- 788	86%

Tabella 2 – Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati nelle varie strutture ospedaliere.

Analisi dei posti letto attivati e dei tassi di occupazione per area funzionale e per area geografica

Tra le strutture pubbliche si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal D.M. n. 70/2015 ($\geq 90\%$) e pari all'80%. In particolare, il tasso di occupazione risulta pari al 45% per l'area post-acuzie (con un valore più basso nell'Area Nord, 37%), al 70% per l'area materno infantile (con un valore più basso nell'Area Sud, 59%) e pari al 75% per l'area chirurgica (con un valore più basso nell'Area Nord, 69%).

Strutture pubbliche

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL
CHIRURGICA	265	66.412	69%	394	112.862	78%	230	65.498	78%	889	244.772	75%
EMERGENZA-URGENZA	16	4.773	82%	20	8.253	113%	20	6.665	91%	56	19.691	96%
MATERO INFANTILE	173	45.900	73%	198	55.478	77%	169	36.173	59%	540	137.551	70%
MEDICA	468	152.604	89%	561	199.492	97%	318	106.532	92%	1.347	458.628	93%
POST ACUZIE	78	10.603	37%	36	6.402	49%	28	6.241	61%	142	23.246	45%
TERAPIE INTENSIVE	67	11.230	46%	101	20.941	57%	73	18.554	70%	241	50.725	58%
Totale	1.067	291.522	75%	1.310	403.428	84%	838	239.663	78%	3.215	934.613	80%

Strutture private

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL
CHIRURGICA	215	20.767	26%	242	37.512	42%	229	27.635	33%	686	85.914	34%
MATERO INFANTILE	34	3.377	27%	-	-	0%	-	-	0%	34	3.377	27%
MEDICA	40	12.769	87%	62	13.175	58%	50	15.703	86%	152	41.647	75%
POST ACUZIE	227	83.302	101%	355	113.262	87%	173	49.904	79%	755	246.468	89%
TERAPIE INTENSIVE	5	-	0%	15	1.534	28%	-	-	0%	20	1.534	21%
Totale	521	120.215	63%	674	165.483	67%	452	93.242	57%	1.647	378.940	63%

Totale strutture

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL	PL	DO HSP 2019	Giornate di degenza DO TO PL
CHIRURGICA	480	87.179	50%	636	150.374	65%	459	93.133	56%	1.575	330.686	58%
EMERGENZA-URGENZA	16	4.773	82%	20	8.253	113%	20	6.665	91%	56	19.691	96%
MATERO INFANTILE	207	49.277	65%	198	55.478	77%	169	36.173	59%	574	140.928	67%
MEDICA	508	165.373	89%	623	212.667	94%	368	122.235	91%	1.499	500.275	91%
POST ACUZIE	305	93.905	84%	391	119.664	84%	201	56.145	77%	897	269.714	82%
TERAPIE INTENSIVE	72	11.230	43%	116	22.475	53%	73	18.554	70%	261	52.259	55%
Totale	1.588	411.737	71%	1.984	568.911	79%	1.290	332.905	71%	4.862	1.313.553	74%

Tabella 3 - Analisi dei posti letto attivati e dei tassi di occupazione per area funzionale e per area geografica.

Per l'area chirurgica il tasso di occupazione risulta complessivamente basso e pari al 58%, con notevole differenza tra le strutture pubbliche (75%) e quelle private accreditate (34%).

Chirurgia generale: Per l'area Sud, tra le strutture che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, si rileva un tasso di occupazione pari all'87% per il G.O.M. di Reggio Calabria.

Ortopedia e traumatologia. Per l'area Sud, al G.O.M. si rileva un tasso di occupazione pari al 100%. le altre strutture dell'area presentano tassi di occupazione bassi.

Per l'Area Materno Infantile, dalla seguente tabella (dati 2019) si rileva che il G.O.M. è il punto nascita con volumi più elevati di attività, a livello regionale, in termini di giornate di degenza, con un tasso di occupazione pari al 78% e tutti i posti letto programmati attivi.

STRUTTURA	PROV.	Ruolo nella rete	N. parti
P.O. ANNUNZIATA - COSENZA	CS	HUB	1.981
Ospedale Pugliese - CATANZARO	CZ	HUB	1.952
Presidio Ospedaliero E. Morelli - REGGIO DI CALABRIA	RC	HUB	2.194
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	CS	SPOKE	519
Ospedale Corigliano - COSENZA	CS	SPOKE	1.517
Ospedale Cetraro - CETRARO	CS	SPOKE	262
OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO - CROTONE	KR	SPOKE	1.274
Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME	CZ	SPOKE	972
P.O. JAZZOLINO - VIBO VALENTIA	VV	SPOKE	779
OSPEDALE BASSO IONIO - SOVERATO	CZ		190
OSPEDALE CIVILE LOCRI - LOCRI	RC	SPOKE	901
P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' - POLISTENA	RC	SPOKE	963

2.3 L'Azienda

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

Quale Centro HUB e DEA di II Livello serve un bacino di utenza di 523.791 abitanti, con un numero di accessi di Pronto Soccorso 72.634 nel 2019 (ultimo anno di ordinaria attività prima dell'emergenza da Covid-19), n. 63.668 nel 2020, n. 62.847 nel 2021 e n. 65.531 nel 2022 ed è dotato di tutte le discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali: Cardiologia con emodinamica interventistica e Terapia Intensiva, Cardiochirurgia con Rianimazione Cardiochirurgica, Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Gastroenterologie e Endoscopia digestiva, Terapia Intensiva Neonatale, Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia h24, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, ecc.

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

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

L'Azienda definisce strategie ed azioni, ed adotta specifiche procedure, finalizzate a:

- facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;
- garantire la comunicazione e l'informazione sull'utilizzo delle strutture;
- rilevare la qualità percepita dall'utenza mediante opportuni indicatori conformi alla normativa vigente in materia;
- promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti aziendali, anche attraverso l'organizzazione di convegni e congressi;
- sviluppare i canali di comunicazione innovativi;
- promuovere la costituzione ed il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
- attuare iniziative di umanizzazione dei reparti.

Attraverso il sito ufficiale dell'Azienda, direttamente sulla pagina principale, è possibile accedere ad un'area di interscambio telematico con il cittadino. Si tratta di un vero e proprio "**filo diretto**" che permette ai cittadini di rivolgere domande, riflessioni, perplessità e suggerimenti, direttamente alla Direzione Strategica. E' uno strumento di grande trasparenza che privilegia la comunicazione diretta e che pone le esigenze del paziente al centro del progetto aziendale:

<http://www.ospedalerc.it/form/filo-diretto>

Inoltre, l'Azienda privilegia relazioni virtuose con i diversi stakeholders ed in particolare con le altre componenti del servizio sanitario e della realtà locale, allo scopo di condividere obiettivi e strumenti operativi ed ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese, attivando percorsi di informazione, partecipazione e, quando previsto, di concertazione con:

- gli utenti, singoli cittadini ed imprese nonché le loro rappresentanze;
- le altre Aziende Sanitarie del S.S.R.;
- i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli altri professionisti operanti nel sistema sanitario;
- gli ordini ed i collegi professionali;
- le organizzazioni sindacali rappresentative dei lavoratori;
- le Università;
- le associazioni di volontariato;
- i soggetti privati accreditati;
- gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio.

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

La Direzione Strategica, 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, 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'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 attivato, a far data 1 agosto 2016, con la delibera n. 588 del 28.7.2016.

L'Azienda ha anche adottato il "**Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021**", ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, del decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016 e del decreto del Commissario ad acta n. 104 del 28.9.2016 con delibera n.386 del 28.6.2019 ed il relativo allegato tecnico che sono stati in seguito approvati con il decreto del Commissario ad Acta n. 151 del 18.11.2019.

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

2.3.1 Organigramma

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

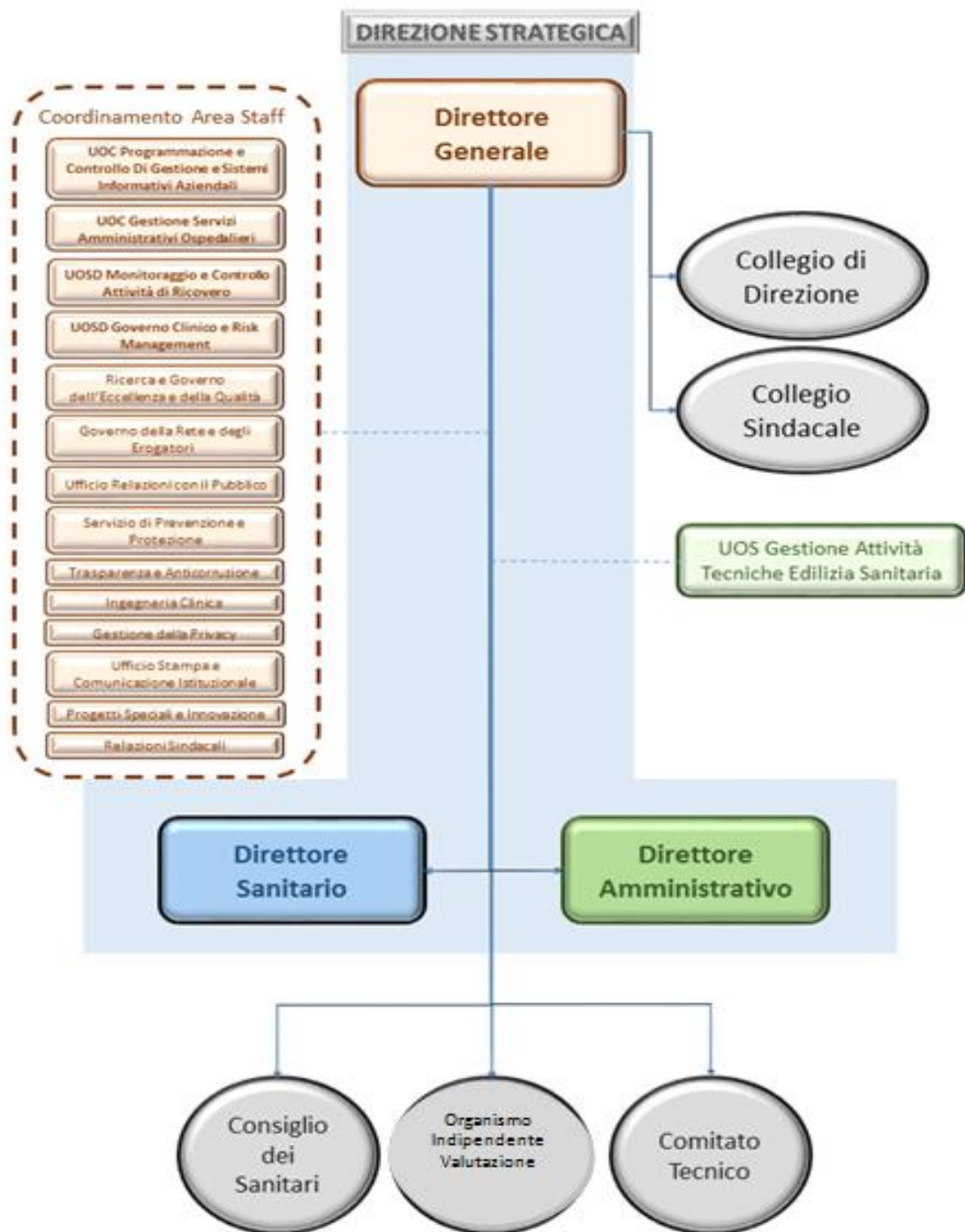


Grafico 8 – Organigramma della Direzione Strategica.

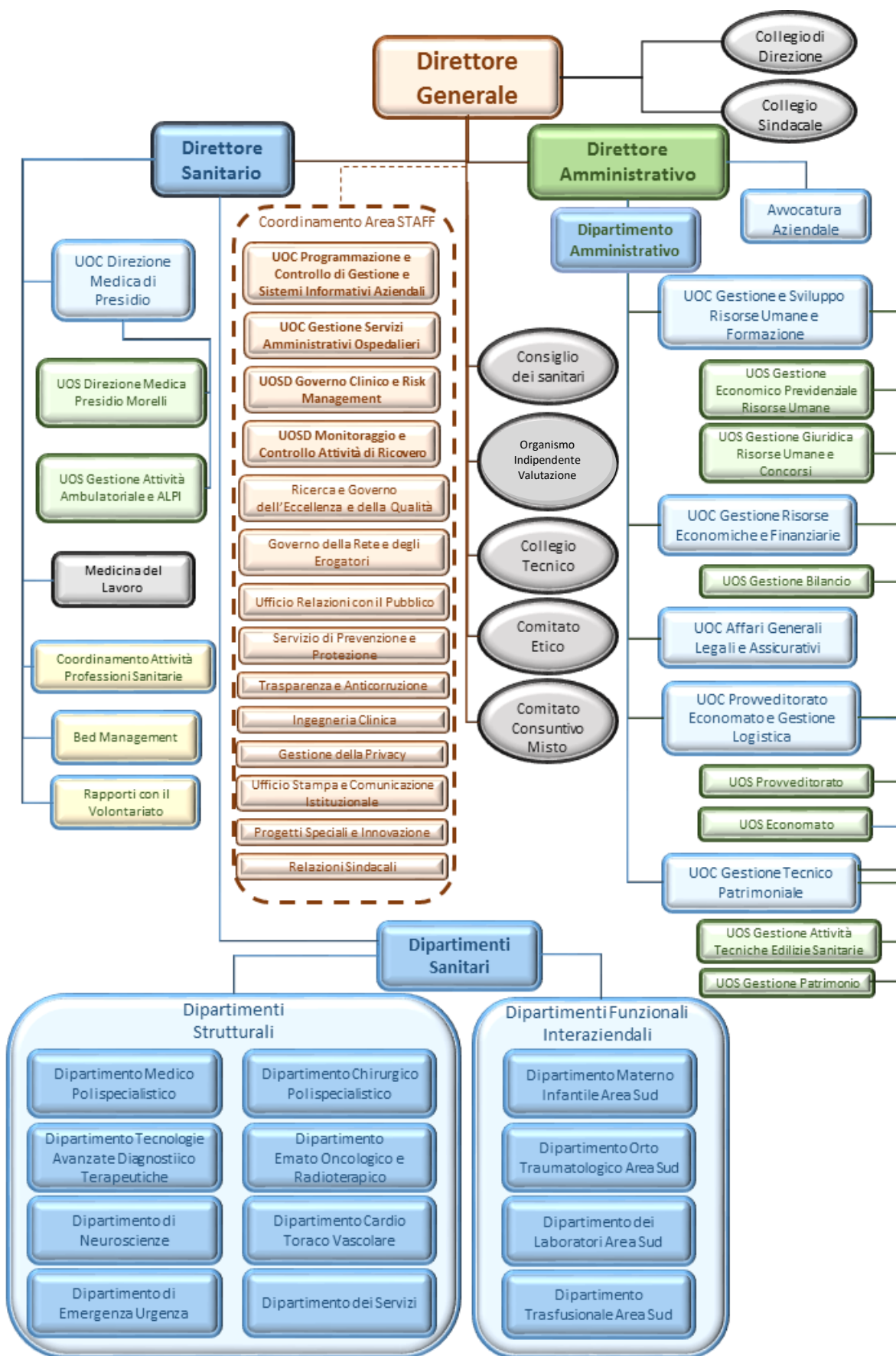


Grafico 9 – Organigramma del G.O.M. “Bianchi Melacrino Morelli” Reggio Calabria.

Il modello organizzativo aziendale è di tipo dipartimentale con n. 8 Dipartimenti Strutturali e n. 4 Dipartimenti Funzionali. Le strutture operative ospedaliere comprendono n. 39 unità operative complesse e n. 13 unità operative semplici 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:

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

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:

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

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:

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

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

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

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

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

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:

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

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

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

H. Dipartimento dei Servizi

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

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

Unità operative afferenti al Dipartimento dei Servizi

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

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

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:

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

2.3.2 Dati strutturali e di attività

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

Area	Cod. disciplina	Disciplina	Prog. disciplina	Subcodice Presidio	Presidio Ospedaliero	Day Hospital	Day Surgery	Degenza ordinaria	Degenza semi-intensiva	Posti letto tecnici	Posti letto totali
CHIRURGICA	07	CARDIOCHIRURGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
	09	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	01	01	Presidio Riuniti	-	2	28	-	-	30
	13	CHIRURGIA TORACICA	01	01	Presidio Riuniti	-	1	14	-	-	15
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	01	01	Presidio Riuniti	-	1	19	-	-	20
	30	NEUROCHIRURGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	1	19	-	-	20
	34	OCULISTICA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	2	28	-	-	30
	38	OTORINOLARINGOIATRIA	01	01	Presidio Riuniti	-	4	6	-	-	10
	43	UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	01	01	Presidio Riuniti	-	2	18	-	-	20
EMERGENZA URGENZA	48	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	01	01	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2
	51	MEDICINA D'URGENZA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
MATERNO-INFANTILE	51	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (O.B.I.)	02	01	Presidio Riuniti	-	-	-	-	12	12
	31	NIDO	01	01	Presidio Riuniti	-	-	-	-	20	20
	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	4	32	-	-	36
	39	PEDIATRIA	01	01	Presidio Riuniti	1	-	19	-	-	20
	62	NEONATOLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	1	-	16	-	-	17
	65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	01	02	Presidio Morelli	2	-	4	-	-	6
MEDICA	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	01	01	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10
	02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	01	01	Presidio Riuniti	6	-	-	-	-	6
	02	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	02	02	Presidio Morelli	6	-	-	-	-	6
	08	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	01	01	Presidio Riuniti	2	-	22	-	-	24
	18	EMATOLOGIA	01	02	Presidio Morelli	8	-	24	-	-	32
	21	GERIATRIA	01	02	Presidio Morelli	-	-	10	-	-	10 ⁽¹⁾
	24	MALATTIE INFETTIVE	01	01	Presidio Riuniti	-	-	14	13	-	27
	26	MEDICINA GENERALE ⁽²⁾	01	01	Presidio Riuniti	-	-	35	-	-	35
	29	NEFROLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	18	-	-	18
	32	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	01	01	Presidio Riuniti	-	-	20	-	-	20
	40	PSICHIATRIA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	8 ⁽³⁾	-	-	-
	54	EMODIALISI	01	01	Presidio Riuniti	-	-	-	-	25	25
	58	GASTROENTEROLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	6	-	-	6
64	ONCOLOGIA	01	02	Presidio Morelli	13	-	17	-	-	30	
68	PNEUMOLOGIA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	13	14	-	27	
97	DETENUTI	01	01	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2	
POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	01	01	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10 ⁽¹⁾
(*)TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	14	-	-	14
	49	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	02	01	Presidio Riuniti	-	-	8	-	-	8 ⁽¹⁾
	49	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	03	02	Presidio Morelli	2	-	10	-	-	12
	49	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	04	01	Presidio Riuniti	-	-	10	-	-	10
	49	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	05	01	Presidio Riuniti	-	-	2	-	-	2 ⁽¹⁾
	50	UNITA' CORONARICA	01	01	Presidio Riuniti	-	-	15	-	-	15
		TOTALI				41	17	507	27	57	649

⁽¹⁾ Posti letto da attivare. ⁽²⁾ Nel mese di maggio 2023 le degenze di Medicina Generale sono state trasferite dal Presidio Morelli al Presidio Riuniti. ⁽³⁾ I posti letto di Psichiatria non sono conteggiati nel totale dei posti letto del G.O.M. in quanto, pur essendo allocati all'interno del Presidio Riuniti, afferiscono al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) dell'A.S.P. di Reggio Calabria.

Tabella 4 - Posti letto.

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

INDICATORI	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
NUMERO DIMESSI ORDINARI	20.944	19.858	15.436	16.086	16.189
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	158.845	155.875	127.405	134.913	137.828
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	71,66%	73,20%	74,82%	72,74%	71,1
% PAZIENTI >75 ANNI	20,89%	22,37%	21,92%	21,94%	22,89
DEGENZA MEDIA	7,58	7,85	7,29	8,39	7,56
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,2128	1,2728	1,3899	1,505	1,5003
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 "NEONATO SANO"	1,3171	1,3888	1,5404	1,653	1,6483
TASSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO ORDINARI	84,93	86,08	66,3	70,78	71,11
% RICOVERI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	8,07%	6,52%	5,28%	3,73%	2,53%
% DRG ALTA COMPLESSITA'	9,18%	9,63%	11,49%	12,22%	12,62%
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	27,95%	30,03%	31,13%	33,49%	32,40%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI	27,67%	27,16%	29,37%	29,21%	30,11%
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	5.515	6.281	5.286	6.807	6.014
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	24.406	26.244	21.562	25.618	26.890
INDICE DI MORTALITA'	3,22%	3,72%	5,33%	6,65%	7,20%
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	641.619	731.818	564.192	642.745	721.255
N. PAC/APA	9.913	13.106	12.174	15.622	15.613
% FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 2 GG (dato SISR)	55,23%	22,49%	24,15%	82,22%	87,18%
% PARTI CESAREI PRIMARI (2016/2021% grezza PNE; 2022 dato G.O.M.)	28,81%	26,48%	27,85%	29,61%	26,92%
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	70.585	72.634	63.668	62.847	65.531

Tabella 5 - Dati di attività anni 2018/2022.

2.3.3 Analisi del contesto interno

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, nel corso dell'anno 2017, per la prima volta in Calabria, è arriva la chirurgia robotica, 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 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 D.C.A. n. 141/2020 e in ultimo con il D.C.A. n. 5/2022, una volta ammesso al finanziamento definitivo da parte del Ministero della Salute, il G.O.M. si doterà delle seguenti apparecchiature: n. 3 TAC; n. 3 RMN; n. 1 Acceleratore lineare; n. 1 gamma Camera; n. 4 Angiografi; n. 1 Mammografo. Con il suddetto D.C.A. n. 5/2022 sono già stati finalizzati i seguenti interventi previsti:

 - fornitura di un Mammografo digitale con tomosintesi per la Breast Unit del P.O. Riuniti.

Il G.O.M. è rientrato anche nell'Accordo di programma stipulato tra Regione e Ministero della salute per l'acquisto di un Angiografo Biplanare (BURC n. 65 del 14.6.2019). Inoltre, con il D.C.A. n. 97/2020, nell'ambito del "*Programma di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica*" nelle regioni del Mezzogiorno, il G.O.M. ha ottenuto l'ammissione al finanziamento di un nuovo acceleratore lineare per il quale si sta procedendo all'espletamento della procedura di gara a cura della Struttura Commissariale regionale per il tramite di INVITALIA.

Nell'ambito del programma "Missione 6 Salute del PNRR - Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" si è proceduto alla realizzazione dei seguenti interventi: fornitura di n. 10 Ecotomografi cardiologici, n. 18 Ecotomografi multidisciplinari e n. 1 Ecotomografo cardiologico 3D.

Inoltre, sempre con il suddetto programma sono in corso di realizzazione le seguenti forniture:

- n. 1 TAC 128 strati per l'UOC di Radiologia del P.O. Riuniti;
- n. 1 TAC 128 strati per l'UOC di Neuroradiologia;
- n. 1 Mammografo strati per l'UOC di Radiologia del P.O. Riuniti;
- n. 4 Telecomandati per esami di reparto;
- n. 1 Telecomandato per esami di pronto soccorso;
- n. 1 Ortopantomografo;
- n. 1 Pensile di Radiologia.

- **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.

- **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**. È 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.

2.3.4 Risorse umane

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

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

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

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

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

Tabella 6 – Personale al 31.12.2022.

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

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

Tabella 7 – Personale al 31.12.2022 distinto per ruolo e profilo professionale.

Piano dei fabbisogni di personale

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

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

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

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

Con il D.C.A. n. 165 del 29.11.2022 la Regione Calabria ha preso atto della delibera n. 704 del 3.11.2022 del Grande Ospedale Metropolitano “*Bianchi – Melacrino – Morelli*” di Reggio Calabria avente ad oggetto “*Piano dei fabbisogni di personale e piano delle assunzioni per l’anno 2022 – integrazione della delibera n. 658 del 14.10.2022*” ed autorizzato le assunzioni a tempo indeterminato di cui al Piano Assunzionale 2022.

Il G.O.M. con la delibera n. 799 del 13.12.2022 ha preso atto del D.C.A. n. 165 del 29.11.2022 ed ha avviato l’implementazione del piano delle assunzioni 2022 che, necessariamente, per la maggior parte avverrà nel corso dell’anno 2023.

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

Tabella 8 – Fabbisogno personale delibera n. 704 del 3.11.2022.

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

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

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

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

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

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

Il piano dei fabbisogni e delle assunzioni del personale per il 2022 quale strumento di programmazione di medio termine, sebbene a valenza temporale annuale in ossequio alle specifiche disposizioni regionali, fa salva la possibilità di apportare ulteriori variazioni ed integrazioni in relazione all'eventuale evoluzione del quadro normativo di riferimento e/o a nuove esigenze, derivanti dal trasferimento di funzioni al G.O.M. o di qualsiasi altro sopravvenuto fabbisogno che allo stato attuale non è possibile prevedere o definire anche in funzione della previsione del D.C.A. n. 165/2022 che stabilisce che il "piano dei fabbisogni potrà subire modifiche e rimodulazioni che dovessero rendersi necessarie".

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

Pari opportunità e bilancio di genere

Il tema delle risorse umane, in ambito sanitario, è particolarmente strategico, in quanto il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni ed influisce sulla soddisfazione del paziente-utente. Le risorse umane e le dinamiche relazionali che si attivano nel contesto lavorativo rappresentano un importante strumento che concorre, quali/quantitativamente, al raggiungimento del risultato, migliorando il rendimento nelle performance.

La realizzazione di un ambiente lavorativo, scevro da qualsiasi forma di discriminazione, diretta ed indiretta, caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e di benessere organizzativo sono temi che assumono, quindi, una dimensione trasversale da integrare nell'ambito dei processi e delle pratiche organizzative che animano le dinamiche della convivenza nel contesto di lavoro.

Analisi di genere

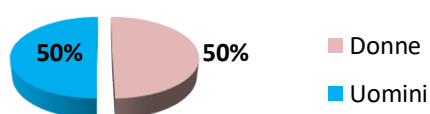
Dei complessivi n. 1.682 dipendenti n. 1.045 sono donne (62,13%) e n. 634 sono uomini (37,87%).

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

Tabella 9 – Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2022.

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

Analisi di genere - Dirigenza



Analisi di genere - Comparto

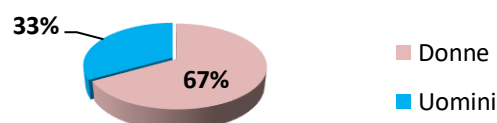


Grafico 10 – Analisi di genere.

2.4 Gli indicatori di performance

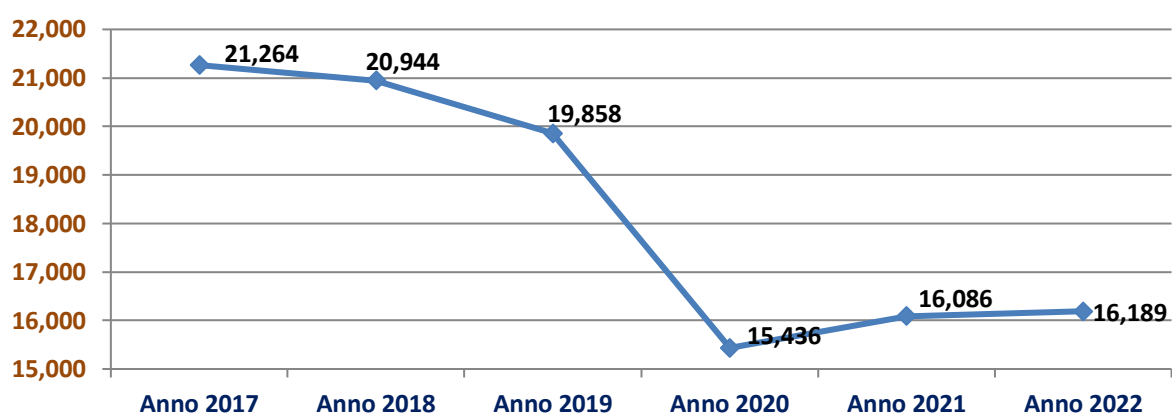
Di seguito l'analisi degli indicatori di performance che registrano una significativa ripresa delle attività pur risentendo ancora dell'impatto che, a partire dal 2020, l'emergenza COVID-19 ha avuto sulla gestione aziendale.

RICOVERI ORDINARI

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

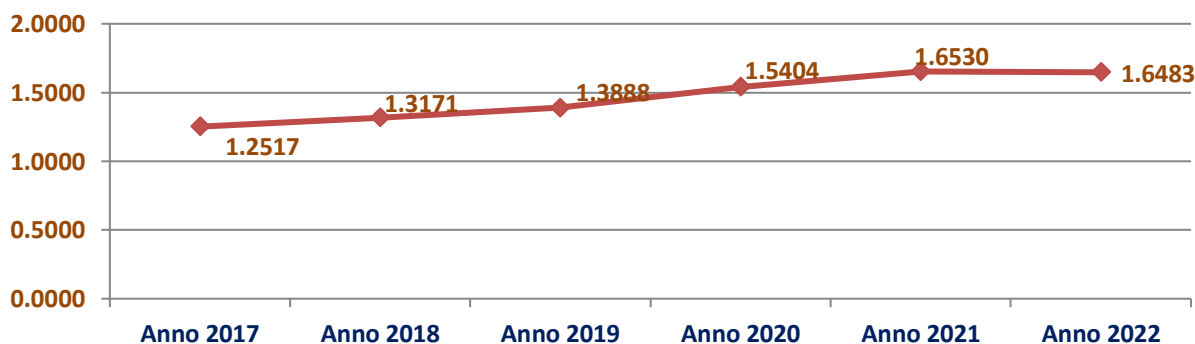
- ❖ l'aumento del volume dei *ricoveri ordinari* (da n. 15.436 nel 2020, a n. 16.086 nel 2021, a n. 16.189 nel 2022);

Grafico 11 - Numero dimessi in regime ordinario



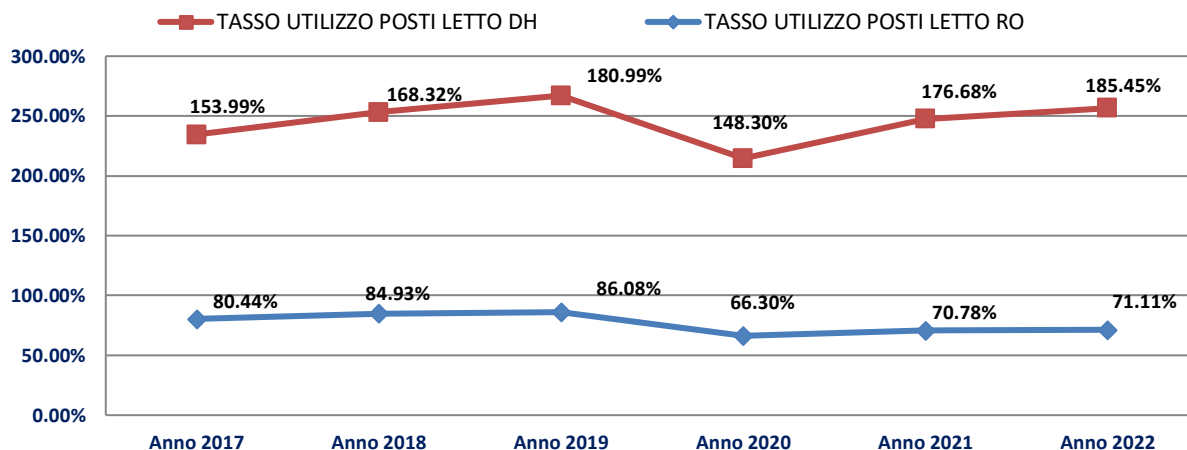
- ❖ l'incremento del livello della complessità dei ricoveri ordinari evidenziata dal aumento progressivo del *peso medio del DRG* che passa per i ricoveri ordinari da 1,25 nel 2017 a ben 1,65 nel 2022.

Grafico 12 - Peso Medio Ricoveri ordinari



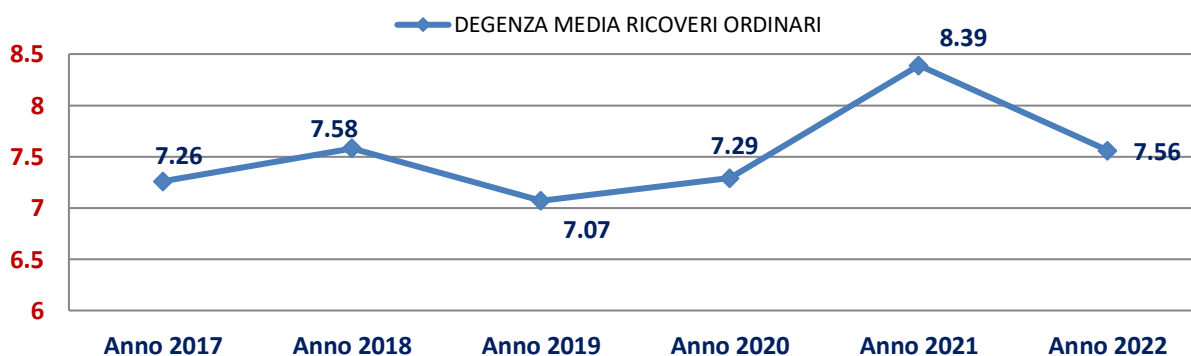
- ❖ il **tasso di occupazione posti letto** (TOPL) in regime ordinario registra un valore pressoché uguale al 2021 a causa di un sottoutilizzo dei posti letto conseguente prevalentemente alla carenza di personale.

Grafico 13 - Tasso Occupazione Posti Letto



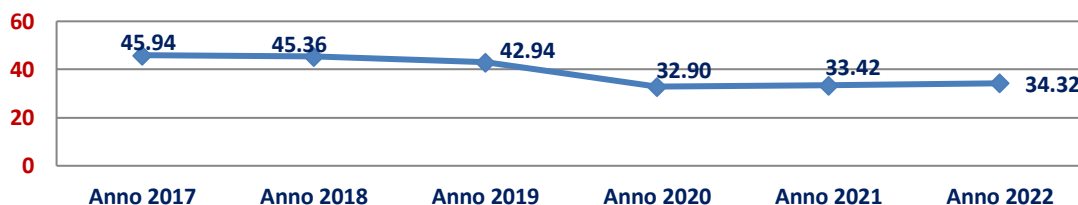
- ❖ la **Degenza Media** dei ricoveri ordinari risulta migliorata nel 2022. La durata della degenza è fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati, dai ricoveri COVID-19 e dalla scarsa disponibilità di strutture territoriali di riabilitazione e lungodegenza. Inoltre, ancora oggi si registra una insufficiente attivazione in ambito territoriale di dimissioni protette e dell’assistenza domiciliare (ADI) indispensabili per poter garantire continuità assistenziale e prestazioni erogate direttamente al domicilio dell’assistito, evitando lunghe degenze ospedaliere o ricoveri inappropriati.

Grafico 14 - Degenza Media dei Ricoveri



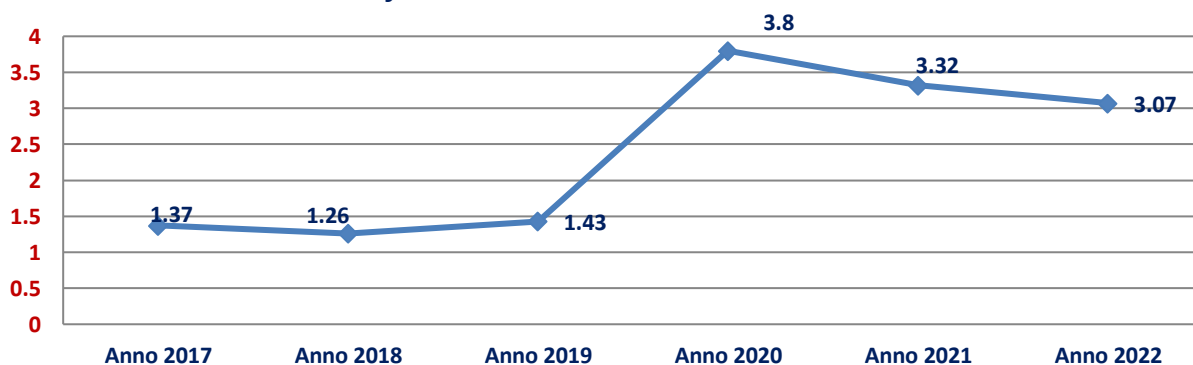
- ❖ **l'Indice di Rotazione** rappresenta il numero medio di pazienti che utilizzano un singolo posto letto. Nel 2022 si è registrato un lieve aumento di ricoveri ordinari e quindi un aumento dei pazienti per posto letto (34,32);

Grafico 15 - Indice Rotazione Pazienti



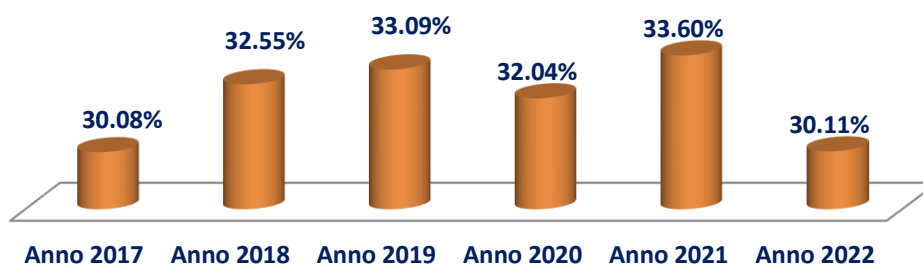
- ❖ **l'Indice di Turnover** indica il periodo di tempo in cui il posto letto rimane libero tra un ricovero ed il successivo ed è inversamente proporzionale all'indice di rotazione dei pazienti. Nel 2022 si è registrato una lieve riduzione del valore di tale indicatore (da 3,32 a 3,07 giorni);

Grafico 16 - Indice TurnOver Posti Letto



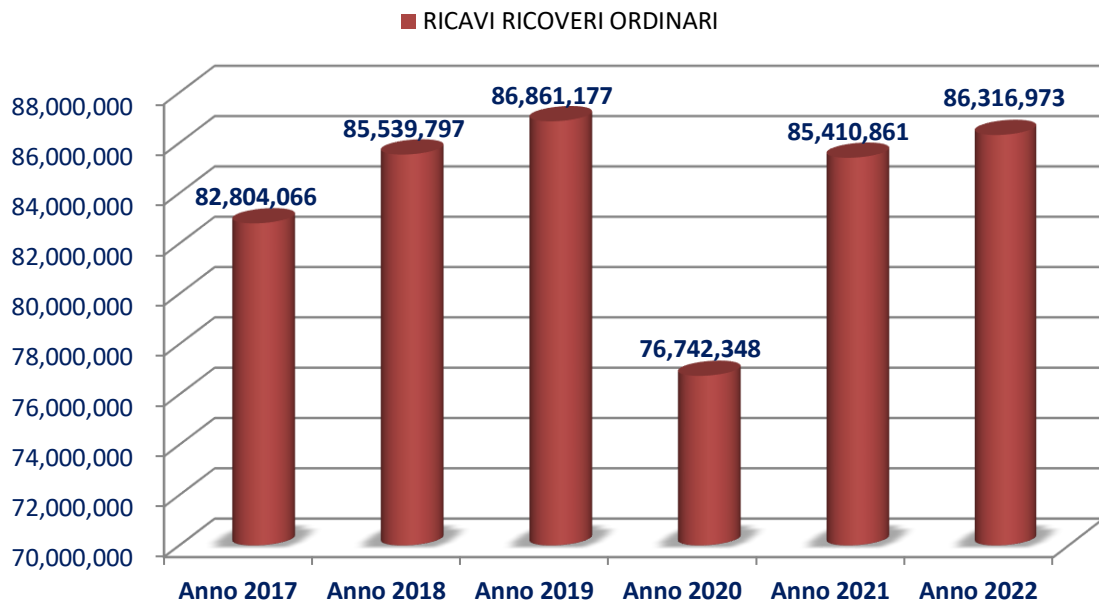
- ❖ La **percentuale dei DRG chirurgici** in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari risulta lievemente ridotta rispetto al 2021.

Grafico 17 - Percentuale DRG chirurgici in regime ordinario



- ❖ il **valore economico dei ricoveri ordinari** passa da euro 85.410.861 a 86.316.973 avvicinandosi ai valori antecedenti la pandemia. L'incremento del valore della produzione è il risultato di una casistica più complessa e più appropriata per un centro HUB ed al trasferimento delle prestazioni di minore complessità ed a rischio inappropriato ad un regime di erogazione più appropriato (Day Hospital, Day Service, ambulatoriale).

Grafico 189 - Ricavi da Ricoveri Ordinari



DAY HOSPITAL

L'attività in regime di Day Hospital ha registrato un numero di 6.014, lievemente ridotto ma con un incremento del valore.

Grafico 19
Numero dimessi in Day Hospital

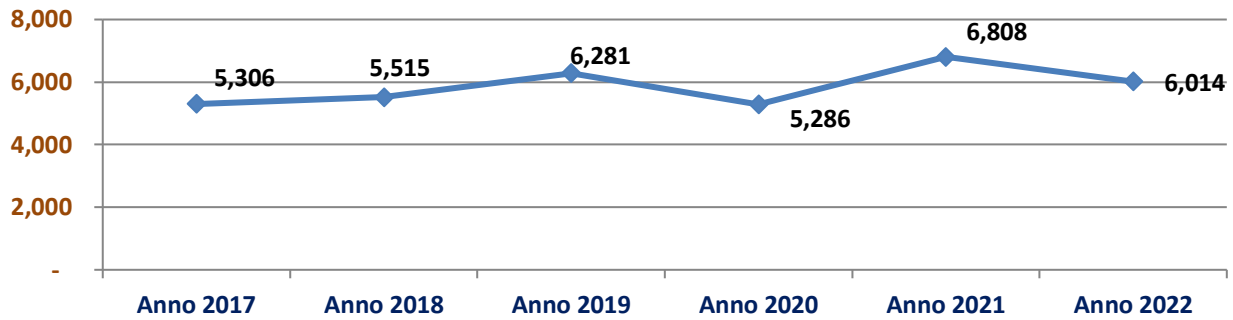
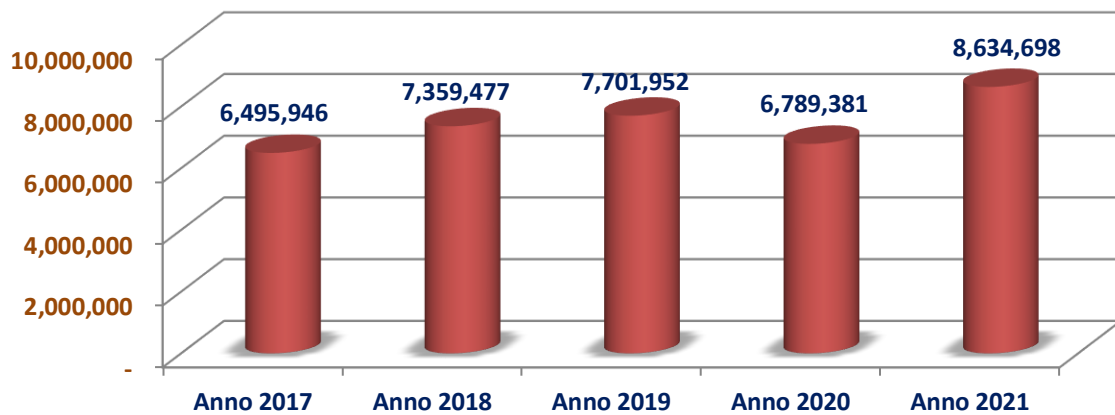


Grafico 20
Ricavi da attività di Day Hospital



PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'attività ambulatoriale registra un numero di *prestazioni ambulatoriali* che passano da 642.747 del 2021 a 721.255 del 2022 (+13,9%) ed un importante aumento del loro valore economico che passa da euro 21.016.244 del 2021 a euro 22.273.393 del 2022 (+6%).

Grafico 21
Numero prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Esterna

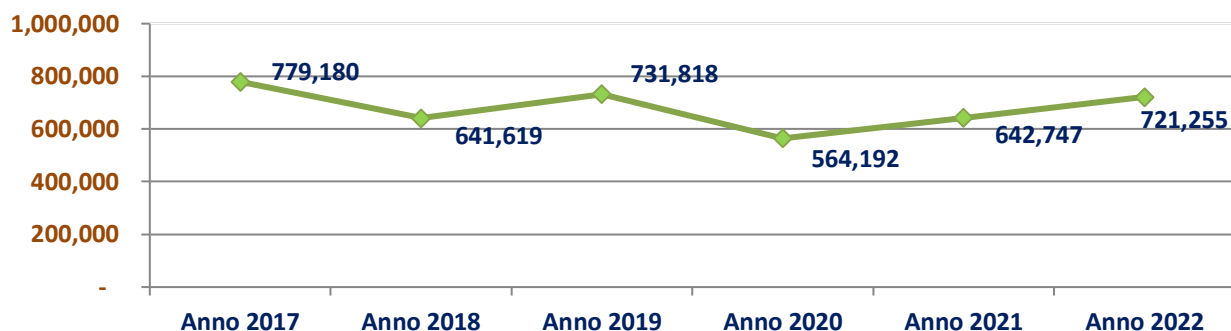


Grafico 22
Numero prestazioni ambulatoriali APA e PAC

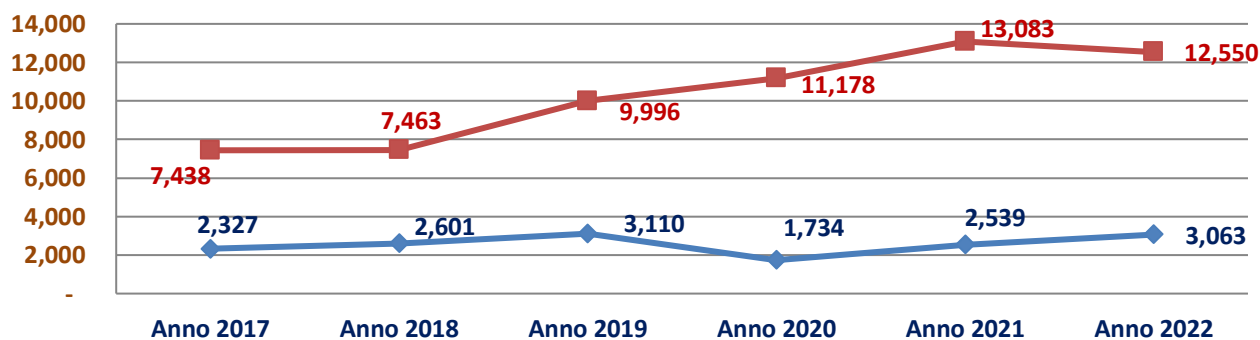
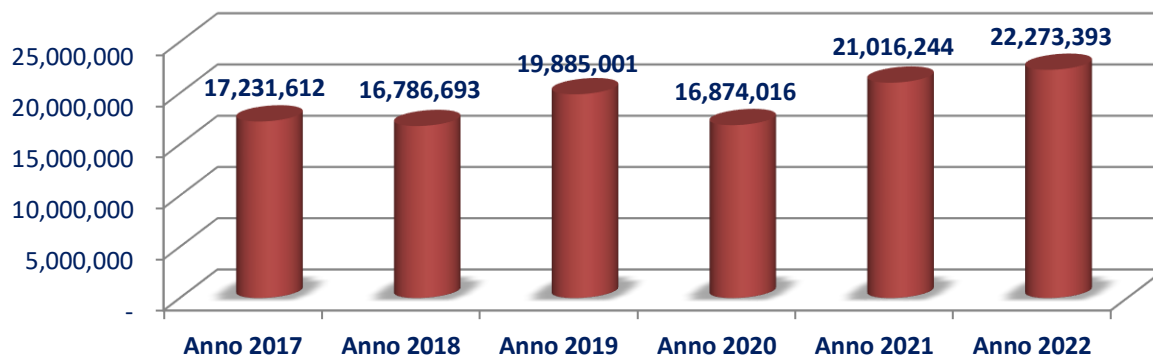


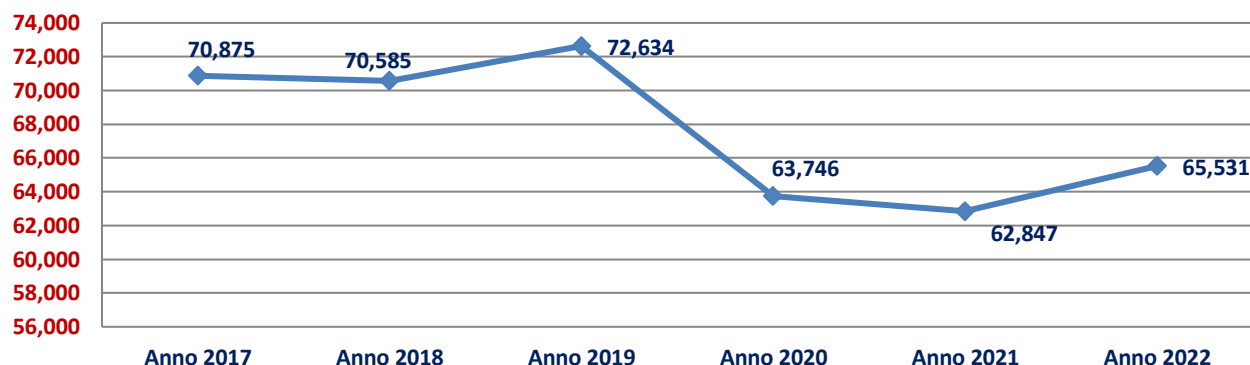
Grafico 23
Ricavi da Specialistica Ambulatoriale Esterna



PRONTO SOCCORSO

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

Grafico 24
Numero accessi di Pronto Soccorso



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

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

Tabella 10 - Dati di attività O.B.I.

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

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

Tabella 11 - Tempi medi di attesa per codice triage (in minuti).

Nella tabella seguente si riportano gli accessi di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva esitati in ricovero per ciascuna Unità Operativa.

UNITA' OPERATIVA	ANNO 2021			ANNO 2022			Scostamento 2022/2021
	Ricoveri da Pronto Soccorso	Ricoveri da OBI	Ricoveri totali	Ricoveri da Pronto Soccorso	Ricoveri da OBI	Ricoveri totali	
C. T. M. O.	-	-	-	2	-	2	2
CARDIOCHIRURGIA	147	5	152	125	6	131	- 21
CARDIOLOGIA	370	80	450	172	37	209	- 241
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	346	66	412	399	42	441	29
CHIRURGIA TORACICA	206	20	226	221	20	241	15
CHIRURGIA VASCOLARE	183	2	185	191	7	198	13
EMATOLOGIA	118	13	131	126	10	136	5
GASTROENTEROLOGIA	-	-	-	83	84	167	167
MALATTIE INFETTIVE	734	4	738	641	8	649	- 89
MEDICINA D'URGENZA	537	193	730	563	156	719	- 11
MEDICINA GENERALE	301	514	815	364	346	710	- 105
NEFROLOGIA	377	24	401	351	17	368	- 33
NEFROLOGIA TRAPIANTO RENALE	23	1	24	22	-	22	- 2
NEONATOLOGIA	46	-	46	42	-	42	- 4
NEUROCHIRURGIA	254	12	266	262	3	265	- 1
NEUROLOGIA	573	28	601	498	15	513	- 88
OCULISTICA	12	-	12	8	-	8	- 4
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	7	-	7	2	-	2	- 5
ONCOLOGIA MEDICA	129	26	155	153	18	171	16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	499	35	534	495	45	540	6
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.638	4	1.642	1.492	2	1.494	- 148
OTORINOLARINGOIATRIA	58	4	62	88	2	90	28
PEDIATRIA	716	-	716	727	-	727	11
PNEUMOLOGIA	602	10	612	619	14	633	21
PSICHIATRIA	289	10	299	283	6	289	- 10
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	912	83	995	977	68	1.045	50
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	5	-	5	2	-	2	- 3
TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	68	6	74	49	1	50	- 24
TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE	124	1	125	241	7	248	123
UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	343	12	355	315	5	320	- 35
Totali	9.617	1.153	10.770	9.513	919	10.432	- 338

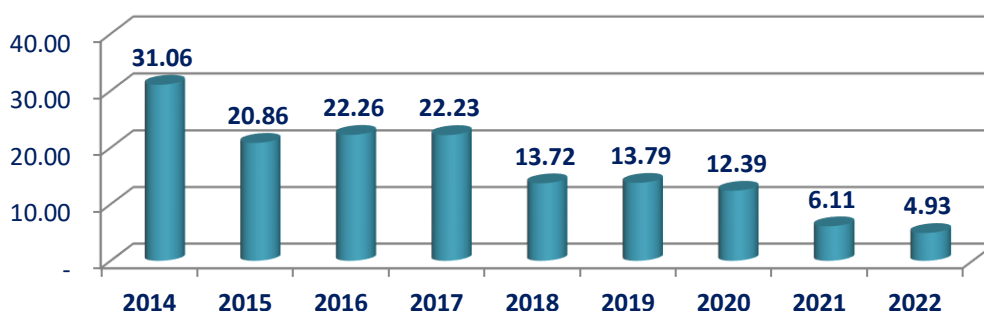
Tabella 12 - Ricoveri da Pronto Soccorso e O.B.I. 2021-2022.

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

1. Indicatori di appropriatezza organizzativa di tipo medico:

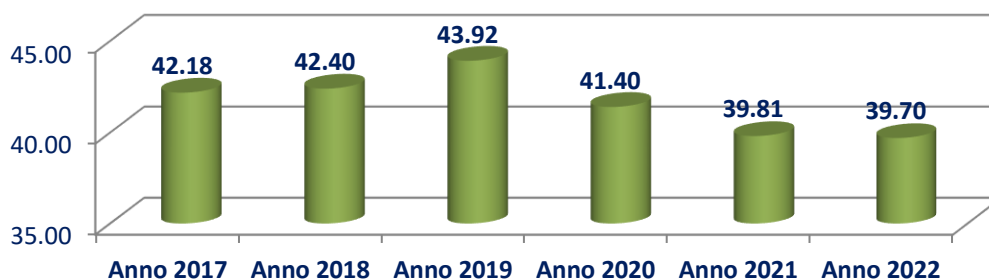
- ❖ **percentuale di ricoveri diurni di tipo medico diagnostico:** L'indicatore consente l'analisi e la valutazione dell'incidenza dei ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri in regime di Day Hospital. Si registra un trend in continuo miglioramento rispetto ai valori passati decisamente più alti (31% nel 2014).

Grafico 25
Percentuale DH medico diagnostico



- ❖ **percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico:** tale indicatore misura la quota di ricoveri effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico, e che, quindi, avrebbero potuto essere trattati, in maniera appropriata, in discipline non chirurgiche. Si può ragionevolmente stimare che la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non debba superare il 20%: in caso contrario si ha una ridotta efficienza nell'uso delle risorse dell'ospedale e un accresciuto disagio per il paziente non ricoverato nel reparto per lui più idoneo. Durante l'anno 2022 si è rilevato una ulteriore riduzione della percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico rispetto agli anni precedente.

Grafico 26 - Percentuale Dimessi con DRG medico da Reparti Chirurgici



- ❖ **percentuale di ricoveri brevi con DRG medico:** la percentuale di ricoveri brevi con DRG medico nel 2022 risulta pari a 27,75%.

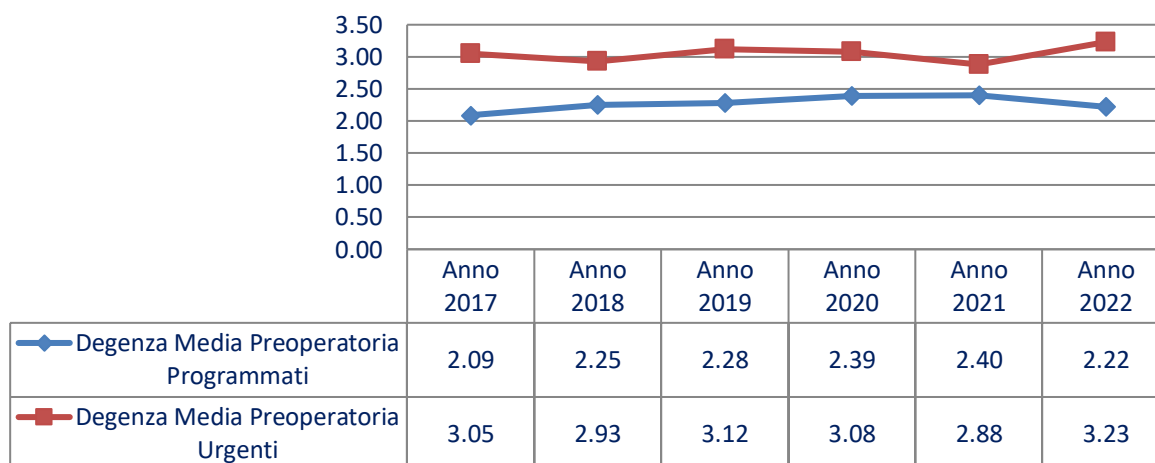
Grafico 27 - Percentuale Ricoveri Ordinari Medici Brevi



2. Indicatori di appropriatezza organizzativa di tipo chirurgico:

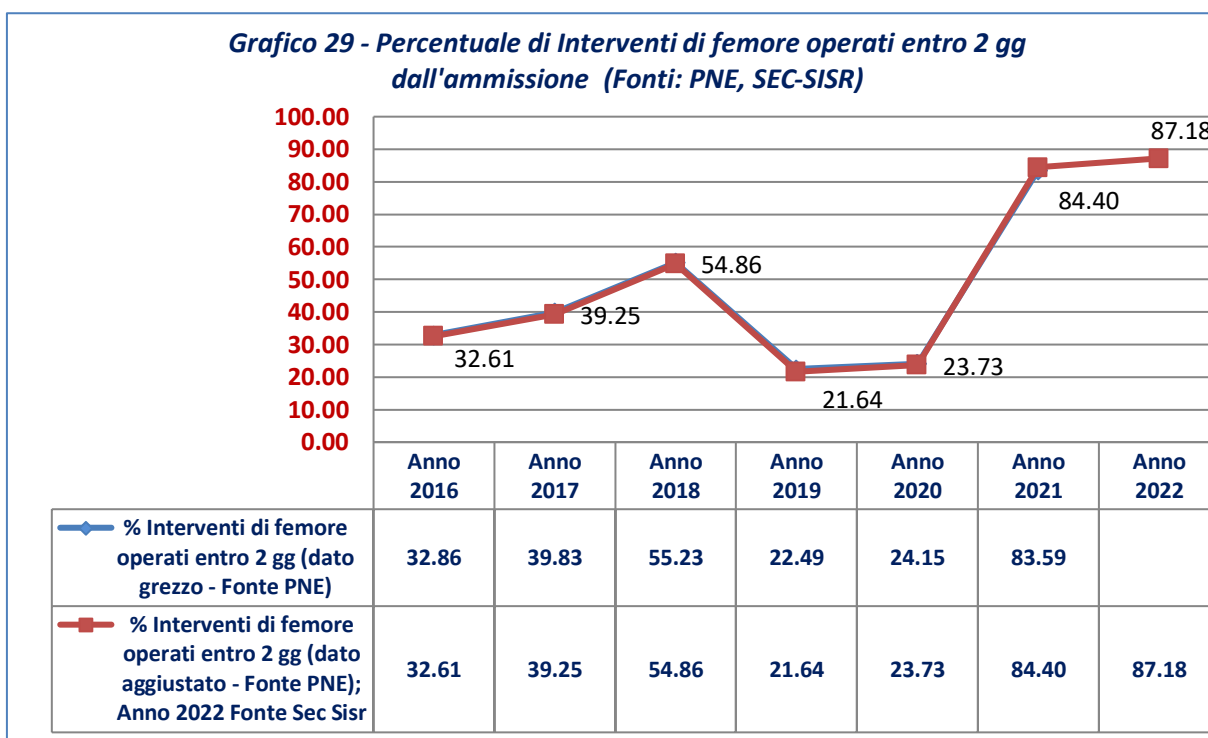
- ❖ **degenza media preoperatoria:** i valori rilevati nell'anno 2022, pari a 2,22 giorni per i ricoveri programmati e 3,23 giorni per i ricoveri d'urgenza, si collocano al di sopra degli standard individuati con il D.P.G.R. n. 25/2010 (degenza media preoperatoria ≤ 1 giorno per i ricoveri programmati e ≤ 2 giorni per i ricoveri urgenti).

Grafico 28 - Degenza Media Preoperatoria

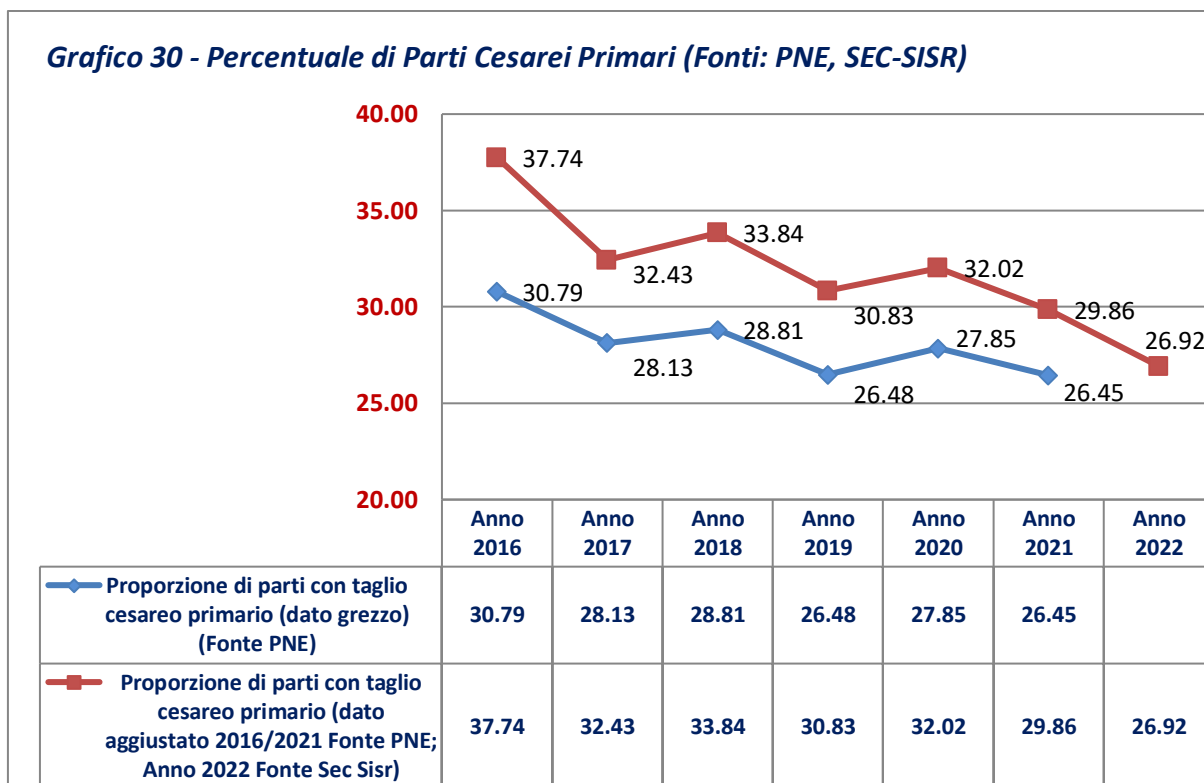


❖ **percentuale di interventi per frattura del femore effettuati entro 2 giorni dal ricovero in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni:** è un indicatore internazionale, che valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore. Valori elevati dell'indicatore denotano contesti in cui l'efficienza dell'organizzazione dell'ospedale si riflette in un'aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata; al contrario, basse percentuali segnalano contesti di inappropriata organizzativa, in cui è forte la probabilità che si manifestino outcome negativi.

Con la delibera del Direttore Generale n. 61 del 14.2.2017, la Direzione Strategica ha approvato, di concerto con l'U.O.C. Ortopedia e Traumatologia, l'U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, l'U.O.C. Terapia Intensiva, l'U.O.S.D. Blocco Operatorio e l'U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, il "Protocollo aziendale per il percorso intra-ospedaliero di gestione del paziente con frattura del femore". L'applicazione del protocollo aziendale nella gestione del paziente con frattura di femore e il monitoraggio mensile dell'indicatore hanno permesso di raggiungere ottimi risultati raggiungendo risultati ben oltre lo standard nazionale del 60%.



- ❖ **percentuale di parti cesarei sul totale dei parti:** seppur in miglioramento, si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica decisamente superiore alla media nazionale. Si riportano di seguito i dati elaborati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) e, per l'anno 2022, il dato elaborato dal sistema informativo regionale (SEC/SISR).



La propensione al parto chirurgico rappresenta, un comportamento difficile da cambiare, poiché alla dimensione opportunistica del fenomeno si affianca una dimensione culturale di sottovalutazione diffusa dei minori rischi e dei maggiori benefici del parto naturale, sia per la donna sia per il bambino.

L'Azienda, attraverso l'U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, ha avviato un programma di auditing clinico e organizzativo che, con la collaborazione di un medico referente dell'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, ha realizzato il monitoraggio mensile di tutti i ricoveri esitati in parto cesareo; l'analisi delle cartelle cliniche con la compilazione di specifiche schede di valutazione; la predisposizione di un verbale di verifica mensile contenente la sintesi delle risultanze dell'analisi delle cartelle cliniche; l'avvio di audit clinici con il personale medico e ostetrico dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia ed il Responsabile della U.O.S.D. Risk Management e Governo Clinico.

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Parti naturali	678	996	1.108	1.066	1.176	1.142	1.220	1.400	1.380	1.348	1.305	1.162	1.275
Parti cesarei	545	618	610	704	718	804	913	922	980	847	838	797	765
Parti totali	1.223	1.614	1.718	1.770	1.894	1.946	2.133	2.322	2.360	2.195	2.143	1.959	2.040

Tabella 13 – Numero parti/anno.

Occorre tener presente, comunque, del notevole incremento delle attività del punto nascita aziendale, verificatasi a partire dall'anno 2010, a seguito della chiusura dei punti nascita del Presidio Ospedaliero di Melito Porto Salvo, della Casa di Cura "Villa Aurora" di Reggio Calabria e della Casa di Cura "Villa Elisa" di Cinquefrondi. I parti eseguiti presso quest'Azienda sono passati da 1.223 del 2010 a 2.040 nel 2022.

2.5 Qualità delle cure

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 14 – Volumi - PNE 2022 (SDO 2021).

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

Tabella 15 – Indicatori di processo/esiti - PNE 2022 (SDO 2021).

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

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

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

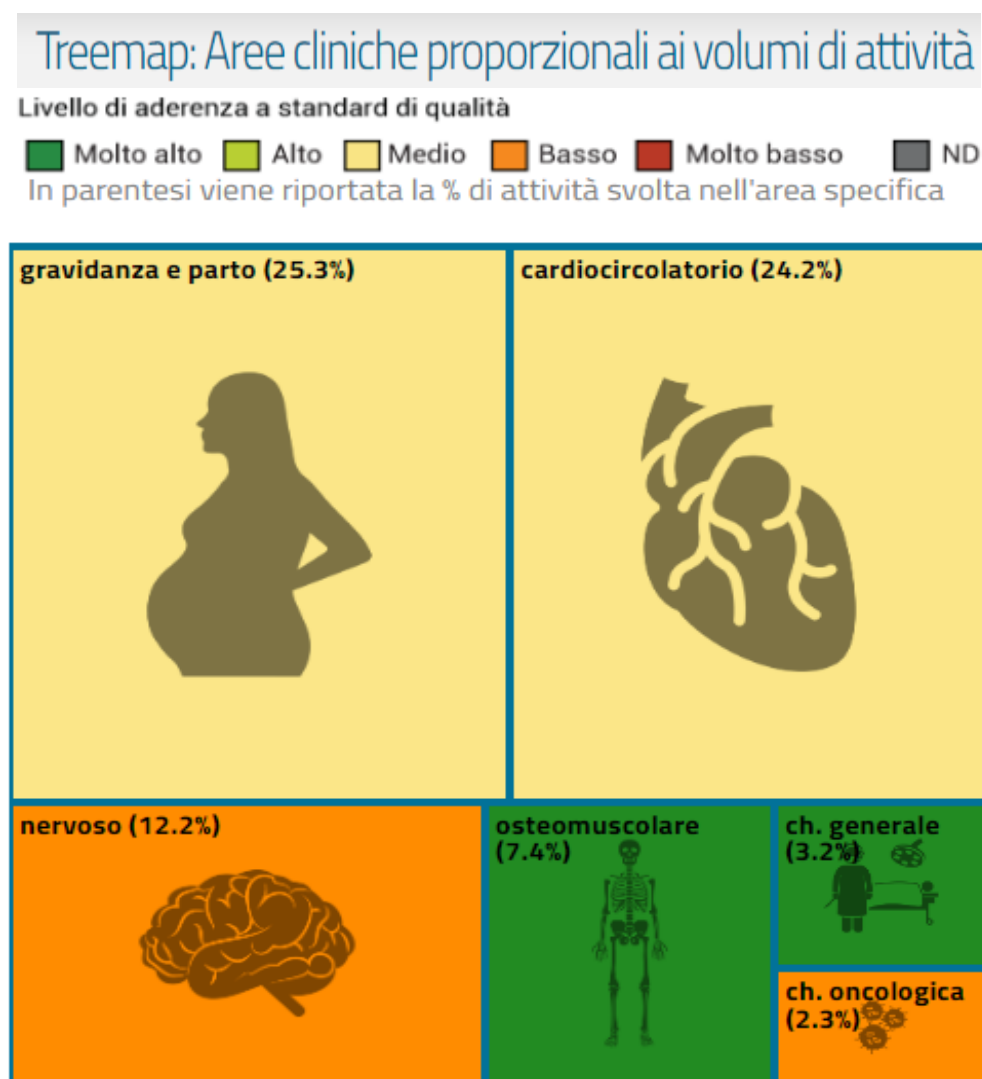


Figura 1 -Treemap: aree cliniche proporzionali ai volumi di attività anno 2021 (PNE 2022).

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

DIMENSIONE FUNZIONALE	INDICATORE	ANNO 2021	ANNO 2022
EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Nr. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti.	Nr. 82	Nr. 101
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	5,32%	5,46%
	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (0-2). Minimo 70%.	87,72%	89,89%
	Percentuale di day hospital di tipo medico diagnostico rispetto al totale dei day hospital di tipo medico.	6,11%	4,93%
EFFICACIA E APPROPRIATEZZA CLINICA	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Minimo 60%).	84,40%	87,18%
	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con \geq 1.000 parti.	29,86%	26,92%

Tabella 16 - Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

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

2.6 L'evoluzione dei ricavi e del valore della produzione

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

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

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

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

PRESTAZIONI	ANNO 2022	
	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	16.186	86.316.973
DAY HOSPITAL	6.018	8.634.698
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	720.218	22.273.393
FILE F		17.183.172
PRONTO SOCCORSO	65.531	8.377.495
TOTALE GENERALE		142.785.730

Tabella 17 - Dati di produzione 2013-2022.

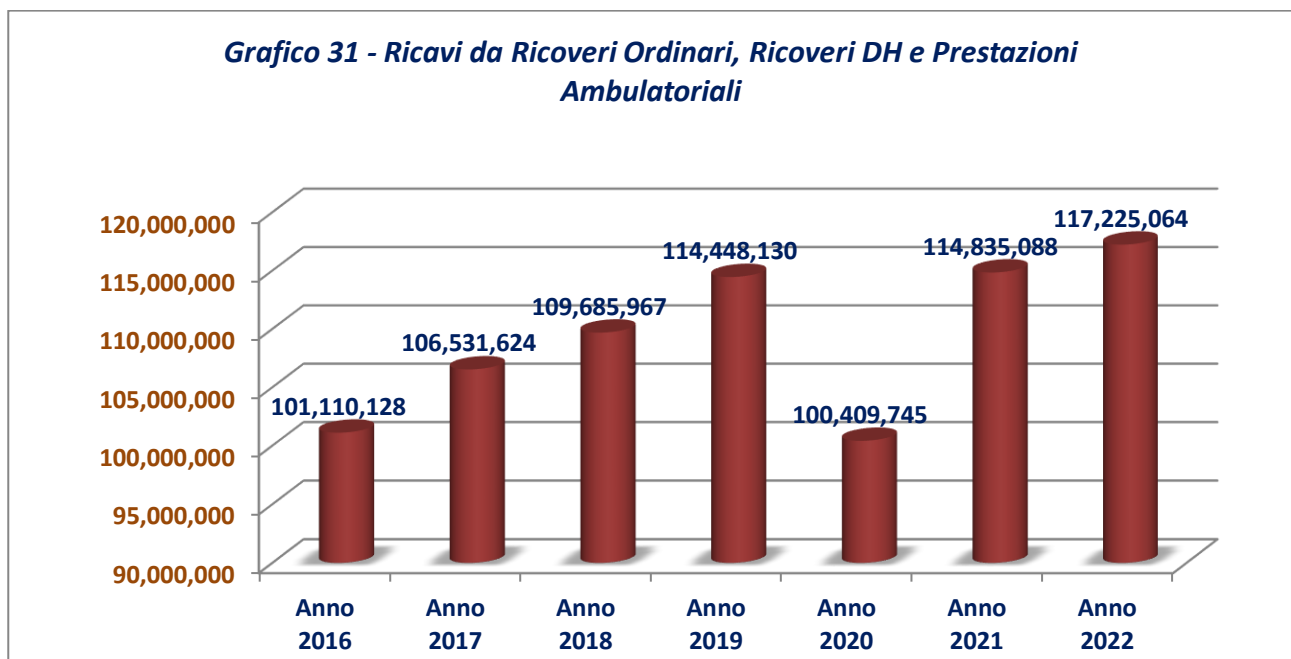
Nella tabella successiva si presentano alcuni indicatori strutturali e di attività dell'Azienda relativi all'anno 2022.

DESCRIZIONE UNITA OPERATIVA	DIMESSI	% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO	PESO MEDIO	GG DEGENZA	TASSO OCCUPAZIONE	INDICE TURN OVER	INDICE ROTAZIONE	RICAVI
C. T. M. O.	178	24,88	14,00	3.940	134,93	-5,43	23,5	9.610.509,00
CARDIOCHIRURGIA	350	83,71	4,20	5.099	69,85	5,54	19,85	6.181.410,00
CARDIOLOGIA	350	61,19	1,82	1.611	20,06	15,81	18,45	2.338.970,00
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	862	77,16	1,64	7.181	70,26	3,19	34,07	4.982.557,00
CHIRURGIA TORACICA	321	30,86	1,69	3.307	64,72	4,86	26,5	1.819.549,00
CHIRURGIA VASCOLARE	361	71,66	2,16	3.592	51,8	7,88	22,32	2.866.916,00
EMATOLOGIA	475	3,4	2,88	5.942	67,83	5,67	20,71	4.996.753,00
GASTROENTEROLOGIA	228	12,28	1,25	1.852	84,57	1,37	41	881.263,00
MALATTIE INFETTIVE	661	4,99	1,28	11.521	157,82	-4,89	43,15	3.041.256,00
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE)	599	1,17	1,30	7.198	98,6	0,14	37,3	2.328.075,00
MEDICINA GENERALE	740	0,68	1,25	8.507	58,27	7,19	21,2	2.959.595,00
NEFROLOGIA	467	15,42	1,44	5.485	83,49	2,25	26,83	2.118.662,00
NEFROLOGIA TRAPIANTO RENALE	18	100	10,29	409	56,03	16,05	10	609.698,00
NEONATOLOGIA	359	0	1,81	2.485	42,55	8,92	23,5	2.803.572,00
NEUROCHIRURGIA	399	66,58	2,69	5.188	74,81	3,39	27,16	4.027.753,00
NEUROLOGIA	505	3,96	1,25	6.815	93,36	0,87	27,95	2.092.274,00
NIDO	1.790	0	0,19	4.290	58,77	1,65	91,1	1.347.889,00
OCULISTICA	7	42,86	0,72	28	3,84	100,29	3,5	11.059,00
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	52	0	1,56	351	24,04	20,16	13,75	309.745,00
ONCOLOGIA MEDICA	337	2,48	1,12	3.892	62,72	6,48	21	1.206.714,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	662	80,13	1,55	5.729	56,06	6,53	24,57	3.624.849,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.569	34,16	0,59	10.041	76,42	1,2	71,75	4.555.756,00
OTORINOLARINGOIATRIA	232	54,19	1,78	1.294	59,09	3,83	39	1.433.145,00
PEDIATRIA	714	11,78	0,65	3.623	52,24	4,72	36,89	1.460.291,00
PNEUMOLOGIA	660	2,27	1,48	7.572	103,73	-0,36	37,55	2.998.673,00
PSICHIATRIA	297	0,34	0,73	2.523	86,4	1,34	37,13	536.357,00
TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	999	74,27	2,05	5.344	97,61	0,12	75,4	7.320.419,00
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	23	0	1,16	1.518	41,59	14,7	14,5	140.590,00
TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	71	77,46	4,79	2.245	51,26	5,14	34,58	1.326.958,00
TERAPIA INTENSIVA RIANIMAZIONE	210	36,19	3,82	3.483	68,16	4,04	28,79	2.945.148,00
UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	693	55,01	1,42	5.763	87,72	1,1	40,83	3.440.568,00
DATI TOTALI G.O.M.	16.189	30,11	1,65	137.828	71,11	3,07	34,323	86.316.973,00

Tabella 18 - Attività di ricovero in regime ordinario anno 2022 – Principali indicatori di attività.

Andamento ricavi strutturali 2016-2022	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ricavi ricoveri ordinari	77.211.980	82.804.066	85.539.797	86.861.177	76.742.348	85.410.861	86.316.973
Ricavi ricoveri Day Hospital	7.271.773	6.495.946	7.359.477	7.701.952	6.789.381	8.407.983	8.634.698
Ricavi prestazioni ambulatoriali	16.626.375	17.231.612	16.786.693	19.885.001	16.878.016	21.016.244	22.273.393
Ricavi totali	101.110.128	106.531.624	109.685.967	114.448.130	100.409.745	114.835.088	117.225.064

Tabella 19 - Ricavi strutturali 2016-2022.



2.7 Attività messe in atto dall’Azienda per il contenimento del rischio biologico Covid-19 correlato

Anche l’anno 2022 è stato tristemente caratterizzato dall’emergenza sanitaria per la pandemia riferita al Coronavirus SARS-CoV-2.

L’emanazione dei vari decreti legge e D.P.C.M. per fronteggiare l’epidemia Covid-19 ha imposto l’urgente adeguamento del Grande Ospedale Metropolitano, di seguito declinate:

- rimodulazione delle attività ambulatoriali al fine di ridurre le utenze dei presidi ospedalieri;
- sospensione delle attività chirurgiche in elezione secondo un piano cronologico che ha tenuto conto, quanto più possibile, delle esigenze dell’utenza e della situazione in atto esistente;
- riattivazione dell’“Edificio CoViD-19” all’interno del Presidio “Riuniti” presso l’ex c.d. Padiglione Chirurgie;
- trasformazione della Terapia Intensiva in reparto Covid-19;
- riattivazione presso l’“Edificio CoViD-19” di:
 - un Pronto Soccorso “CoViD-19”;
 - un servizio di Radiologia “CoViD-19” con TAC e telecomandato dedicati;
 - posti letto tecnici di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I. CoViD-19);

- redazione, validazione, approvazione e deliberazione dei percorsi sanitari specifici (a cura dei Direttori unità operative sanitarie);
- realizzazione, presso ogni reparto di degenza, di locali appositamente compartimentali per il contenimento del rischio biologico CoViD-19 correlato, con pertinenze adibite alla decontaminazione.

Non si può, però, dubitare che l’Azienda, come tutto il S.S.N., a causa dell’eccezionale e straordinario impatto dell’epidemia Covid-19, sia stata esposta a rischi e incertezze che hanno riverberato i loro pesanti effetti anche nell’esercizio 2022, senza che il relativo bilancio economico preventivo ne abbia potuto tenere conto.

Come già precedentemente e sinteticamente esposto gli effetti sono 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.

Al quarto trimestre 2022 la stima dei costi per le attività correlate all’epidemia CoViD-19 monitorati nell’ambito della rilevazione trimestrale dell’andamento economico aziendale, modello CE, è pari ad euro 13.644.781,56. Il dato, che potrebbe essere oggetto di variazione in fase di adozione del bilancio di esercizio 2022, si riferisce alle seguenti macro voci di costo:

Acquisto di beni (farmaci, presidi, etc..)	2.556.231,63
Acquisto di servizi	1.723.518,96
Godimento beni terzi	75.951,10
Costo del Personale	8.826.798,02
Altro (es. Accantonamenti + Imposte)	462.281,85
Totale	13.644.781,56

2.8 Attività tecniche

Le attività tecniche nell’anno 2022 sono state caratterizzate, come per l’anno precedente, dall’impegno straordinario di dover far fronte all’emergenza sanitaria da Covid-19, che ha comportato lo spostamento di diversi reparti presso il P.O. Riuniti e la conseguente esecuzione di interventi di adeguamento impiantistico e di manutenzione straordinaria.

Ciò nonostante le attività tecniche da “*Programma Triennale dei Lavori Pubblici 2022-2024*”, approvato con la delibera del Commissario Straordinario n. 712 del 26.10.2021 e rettificato con la delibera del Direttore Sanitario Aziendale f.f. n. 810 del 16.12.2021, sono state, comunque, avviate, portate avanti ed in parte concluse.

In particolare, sono state effettuate le seguenti attività tecniche che rappresentano un elenco indicativo e non esaustivo:

1. ultimazione lavori OORR/14 (nuova morgue e antincendio);
2. ultimazione manutenzione straordinaria della Terapia Intensiva Cardiologica;
3. ultimazione impianto di depurazione del Presidio Ospedaliero Morelli;
4. presentazione SCIA antincendio 1a e 2a fase Presidio Ospedaliero Riuniti;
5. consegna lavori per l'adeguamento e riqualificazione dei locali della Neuroradiologia e Radiologia del Presidio Riuniti;
6. lavori in corso di realizzazione delle nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Riuniti;
7. consegna lavori per la realizzazione dell'Unità Farmaci Antiblastici (U.F.A.) presso il Presidio "Morelli";
8. aggiornamento del censimento delle apparecchiature.

Le attività tecniche del 2022 hanno riguardato, anche, la programmazione di nuovi interventi inseriti nel "*Programma Triennale dei Lavori Pubblici 2023-2025*", approvato con la delibera del Commissario Straordinario n. 701 del 31.10.2022.

Inoltre, si è portata avanti la progettazione dei due interventi inseriti tra le iniziative immobiliari INAIL concernenti il completamento del Polo Oncoematologico presso l'edificio E del P.O. Morelli e l'ampliamento del Nuovo Ospedale "Morelli" di Reggio Calabria.

Con riguardo alle suddette Iniziative immobiliari INAIL, nel corso del 2022, si è provveduto a produrre richiesta all'INAIL di incremento del finanziamento per entrambe le iniziative, nonché a presentare richiesta di inserimento tra le iniziative immobiliari INAIL di una terza nuova iniziativa per la realizzazione della palazzina Uffici e Foresteria all'interno del medesimo lotto d'intervento dell'ampliamento del nuovo ospedale Morelli di Reggio Calabria. Le suddette richieste del G.O.M. sono state accolte e sono state inserite negli elenchi allegati al D.P.C.M. del 14 settembre 2022.

Pertanto, alla luce del nuovo D.P.C.M. del 14.9.2022, il G.O.M. è titolare delle tre iniziative immobiliari INAIL di seguito elencate:

1. ampliamento del nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria, per l'importo rimodulato dal D.P.C.M. 14.9.2022 di euro 270.000.000,00 (istruttoria già avviata dall'INAIL con lettera del 28.12.2016 nell'ambito del programma di investimenti del D.P.C.M. 23.12.2015);
2. completamento del Polo Oncoematologico del nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria – Blocco mare A, per l'importo rimodulato dal D.P.C.M. 14.9.2022 di EURO 12.700.000,00 (istruttoria già avviata dall'INAIL con lettera del 24.5.2019 nell'ambito del programma di investimenti del d.p.c.m. 24.12.2018);
3. realizzazione della palazzina Uffici e della foresteria per l'importo approvato con D.P.C.M. 14.9.2022 di euro 13.000.000,00.

2.9 Risorse, Efficienza ed Economicità

Visto che il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari della Regione Calabria, ha adottato il provvedimento di riparto definitivo del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2021 con D.C.A. n. 94 del 25.8.2022, e integrato lo stesso con D.C.A. n. 127 del 13.10.2022, ma non ha

inviato le tabelle di conciliazione dei crediti regionali al 31.12.2021, se non in data 23.6.2023, l'Azienda ha adottato in data 29.6.2023 con delibera n. 515 il Bilancio d'esercizio 2021.

L'emergenza sanitaria come nella maggior parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in Italia ha determinato un'importante pressione sul fronte dei costi aziendali che dal 2020 hanno subito un notevole incremento sia per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi sia per quello che riguarda il personale. L'effetto economico di tali iniziative è stato tempestivamente e periodicamente segnalato dalla Direzione Strategica e dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie agli organismi superiori di programmazione regionale già in sede di redazione del bilancio economico preventivo 2022 e pluriennale 2022 – 2024 e del bilancio di esercizio 2020, nonché nelle relazioni di accompagnamento ai modelli trimestrali di rilevazione della situazione economica aziendale (modello CE) del 2022.

Di seguito, in forma grafica e tabellare si riporta l'evoluzione dei principali costi diretti dal 2020 all'esercizio provvisorio 2022.

Costi	Anno 2020	Anno 2021	Provvisorio Anno 2022
Beni sanitari	61.122.324,75	65.814.534,19	65.863.418,67
Personale	97.162.499,11	96.284.757,51	98.557.525,96
Totali	158.284.823,86	162.099.291,7	164.420.944,63

Tabella 21 - Costi 2020-2022.

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

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

Tabella 22 – Ricoveri COVID-19.

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

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022 (dati provvisori)
Totale Costo del personale	94.551.164,68	97.162.499,11	96.284.757,51	98.557.525,96
B.5) Personale del ruolo sanitario	82.414.798,10	84.897.429,93	84.798.231,84	86.742.256,44
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	45.269.995,22	46.905.084,73	47.321.654,40	48.271.207,55
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	41.374.407,27	42.444.595,36	43.471.094,62	43.918.729,10
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	38.601.148,28	38.972.517,92	39.641.586,22	41.081.023,16
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	2.773.258,99	3.472.077,44	3.128.083,71	2.251.317,69
B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	-	-	701.424,69	586.388,25
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	3.895.587,95	4.460.489,37	3.850.559,78	4.352.478,45
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	3.215.171,23	3.667.622,18	3.419.669,07	3.909.823,14
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	680.416,72	792.867,19	430.890,71	442.655,31
B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	-	-	-	-
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	37.144.802,88	37.992.345,20	37.476.577,44	38.471.048,89
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	33.884.590,49	34.045.206,27	33.805.393,94	35.541.003,60
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	3.260.212,39	3.947.138,93	3.671.183,50	2.930.045,29
B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	-	-	-	-
B.6) Personale del ruolo professionale	291.087,44	320.905,84	315.423,84	447.830,95
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	291.087,44	320.905,84	315.423,84	447.830,95
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	291.087,44	320.905,84	315.423,84	447.830,95
B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-	-
B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-	-	-	-
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	-	-	-	-
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	-	-	-	-
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-	-
B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-	-	-	-
B.7) Personale del ruolo tecnico	6.243.340,68	6.962.772,69	6.808.281,02	7.473.801,13
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	-	-	-	-
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	-	-	-	-
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	-	-	-	-
B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-	-	-	-
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	6.243.340,68	6.962.772,69	6.808.281,02	7.473.801,13
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	6.043.362,12	6.317.343,97	6.282.774,66	7.294.521,26
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	199.978,56	645.428,72	525.506,36	179.279,87
B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	-	-	-	-
B.8) Personale del ruolo amministrativo	5.601.938,46	4.981.390,65	4.362.820,81	3.893.637,44
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	690.734,67	727.858,19	681.569,75	584.501,07
B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	690.734,67	727.858,19	681.569,75	584.501,07
B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-	-
B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-	-	-	-
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	4.911.203,79	4.253.532,46	3.681.251,06	3.309.136,37
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	4.911.203,79	4.253.532,46	3.681.251,06	3.309.136,37
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-	-
B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	-	-	-	-

Tabella 24 - Dettaglio voci costo del personale (in migliaia di euro).

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

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
QUOTA F.S.R.	163.101.968	170.596.284	183.685.135	183.685.135	206.845.416
RISULTATO DI ESERCIZIO	343.159	197.663	11.947	-8.058.344	1.343.468,17
NR. TOTALE PERSONALE	1.568	1.692	1.742	1.698	1.681
COSTO TOTALE PERSONALE	87.816.180	89.527.696	94.551.165	97.162.499	96.284.758
NR. TOTALE DEGENZE	26.570	26.459	26.139	22.894	22.204
PERSONALE/N. DEGENZE	3.305	3.384	3.617	4.244	4.336
COSTO TOTALE FARMACI	22.701.833	26.976.202	30.618.257	32.635.949	35.579.923,12
FARMACI/N. DEGENZE	854	1.020	1.171	1.535	1.618
COSTO DISPOSITIVI MEDICI	22.101.715	24.886.705	25.787.195	26.694.838	28.305.350,85
ALTRI BENI SANITARI/N. DEGENZE	832	941	987	1.255	1.275

Tabella 25 – Principali determinanti del Conto Economico 2017-2021.

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

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

2.10 Segnalazioni cittadini-utenti

Si ritiene, inoltre, utile riportare i dati e le elaborazioni che rappresentano l’andamento dei reclami dei cittadini utenti nel periodo 2018-2022.

La ricezione e gestione dei reclami da parte dei cittadini e utenti è curata dall’URP attraverso diverse modalità di presentazione: rivolgendosi direttamente agli sportelli del Presidio Riuniti, telefonicamente, a mezzo posta, fax o mail.

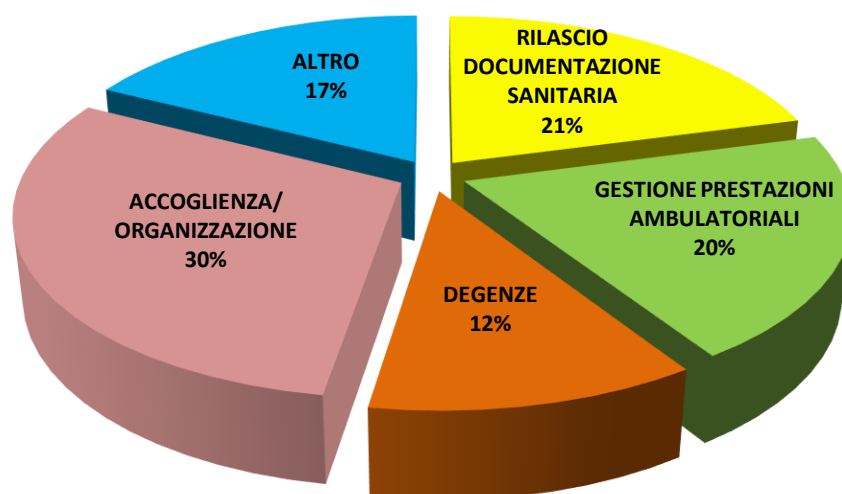
L’URP è anche competente a ricevere segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi in attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione.

Nella seguente tabella viene riportato il numero di reclami pervenuti negli anni 2018 - 2022 all’Ufficio Relazioni con il Pubblico.

AREE DEI RECLAMI	NR. RECLAMI ANNO 2018	NR. RECLAMI ANNO 2019	NR. RECLAMI ANNO 2020	NR. RECLAMI ANNO 2021	NR. RECLAMI ANNO 2022
RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA	19	8	15	14	25
GESTIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	27	5	28	15	24
DEGENZE	6	4	18	20	14
ACCOGLIENZA/ ORGANIZZAZIONE	8	11	6	28	36
ALTRO	13	7	15	19	21
TOTALE	73	35	82	97	120

Tabella 26 – Reclami anni 2018-2022.

Grafico 32 - Percentuale reclami per area - Anno 2022



3. OBIETTIVI

3.1 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.

Programma Operativo Regionale

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

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

Tali obiettivi, unitamente ai vincoli di natura finanziaria costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance e vengono integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale.

L'Azienda, con la delibera n. 71 del 31.1.2022 del Direttore Sanitario Aziendale f.f. nella qualità di Rappresentante Legale pro tempore, ha adottato il "*Piano delle Performance 2022-2024*" quale 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.

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.

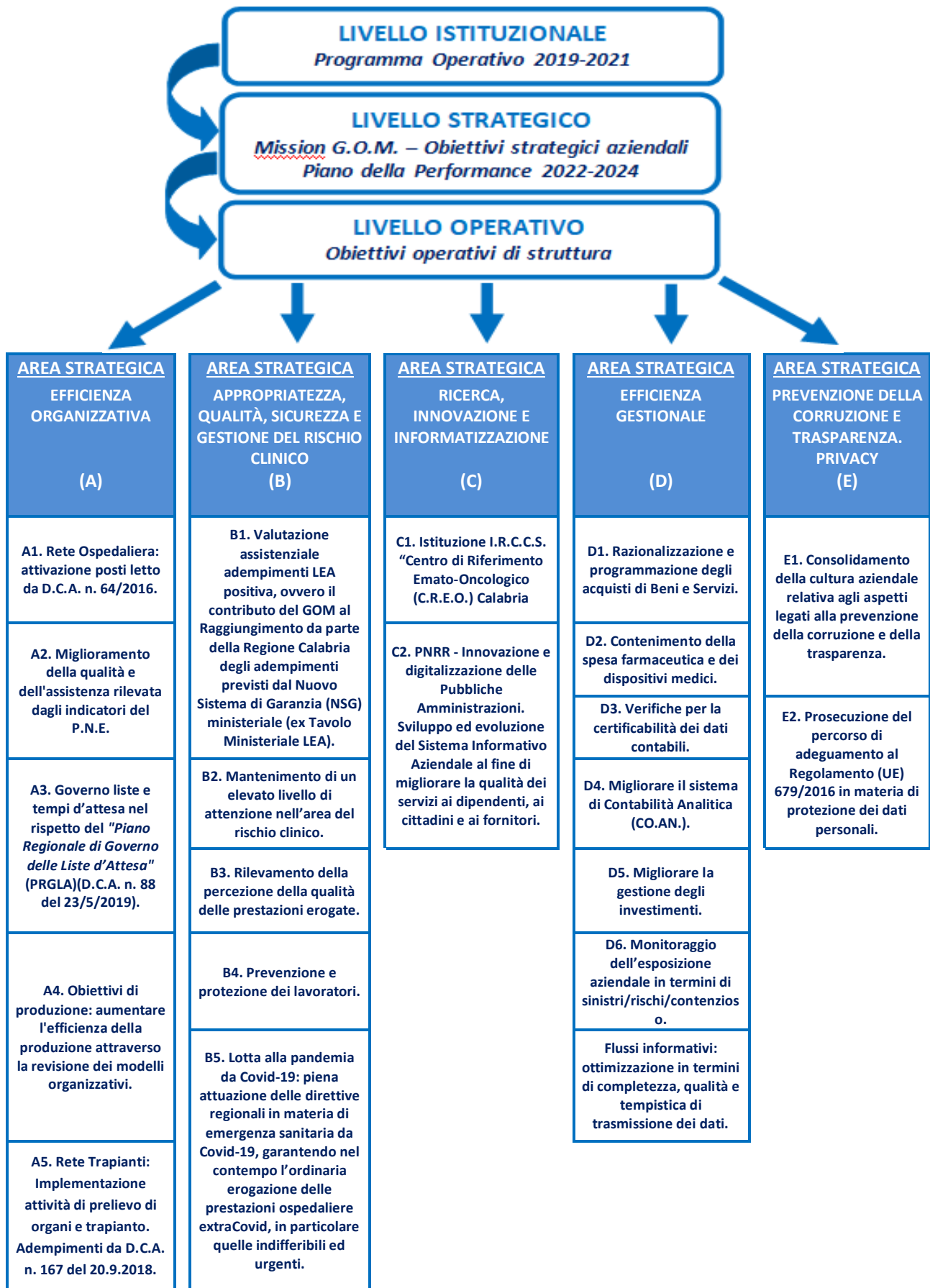


Grafico 33 - Albero della Performance.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative. Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

- A. Area dell'efficienza organizzativa;
- B. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico;
- C. Area della ricerca, dell'innovazione e dell'informatizzazione;
- D. Area dell'efficienza gestionale;
- E. Area della prevenzione della corruzione e trasparenza, privacy.

3.2 Obiettivi strategici

Il Programma Operativo regionale si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico e individua i seguenti obiettivi:

- a. OBIETTIVI REGIONALI PRIORITARI**, quelli cioè che hanno un diretto impatto nella erogazione dei servizi assistenziali e dei LEA:
 - riorganizzazione delle reti assistenziali
 - contenimento della spesa farmaceutica
 - contabilità analitica.

- b. 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,
 - acquisto di beni e servizi,
 - gestione dei pagamenti,
 - gestione del rischio clinico,
 - gestione del personale,
 - flussi informativi.

Nel rispetto degli obiettivi di programmazione regionale, l'Azienda ha individuato nel *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:

- potenziare il proprio ruolo di centro Hub, sia nel contesto provinciale sia in quello regionale e nazionale;
- garantire i livelli di eccellenza clinica;
- aumentare efficacia ed efficienza del proprio sistema attraverso:
 - il miglioramento delle performance chirurgiche;
 - la riduzione della degenza media dei ricoveri;
 - il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e prescrittiva in campo diagnostico e terapeutico;
 - il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per le principali patologie cronico-degenerative (pazienti oncologici, pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus), anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Interdisciplinari e dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari;

- il miglioramento delle performance registrate sul panel di indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del S.S.N.. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore;
- il contenimento dei tempi di attesa ambulatoriali e di ricovero, con particolare attenzione alla chirurgia oncologica;
- il completamento del processo di informatizzazione;
- mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico;
- garantire azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati;
- promuovere, mantenere e consolidare la cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione. Le scelte strategiche in quest'area si focalizzeranno sui seguenti quattro punti:

Con la delibera n. 311 del 28 aprile 2022 del Direttore Sanitario Aziendale f.f. nella qualità di rappresentante legale pro tempore è stato approvato il *"Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024"*.

1. **Impegno:** con la delibera n. 311 del 28 aprile 2022 del Direttore Sanitario Aziendale f.f. nella qualità di rappresentante legale pro tempore, l'Azienda ha aggiornato il *"Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 (PTPCT)"*. Il Piano costituisce *"l'insieme degli impegni"* che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità, nell'ambito delle previsioni della legge n. 190/2012, dei decreti dalla stessa derivati e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati. Si tratta di un *"unitario sistema"* le cui attività di pianificazione descritte nel documento si configurano come un processo ciclico in cui le strategie, le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati annualmente anche in ragione degli esiti della loro applicazione. Da qui i criteri fondamentali del Piano, modularità e progressività, che rispondono all'esigenza di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione, consci della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà di realizzazione. Nel sistema svolgono un ruolo di necessario coinvolgimento, con le rispettive funzioni e responsabilità, tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori dell'Azienda.
2. **Adempimento:** Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempire a quanto indicato dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione aggiornato, pur coscienti che non configura l'obiettivo vero di strategie ed azioni da mettere in campo. Costituisce comunque una leva rilevante per dedicare tempo e risorse ed anche, in particolare, per

ottenere la collaborazione delle varie unità organizzative, dei dirigenti e di tutti i soggetti operanti nell'amministrazione.

- 3. Miglioramento organizzazione e attività:** L'individuazione delle misure (generali e specifiche) non deve essere finalizzato esclusivamente alle strategie proprie di prevenzione, ma rappresentano occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.
- 4. Promozione cultura della legalità:** Al di là di qualsiasi misura od adempimento prevista, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema di cui si è parte sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico; il bisogno vero è un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento principe si ritiene sia costituito dalla formazione. Sul punto, tra le misure si prevedono iniziative ed interventi di informazione e di diffusione, sia del sistema, delle strategie e degli interventi, ma anche delle opportunità e dei benefici che porterebbe un complessivo cambiamento culturale. La sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, realizzata secondo le indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33/2013, si trova al seguente link:
<https://www.gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente/>.

Inoltre, è stato approvato con delibera del Direttore Generale n. 527 del 2.10.2017 il *"Protocollo di legalità tra la Prefettura ed il Grande Ospedale Metropolitan Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore appalti di lavori pubblici, concessioni, forniture e servizi"*.

3.3 Obiettivi Individuali

Lo scopo principale della valutazione individuale consiste nel valorizzare il contributo dell'apporto professionale, tecnico e umano del singolo rispetto al raggiungimento degli obiettivi della struttura organizzativa in cui opera il dipendente e, più in generale, del rispetto agli obiettivi globali dell'azienda.

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 Piano della Performance 2022-2024, 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

Avvio del Processo di Budget

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

A. Predisposizione delle Schede di Budget

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

B. Discussione/Negoziazione degli obiettivi

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

C. Consolidamento e definizione degli obiettivi

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

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

Il ruolo del Direttore di Dipartimento nel processo di Budget è quello di supportare la Direzione Strategica nel processo di negoziazione di budget con i CdR del Dipartimento e promuovere il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di dipartimento ma l'assegnazione degli obiettivi costituisce atto formale tra la Direzione Generale ed il Direttore/Responsabile del CdR.

Entro un mese dalla negoziazione ufficiale, ciascun responsabile di CdR dovrà divulgare gli obiettivi negoziati sulla scheda di budget formalizzando l'incontro con un verbale da allegare alla relazione annuale sulla performance del CdR.

D. Assegnazione degli obiettivi

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

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

E. Monitoraggio degli obiettivi assegnati

Il sistema degli obiettivi assegnati deve essere sottoposto durante l'esercizio ad un monitoraggio, almeno semestrale, finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale loro revisione. La verifica degli obiettivi economici andrà effettuata anche in relazione ed in stretta coerenza alla rilevazione dell'andamento economico aziendale con il modello di Conto Economico (CE) trimestrale e con il Piano di Rientro Aziendale. Il Comitato per il Controllo di Gestione effettua il monitoraggio mediante l'analisi dei dati economici e di obiettivo, evidenziando gli scostamenti ed individuando, congiuntamente con i Centri di Responsabilità, le azioni correttive necessarie al rispetto dei parametri di budget previsti e le eventuali riallocazioni di risorse strumentali.

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

F. Misurazione della performance organizzativa

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

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

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

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

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 unisce, tra l'altro, il "Piano della Performance", il "Piano dell'Anticorruzione" ed il "Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)". L'Azienda ha adottato il "PIAO 2023-2025" con la delibera del Commissario Straordinario n. 185 del 15.3.2023.

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

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 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.

6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La *Relazione sulla Performance* è il risultato di un lavoro congiunto dell'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali, della U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, della U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e della U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale con la Direzione Strategica. La Relazione mette in evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e gli equilibri conseguiti rispetto ai documenti di programmazione economico finanziaria.

La Relazione sulla Performance è adottata dall'Azienda 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 centro di responsabilità.

6.2 Il processo di valutazione del personale.

In sintesi, si riporta la procedura di valutazione del personale del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria, conforme al Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie n. 6860 del 5.6.2014 di approvazione dello schema di regolamento aziendale del Sistema di misurazione e valutazione delle performance individuale e in ottemperanza delle modifiche al D. Lgs. n. 150/2009 apportate dal D. Lgs. n. 74/2017.

La misurazione e la valutazione della performance si snoda in più fasi. La prima fase riguarda il processo di budget con la negoziazione degli obiettivi e il monitoraggio almeno semestrale degli stessi. La fase successiva riguarda la misurazione della performance organizzativa per ogni singola U.O.C./U.O.S.D. costituendo, di fatto, la valutazione complessiva dell'Azienda. Detta procedura è propedeutica alla valutazione della performance organizzativa di precipua competenza dell'O.I.V..

La performance individuale complessiva di ogni dipendente si articola su due parametri:

- la valutazione della performance organizzativa della singola U.O.C./U.O.S.D.;
- la valutazione dello specifico contributo del singolo dipendente afferente alla U.O.C./U.O.S.D..

Quest'ultima valutazione si articola nell'ambito delle seguenti aree:

- A. per i Direttori/Responsabili di struttura:
 1. Area Capacità Manageriale,
 2. Area Orientamento all'Innovazione,

3. Area Comportamenti Aziendali,
 4. Area Risultati;
- B. per i Dirigenti con incarico professionale:
1. Area Capacità Professionali,
 2. Area Comportamenti Aziendali,
 3. Area Risultati;
- C. per il personale del Comparto:
1. Area Competenze e comportamenti generali;
 2. Area Risultati.

La performance individuale complessiva è, quindi, come previsto dalla contrattazione integrativa aziendale determinata come segue.

Per la Dirigenza (delibera n. 545 del 24.7.2008 e delibera n. 547 del 24.7.2008 e verbali di accordo con le O.S. del 24.5.2013 e del 28.5.2013, recepiti con la delibera n. 648 del 21.6.2013).

Ai fini della retribuzione di risultato, la performance organizzativa pesa per il 55% mentre la performance individuale pesa per il 45%; rispondendo così alle prescrizioni del D. Lgs. n. 74/2017 che richiede una maggiore incidenza della performance organizzativa sulla valutazione finale del dirigente.

Il punteggio finale, risultante dalla performance organizzativa più la performance individuale, di ogni dirigente viene parametrato in base all'incarico ricoperto secondo i seguenti coefficienti: 100 per il Direttore di Dipartimento, 95 per il Direttore di U.O.C, 90 per il Responsabile U.O.S.D./U.O.S. e per il Dirigente.

Per il comparto (delibera n. 546 del 24.7.2008 e verbale di accordo con le O.S. del 20.11.2013, recepito con la delibera n. 1168 del 27.11.2013).

Ai fini della retribuzione di risultato, la performance organizzativa pesa per il 60% mentre la performance individuale pesa per il 40%; rispondendo così alle prescrizioni del D. Lgs. n. 74/2017 che richiede una maggiore incidenza della performance organizzativa sulla valutazione finale del dipendente.

Il punteggio finale, risultante dalla performance organizzativa più la performance individuale, di ogni di ogni dipendente viene parametrato in base alla categoria contrattuale di appartenenza secondo i seguenti coefficienti: 2,00 cat. Ds, 1,85 cat. D, 1,70 cat. C, 1,55 cat. Bs, 1,50 cat. B, 1,40 cat. A.

Al fine di incentivare un processo di valutazione meritocratico, giusta deliberazione n. 388/2019 del G.O.M., in ottemperanza dall'art. 5 comma 11- quinquies della L. n. 135 del 7 agosto 2012 ed in sintonia con le disposizioni regionali in materia di valutazione della performance adottate dal Dipartimento della Salute della Regione Calabria, è altresì riservata, su indicazione del rispettivo valutatore, per il 30% del personale dirigenziale e per il 30% di quello del comparto, individuato per ogni singolo CdR, una premialità aggiuntiva del 30%, nel rispetto dei relativi fondi. Procedura

indicata dal decreto regionale citato in osservanza dalla L. n. 135/2012 che corrobora i processi meritocratici del G.O.M. rispondendo, anche, ai criteri di differenziazione delle valutazioni richiesti dal D. Lgs. n. 74/2017.

6.3 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

La bontà degli esiti delle strategie e degli obiettivi fissati nel Piano è fortemente dipendente dal livello di affidabilità del sistema di misurazione delle informazioni, nelle varie dimensioni di cui esso si compone, vale a dire accuratezza, rilevanza, completezza, affidabilità, tempestività, validità e verificabilità.

Le azioni volte al miglioramento del ciclo di gestione della performance sono principalmente dirette al miglioramento del livello di affidabilità complessiva del sistema di misurazione delle informazioni.

Fondamentale, inoltre, è l'integrazione del Piano della Performance con il *"Programma triennale per la trasparenza e la integrità"* di cui all'art. 10 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, e con il *"Piano anticorruzione"* di cui alla L. 190/2012, al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne la massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari *stakeholder*, oltre che implementare la cultura della legalità.

A fine di migliorare il ciclo di gestione della Performance, l'Azienda ha adottato, con Delibera del Commissario n. 200 del 28.3.2019, il *"Regolamento Aziendale Percorso di Budget"* quale meccanismo operativo aziendale nell'ambito del processo di programmazione e controllo, periodico e sistematico, della gestione. Inoltre, è stato adottato il *"Sistema Aziendale di Misurazione e Valutazione della Performance"*.