

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dr. Ilario Lazzaro)
(D.C.A. n. 3 del 25 gennaio 2022)

N. 713 DEL 30/06/2022

OGGETTO:	ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E DI ORGANIZZAZIONE
-----------------	--

STRUTTURA PROPONENTE	Direzione Amministrativa
-----------------------------	---------------------------------

Parere Direttore Amministrativo MARIANI MARIA <i>(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)</i>	<i>Favorevole</i>
--	-------------------

Parere Direttore Sanitario MANDIA LUIGI <i>(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)</i>	<i>Favorevole</i>
--	-------------------

OGGETTO:	ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E DI ORGANIZZAZIONE
-----------------	--

Proposta del Responsabile del Procedimento n.3600 / 2022

Il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria fatta, attesta che l'atto è conforme alla legge.

Il Responsabile del Procedimento
MARIANI MARIA

Il Direttore U.O.

Il Direttore Amministrativo	Dott/Dott.ssa MARIANI MARIA (Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)
------------------------------------	---

I Direttore Amministrativo

Visto il D.C. A. n. 3 del 25 gennaio 2022 con il quale il Dr. Ilario Lazzaro è stato nominato, ai sensi dell'art.2, comma 1, del decreto legge n.150 del 10 novembre 2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n.181, Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro;

Vista la Deliberazione del Commissario Straordinario n.77 del 28 gennaio 2022;

Vista la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 205 del 23 febbraio 2022;

Vista la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 485 del 4 maggio 2022;

Premesso:

- **che** l'art.6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n.80, convertito con modifiche dalla Legge 6 agosto 2021, n.113, ha previsto che, per 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 e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le Pubbliche Amministrazioni con più di 50 dipendenti, adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione – P.I.A.O – nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150 e della Legge 6 novembre 2012, n.190;

- **che** il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

1) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art.10 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

2) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione;

- **che** l'art.6, comma 5, del citato decreto legge n.80/2021, ha previsto che con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, emanati ai sensi dell'art.17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'art. 9, comma 2, del d.lgs. 28 agosto 1997, n.281, siano individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e di Organizzazione;

Dato atto che il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di DPR recante l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione, in attuazione del summenzionato art.6 del d.l. 80/2021, in corso di pubblicazione sulla G.U. ma che ad oggi non è stato emanato il previsto decreto interministeriale di adozione del Piano Tipo;

Ritenuto comunque di procedere all'adozione del P.I.A.O., la cui adozione dal 31 gennaio è stata rinviata dal decreto "Mille proroghe", d.l. 30 dicembre 2021 n.228, al 30 aprile 2022 e poi, a seguito dell'intervento del decreto PNRR2, d.l. 30 aprile 2022 n. 36, al 30 giugno 2022, al fine , anche, di non incorrere nelle sanzioni di cui all'art.10, comma 5, del d.lgs.150/2009, quale mera sommatoria degli atti che lo compongono;

Ritenuto nelle more, dell'emanazione del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, con il quale verrà adottato un Piano tipo, inteso come strumento di supporto alle amministrazioni soggette all'obbligo, di adottare il P.I.A.O. quale mera sommatoria degli atti che lo compongono

Ritenuto di avviare l'iter procedurale per l'approvazione del POLA (piano di Organizzazione del Lavoro Agile) e del Piano delle Azioni Positive delegando all'uopo il Responsabile della U.O.C Gestione Risorse Umane;

Richiamato il vigente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento aziendale e ritenuta la propria competenza;

Visti gli esiti del procedimento istruttorio espletato dal Responsabile del procedimento designato ai sensi della legge 241/90 e s.m.i

PROPONE

Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di :

- **adottare**, secondo quanto disposto dall'art. 6 del DL n. 80 del 9/06/2021, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024 allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

-**pubblicare** il Piano sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, Sezione "Amministrazione Trasparente" per il tramite del Responsabile della Trasparenza;

- **avviare** l'iter procedurale per l'approvazione del POLA (piano di Organizzazione del Lavoro Agile) e del Piano delle Azioni Positive delegando all'uopo il Responsabile della UOC Gestione Risorse Umane;
- **riservarsi** di apportare al P.I.A.O. eventuali modifiche a seguito dell'emanazione dei decreti attuativi di cui all'art. 6 del DL n. 80/2021;
- **trasmettere** il presente provvedimento al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per il tramite del Responsabile della UOC Affari Generali ed Assicurazioni;
- **trasmettere** per i seguiti di competenza copia del presente provvedimento al Responsabile della UOC Gestione Risorse Umane, al Responsabile della U.O.C Affari Generali ed Assicurazioni;
- di trasmettere copia del presente provvedimento all'O.I.V. ed al Collegio Sindacale.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Sulla base della proposta del Direttore Amministrativo

ACQUISITI i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Di far propria la proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Ilario Lazzaro

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

ASP

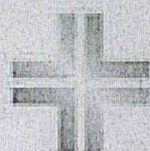
azienda
sanitaria
provinciale
catanzaro



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ASP

azienda
sanitaria
provinciale
catanzaro



Sommario

PREMESSA

Il quadro normativo e metodologico

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.a Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

2.a.1 La Gestione dell'accesso nella ASP di Catanzaro: facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale

2.a.2 Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere: Piano delle Azioni Positive, Normativa di Riferimento e Monitoraggio

2.a.3 La trasformazione digitale della ASP di Catanzaro e la Telemedicina: PNRR, azioni preliminari, analisi di dettaglio delle criticità per macro-aree, consistenza numerica potenziale delle attività e stato dell'arte

2.b Sottosezione di programmazione – Performance – Piano della Performance

2.c Sottosezione di programmazione. Rischi corruttivi e trasparenza (PTPCT)

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.a Sottosezione di programmazione. Struttura organizzativa

3.a.1 Organigramma

3.a.2 Livelli di Responsabilità organizzativa

3.a.3 Le unità organizzative

3.a.4 Specificità del modello organizzativo

3.b Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile

3.b.1 Condizioni e fattori abilitanti del lavoro agile

3.b.2 Gli obiettivi

3.b.3 I contributi al miglioramento della performance

3.b.4 Qualità percepita del lavoro agile

3.c Sottosezione di programmazione (Piano triennale dei fabbisogni di personale)

3.c.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

3.c.2 Programmazione strategica delle risorse umane: Piano triennale dei fabbisogni 2021 - 2023

3.c.3 Strategia di copertura del fabbisogno

3.c.4 Valorizzazione delle risorse umane

3.c.5 Interventi ed azioni necessarie

3.c.6 Risorse umane e ciclo del valore

3.c.7 Formazione del personale (Piano della Formazione)

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

4.a Monitoraggio della performance aziendale

4.b Monitoraggio della performance individuale

Premessa

Il quadro normativo e metodologico

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione. In sede di prima applicazione il termine di approvazione del PIAO è stato differito al 30 aprile 2022 dall'art. 1, comma 12, del DL n. 228/2021 (decreto "milleproroghe"), il quale ha introdotto il comma 6-bis all'art. 6 del D.L. n. 80/2021 istitutivo del PIAO. Il Decreto PNRR2, da ultimo, ha posticipato il termine di approvazione del PIAO al 30 giugno 2022.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente Mario Draghi e del Ministro per la pubblica amministrazione Renato Brunetta, nella seduta del 26 maggio u.s., ha approvato, in esame definitivo, il regolamento, da adottarsi mediante decreto del Presidente della Repubblica, recante l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in attuazione di quanto previsto dall'art. 6, comma 5, d.l. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 113/2021.

Nato in seno alla riforma della P.A. perseguita dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il PIAO intende rispondere alle seguenti finalità:

Ridurre la burocrazia a favore della semplificazione per dipendenti, cittadini e imprese;

Aumentare la qualità programmatica (soprattutto con riferimento ad obiettivi e indicatori) e resilienza programmatica (intesa come velocità di aggiornamento della programmazione al modificarsi del contesto di riferimento);

Accrescere l'integrazione programmatica (intesa quale definizione armonica degli obiettivi lungo i diversi livelli temporali e tra le varie prospettive programmatiche);

Sviluppare la finalizzazione programmatica (intesa quale convergenza sinergica delle diverse prospettive programmatiche – performance, anticorruzione e trasparenza, personale, ecc. – verso l'orizzonte comune della generazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del benessere di cittadini, imprese e stakeholders vari).

Il presente PIAO si configura, pertanto, quale strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'ente, in direzione funzionale alla creazione e alla protezione di Valore Pubblico. Con esso si avvia un significativo tentativo di disegno organico del sistema pianificatorio dell'Azienda che ha il

merito di aver evidenziato la molteplicità di strumenti di programmazione spesso non dialoganti ed altrettanto spesso, per molti aspetti, sovrapposti. Inoltre, enfatizza il tema della valutazione del valore generato, delle cause e degli effetti che i meccanismi di programmazione e di pianificazione sono in grado di generare delineando, in questo modo, un filo conduttore comune tra i diversi ambiti di programmazione.

Come sopra riportato, il PIAO deve essere pubblicato entro il 31 gennaio di ogni anno ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale. In sede di prima applicazione il termine è differito al 30 giugno 2022 dal comma 1 dell'art. 7, introdotto dal Decreto "PNRR2" già prorogato al 30 aprile 2022 dall'art. 1, comma 12, del DL n. 228/2021 (decreto "milleproroghe"). Inoltre, il decreto ministeriale in corso di adozione prevede che, nel caso di differimento del termine di approvazione del bilancio, l'approvazione del PIAO è differito di 30 giorni e, in sede di prima applicazione, di 120 giorni dall'approvazione del bilancio.

L'art. 6 della norma istitutiva identifica i seguenti contenuti:

gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

gli strumenti e le fasi per raggiungere: la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica

e digitale, da parte dei cittadini, principalmente, ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

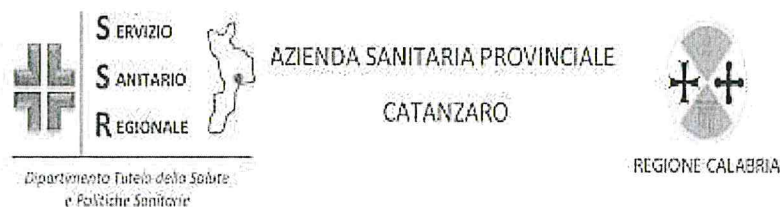
le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholder dell'Azienda, interni ed esterni. In esso prendono, infatti, vita gli obiettivi di performance organizzativa, che guidano il miglioramento dell'azione amministrativa secondo le linee strategiche aziendali. La performance diventa un concetto guida intorno al quale si collocano le diverse prospettive della trasparenza, intesa anche come mezzo di accountability dell'agire pubblico nei confronti dei propri stakeholders interni e soprattutto esterni (utenti, cittadini, enti e imprese del territorio), e della prevenzione alla corruzione, intesa come attività di contrasto e mitigazione dei rischi derivanti da comportamenti inappropriati ed illegali.

Il Piano si articola in 4 sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Le sezioni sono le seguenti:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e sarà soggetto ad aggiornamenti annuali.



SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"; ha sede legale a Catanzaro con indirizzo in via Cortese Vinicio, 25 tel. 0961 7033220.

Il logo aziendale è il seguente:



L'Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n°02865540799.

Il patrimonio della ASP di Catanzaro è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro cespiti. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui all'art. 830, comma 2, del Codice Civile. L'indirizzo del sito internet dell'Azienda è il seguente: www.asp.cz.it.

L'ASP di Catanzaro comprende oggi 80 Comuni per un totale di 354.851 abitanti, al 31 dicembre 2019. Il territorio aziendale si estende per 2415 kmq. con una densità abitativa media di 126,25 ab/kmq.

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-acuti è attualmente articolata in tre Presidi Ospedalieri:

Lamezia Terme "GIOVANNI PAOLO II" dotato di n. 233 posti letto.

Soverato dotato di n. 87 posti letto

Soveria Mannelli dotato di n. 37 posti letto.

Sono inoltre presenti, con funzione complementare ed integrativa, le seguenti Strutture private accreditate: Casa di Cura Villa Sant'Anna, Casa di Cura Villa Serena, Casa di Cura Villa del Sole, Casa di Cura Villa Michelino, Casa di Cura Villa Rachele.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.a. Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico

La sottosezione Valore Pubblico rappresenta un'innovazione sostanziale rispetto alle altre sezioni del piano; esso richiama un concetto, peraltro proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, che si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'Azienda.

In senso stretto, per valore pubblico le Linee Guida DFP intendono “il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza”.

Da ciò ne deriva che per creare il Valore Pubblico in senso stretto la nostra Azienda procederà ad impattare complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline (IMPATTO DEGLI IMPATTI).

Per creare Valore Pubblico in senso ampio si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, a curare la salute delle risorse e migliorare le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES).

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e di obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

E, quindi, il Valore Pubblico si genera programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa (adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile) e della salute professionale (reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate). Vedasi infra il POLA e il Piano del Fabbisogno di Personale.

In questo contesto di programmazione integrata, la ASP di Catanzaro svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute, che persegue e sviluppa una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Di seguito i principali ambiti strategici con i quali l'Azienda intende favorire la creazione di valore pubblico.

L'Azienda svolge le proprie funzioni assicurando l'universalità dell'accesso alle prestazioni di salute, nel rispetto dei principi di salvaguardia della dignità della persona umana, del diritto alla tutela della salute, dell'appropriatezza ed efficacia delle cure e del diritto alla riservatezza.

L'Azienda al fine di perseguire la propria mission, mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale (anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati) iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale. In quest'ottica si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale, gestionale.

La ASP di Catanzaro è inserita nel contesto economico sociale della Regione Calabria e recepisce in modo "consapevole" le difficoltà socio-economiche del momento senza venir meno alla mission istituzionale dell'Azienda, che è deputata a garantire a tutti i cittadini del territorio di competenza una adeguata offerta di servizi.

La mission strategica dell'Azienda è dare risposta ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili.

La sua mission pertanto è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della comunità attraverso il rispetto di criteri e condizioni che rappresentano i principi guida per la corretta gestione dell'Azienda e che vengono di seguito riportati:

- rispetto della dignità e della libertà della persona umana, equità ed etica professionale;
- costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- garanzia di equità e di accessibilità ai servizi ed alle prestazioni da parte dei cittadini;
- qualità clinico-assistenziale secondo il principio dell'appropriatezza e la promozione della ricerca scientifica nella pratica clinica assistenziale e gestionale;
- coinvolgimento e qualificazione delle risorse umane, tramite programmi permanenti di formazione e aggiornamento mirati alle innovazioni tecnologiche ed all'adeguamento del sistema aziendale;
- sostenibilità economica del sistema, espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell'impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute, consolidando l'integrazione inter-istituzionale, organizzativa e professionale, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

La specifica mission della ASP di Catanzaro in quanto Azienda sanitaria territoriale è quella di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento e si fonda:

- sulla centralità della persona;

- sull'universalità dell'assistenza ed equità di accesso ai servizi;
- sulla qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- su un sistema interno di regole, di procedure e di controlli;
- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso strumenti innovativi quali la Casa della Salute e la Telemedicina;
- l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- il coordinamento e l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
- lo sviluppo della sanità territoriale di prossimità e iniziativa;
- la qualificazione e il potenziamento degli ospedali, con particolare attenzione all'area dell'emergenza;
- la valorizzazione della medicina generale, con particolare attenzione alla gestione della cronicità e più in generale alla gestione dei percorsi di cura sul territorio;
- la prevenzione attiva come componente interna del progetto aziendale e non come attività aggiunta e collaterale;
- l'integrazione socio-sanitaria e la tutela delle fasce deboli della popolazione, compresa la popolazione detenuta;
- il miglioramento dell'efficienza erogativa;
- l'accessibilità e l'equità di risposta;
- la valutazione di qualità e di esiti.

La vision dell'Azienda consiste nell'essere e nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

Un'azienda affidabile, competitiva e riconosciuta, capace di effettuare scelte sostenibili in grado di garantire qualità, sicurezza ed equità nel sistema di governance della salute, integrata nella rete locale e regionale, fondata su principi di etica pubblica. Riconosce i professionisti ed è riconosciuta attraverso le loro competenze, quale fulcro dell'innovazione organizzativa, del governo clinico, della ricerca, dell'integrazione intra ed extra aziendale.

La vision aziendale si esplicita nel progetto di realizzare un piano strategico di forte integrazione con i vari settori della comunità locale, al fine di pervenire ad una politica per la salute, intesa come qualità della vita dell'intera comunità.

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare la consapevolezza che la salute non è un risultato lineare prodotto da una prestazione tecnico-professionale, ma un risultato socialmente costruito dall'interazione di numerosi fattori (culturali, sociali, relazionali, biologici, economici).

Questo rende necessario e attuale il passaggio dall'assistenza sanitaria ad un piano coordinato per la salute.

L'Azienda riconosce la centralità della persona e dei suoi bisogni e le aspettative di salute

come la necessità di realizzare la presa in carico dei suoi utenti, attraverso la realizzazione di una rete di servizi integrati socio assistenziali, che possano rafforzare il legame ospedale territorio, assicurare la continuità delle cure e la medicina di iniziativa.

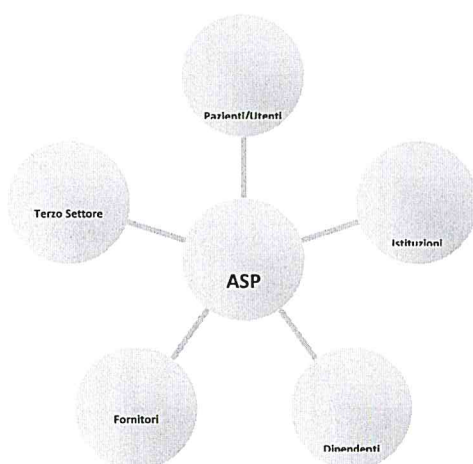
La costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali pubblici e privati, con le Università, deve rafforzare il valore dell'Azienda e il suo impegno nel fornire i servizi e la loro metodologia organizzativa deve essere ispirata ai principi di economicità, efficienza ed efficacia al fine di garantire un livello qualitativo tale da raggiungere la piena soddisfazione dell'utente.

La Centralità del cittadino (in quanto portatore di diritti costituzionalmente garantiti) e della persona rappresenta il punto fondamentale su cui basare la programmazione socio-sanitaria e l'organizzazione del sistema di erogazione dell'offerta, orientando i servizi ed i processi assistenziali alle reali esigenze.

Gli obiettivi aziendali sono orientati al rafforzamento del centro strategico dell'Azienda, al duplice scopo di promuovere logiche di gestione informate a canoni di efficienza, efficacia ed economicità, nonché conferire una direzione unitaria ai grandi processi di trasformazione in atto (transizione digitale, sfida PNRR ecc.); alla ottimizzazione dei percorsi di cura (sanità di prossimità) e rafforzamento del ruolo della medicina preventiva (sanità territoriale).

2.a.1. La Gestione dell'accesso nella ASP di Catanzaro: facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale

Nell'ambito del Valore Pubblico la ASP di Catanzaro intende porre in essere attività di revisione e aggiornamento della gestione dell'accesso, al fine di facilitare i rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale.



In questo ambito si propone pertanto un piano suddiviso in 5 punti comprendenti azioni a breve e medio termine e corrispondenti agli indirizzi contenuti nelle Linee guida ANAC, relativamente all'implementazione di:

- strumenti per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa;
- procedure da semplificare/aggiornare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- modalità ed azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Fase 1:

Redazione della Delibera di adozione del Regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità; incontri di formazione/informazione con tutti i dirigenti di struttura ed il personale interessato. L'adozione di un regolamento unico aziendale per l'esercizio dei differenti tipi di accesso, permette di definire le linee di attività in carico ai responsabili aziendali e le modalità operative. A seguire le strutture aziendali maggiormente interessate alle richieste di accesso produrranno specifiche istruzioni operative per il proprio personale. Interventi formativi/informativi sono previsti per tutti i dirigenti/dipendenti coinvolti nell'attuazione del regolamento. Gli utenti avranno a disposizione moduli standard per le richieste e diverse modalità di presentazione delle stesse (sportelli URP, PEC, portale aziendale ecc)

Fase 2:

Aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale. Gli strumenti informatici, largamente utilizzati dalla pubblica amministrazione per raggiungere gli utenti, richiedono una costante revisione ed aggiornamento per poter essere pienamente funzionali. Pertanto sarà attivato un piano per la riorganizzazione/aggiornamento dei seguenti strumenti:

- Portale aziendale con relativo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi);
- Social media istituzionali, compreso sistema di messaggistica per gli avvisi agli utenti;
- Funzioni di accessibilità su portale e social media per ipo-vendenti, non vedenti.

Le attività sopra indicate mirano a realizzare l'accessibilità digitale ai servizi aziendali anche per i cittadini ultrasessantacinquenni, anche tramite servizi di messaggistica, e quelli con disabilità per i quali saranno messe a disposizione strumenti funzionali ai loro bisogni.

Fase 3:

Aggiornamento degli strumenti di comunicazione con il pubblico

Ai sensi del comma 2 dell'art. 14 del Dlgs. 502/92 "Le regioni utilizzano un sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, ai fini della programmazione regionale per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono, inoltre, consultazioni con i

cittadini e le loro organizzazioni di tutela, in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno, comunque, essere sentiti nelle fasi di impostazione della programmazione e di verifica dei risultati conseguiti. Le regioni determinano, altresì, le modalità della presenza nelle strutture sanitarie degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini-utenti del SSN, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le Aziende sanitarie e/o ospedaliere”

In linea con il suddetto disposto, la ASP di Catanzaro intende porre attenzione agli strumenti di comunicazione con il pubblico al fine di facilitare la partecipazione degli utenti, degli stakeholders e della comunità locale alle scelte di politica sanitaria locale; è pertanto previsto l'aggiornamento dei seguenti documenti e servizi:

1. Adozione dell'Audit Civico aziendale, caratterizzato da un'analisi critica e sistematica dei processi di erogazione dei servizi sanitari attraverso la rilevazione e il monitoraggio della qualità percepita dal lato dell'utenza;
2. Revisione della Carta dei Servizi in linea con il nuovo atto aziendale ai sensi dell'art.2 del D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari";
3. Adozione del Regolamento di pubblica tutela e attivazione della relativa Commissione mista conciliativa per la gestione dei reclami, al fine sia di correggere i disservizi sia di valutare la qualità dei servizi sanitari. L'URP e/o la Commissione Mista Conciliativa provvedono alla gestione dei reclami e, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, propongono eventuali modifiche organizzative all'Azienda stessa;
4. Aggiornamento dell'attività dell'URP, con redazione di moduli di valutazione dei servizi, segnalazioni, modelli di gestione reclami integrati con i servizi aziendali per la gestione del rischio clinico;
5. Aggiornamento dell'attività dei PUA (Punto unico di accesso), sportelli polifunzionali che promuovono l'integrazione sociosanitaria dei servizi per soddisfare i bisogni di salute della persona grazie all'organizzazione integrata con i servizi sociali;
6. Aggiornamento del Regolamento di gestione del consenso informato;
7. Aggiornamento del Regolamento di gestione della Privacy.

Fase 4:

Partecipazione strutturata degli stakeholders

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 ha disposto, con l'art. 13, comma 2, la partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali al processo di misurazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche. Per poter realizzare progressivamente una strutturata attività di conoscenza e comunicazione con gli stakeholders, al fine di migliorare il servizio nei loro confronti e orientare le scelte programmatiche, la ASL di Catanzaro intende aggiornare la mappa degli stakeholder e creare una rete di cooperazione

sistemica, implementando le attività dei seguenti comitati:

1. Comitato Interreligioso, per l'attuazione all'interno delle strutture sanitarie e ospedaliere di interventi per le persone malate e i loro familiari caratterizzati da un approccio pluralistico e inclusivo dei loro bisogni psicologici, culturali e religiosi originati dalle diverse appartenenze;
2. Comitato permanente sulla partecipazione con le organizzazioni civiche di tutela e di volontariato che assolve alla funzione di mediazione per eventuali controversie tra l'Azienda e il cittadino riguardo le modalità di erogazione delle prestazioni e la tutela dei diritti che non siano state già risolte in prima istanza dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Il Tavolo prevede un incontro annuale con le Associazioni.
3. Comitato interaziendale per le politiche di umanizzazione, per la diffusione di una medicina che vada incontro ai pazienti e sia in grado di accompagnarli durante tutta la degenza in maniera professionale ma soprattutto umana.

Fase 5:

Aggiornamento dei sistemi di accesso alla documentazione sanitaria da parte del paziente

Le modalità di rilascio telematico di copie delle cartelle cliniche, dei referti clinici ed altra documentazione sanitaria deve essere realizzata in conformità a quanto previsto dalle norme di settore, nel rispetto della normativa vigente in materia di segreto d'ufficio e professionale, di tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. In particolare la documentazione sanitaria contiene una serie di informazioni sanitarie, anagrafiche, ambientali, giuridiche relative all'assistito che, per la loro natura strettamente personale, devono essere trattate e conservate con particolare cura ai sensi del GDPR. Sarà pertanto cura della ASP di Catanzaro procedere ad informatizzare i sistemi di gestione dei dati sanitari in linea con il GDPR, per facilitare l'accesso alla documentazione sanitaria digitale da parte del paziente

2.a.2 Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere: Piano delle Azioni Positive, Normativa di Riferimento e Monitoraggio

Nell'ambito della programmazione aziendale ed in particolare nel contesto del Valore Pubblico un ruolo fondamentale è riconosciuto alla promozione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive. Detto piano rappresenta un documento programmatico, finalizzato all'adozione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro, che precisa obiettivi, azioni e tempi per realizzare progetti mirati all'attuazione delle pari opportunità, al contrasto di ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere in ambito lavorativo. Questa ASP è, al momento della redazione del presente programma, alla prima stesura di tali Azioni.

Le azioni positive previste nei PAP nel senso utilizzato dalla disposizione normativa del

196/2000, consistono in misure temporanee speciali che mirino a rimuovere gli ostacoli che impediscono un'effettiva parità nelle condizioni di partenza tra donne e uomini.

Il primo fondamento di ogni azione positiva, dunque, è quello costituzionale, rintracciabile nell'art. 3, c. 2, (principio di eguaglianza sostanziale) della Costituzione. Il diritto dell'Unione Europea ha aperto la strada ad una più forte considerazione della necessità di promuovere l'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze anche nelle politiche per il lavoro, e relative ai lavoratori e alle lavoratrici.

Il riferimento va in particolare alla direttiva del Parlamento e del Consiglio europeo 2006/54/CE, ove si sottolinea l'importanza dello stimolo che le Pubbliche Amministrazioni possono e debbono fornire nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo per la promozione e la concreta realizzazione dei principi di pari opportunità e valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

Tale direttiva rappresenta un vero e proprio "testo unico" comunitario: essa infatti fa confluire in un unico testo la disciplina comunitaria relativa alla parità retributiva (dir. 75/117), alla parità nelle condizioni di lavoro (dir. 76/2007), alla parità nei regimi professionali e sulla sicurezza sociale (dir.86/378, modificata nel 1996), e all'onere della prova nelle discriminazioni (dir. 97/80).

La direttiva è attuata in Italia con il d.lgs. n. 5/2010.

Proprio il d.lgs. n. 198/2006 impone a tutte le pubbliche amministrazioni di adottare un piano triennale di azioni positive per la realizzazione delle pari opportunità (art. 48, di seguito PAP).

L'ASP di Catanzaro, tenuto conto della propria complessità istituzionale, ritiene opportuno conformarsi ai principi di tale normativa dotandosi di un piano di azioni positive che risponda alle necessità di tutte le componenti della propria comunità in cui sono previste diverse professionalità.

Indicazioni sui contenuti dei PAP provengono in parte già dal decreto del 2006.

Alcune specificazioni per quanto attiene la redazione del PAP provengono dalla direttiva emanata il 23 maggio 2007 dal Ministero per le Riforme e Innovazioni nella P.A. e dal Ministro per i Diritti e le Pari Opportunità.

Essa sottolinea l'importanza dell'impulso che le pubbliche amministrazioni possono fornire nello svolgimento di un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche lavorative interne. La direttiva a tal fine individua precisi strumenti quali:

- l'aumento della presenza di donne nelle posizioni di vertice;
- lo sviluppo di buone pratiche finalizzate a valorizzare l'apporto delle lavoratrici e dei lavoratori;
- lo sviluppo di politiche di gestione delle risorse umane orientate al genere.

Inoltre, la direttiva del 4 marzo 2011, all'art. 3.2 in materia di compiti del CUG, stabilisce, tra quelli propositivi, che esso predisponga “piani di azioni positive, per favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne”.

Fondamento normativo di tale provvedimento è l'art. 21 della legge n. 183/2010, che ha modificato alcune disposizioni del testo unico del pubblico impiego in materia di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle Amministrazioni Pubbliche.

Va sottolineato che attualmente il decreto del 2001, proprio a seguito della modifica operata nel 2010, prevede che “le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”, aprendo così lo spazio, anche per il PAP, all'introduzione di misure che non mirino soltanto a rimuovere possibili discriminazioni tra e nei confronti dei lavoratori, ma anche, positivamente, a migliorare e qualificare il benessere lavorativo.

L'art. 57 della l. n. 183/2010 attribuisce alle pubbliche amministrazioni il compito di costituire al proprio interno il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Infine la recente Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la Direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia e definisce le Linee Guida di indirizzo volte a dirigere le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione.

2.a.3 La trasformazione digitale della ASP di Catanzaro e la Telemedicina: PNRR, Azioni preliminari, Analisi di dettaglio delle criticità per macroaree, consistenza numerica potenziale delle attività e stato dell'arte

Nel contesto del Valore Pubblico si inserisce la programmazione della ASP di Catanzaro volta a promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina. Infatti la riduzione della mortalità e l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione registrato negli ultimi decenni, ha portato ad un rilevante incremento della quota di persone con patologie croniche multiple, la cui gestione rappresenta una delle maggiori sfide per tutti i sistemi sanitari, in quanto richiede bisogni di cura e assistenza sempre crescenti e differenti che si amplificano in ambiti territoriali, fortemente variegati, quale quello della ASP di Catanzaro.

L'utilizzo di servizi di telemedicina che consentano di monitorare alcune patologie croniche attraverso la rilevazione di parametri vitali, rappresenta una promettente opportunità per garantire alle popolazioni ad alto rischio di ospedalizzazione residenti in zone remote e disagiate, equità di accesso, qualità dell'assistenza e appropriatezza delle cure. Diverse revisioni sistematiche evidenziano come programmi di telemonitoraggio a domicilio riducano le ospedalizzazioni causa specifica e gli accessi in pronto soccorso in pazienti selezionati con

Scompenso Cardiaco, con Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva e con Diabete Mellito di Tipo II.

A livello europeo, negli ultimi anni, diversi progetti di ricerca hanno avuto come obiettivo la valutazione di efficacia e l'implementazione di modelli di cure integrate supportati da programmi ICT/IOT. Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza è obiettivo prioritario del Piano Nazionale Cronicità (Accordo Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016) e coerente con gli indirizzi della Agenda Digitale, in attuazione del piano Europa 2020 e delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina del Ministero della Salute.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), noto anche come NEXT GENERATION ITALIA, divide la Missione Salute in due filoni di sviluppo e sperimentazione. Il primo filone, "Assistenza di prossimità e telemedicina", mira a potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sul territorio e sulle reti di assistenza socio-sanitaria; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - "LEA"; a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali. Il secondo filone, "Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria", è finalizzata a promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina, a rafforzare i sistemi informativi sanitari e gli strumenti digitali a tutti i livelli del SSN, a partire dalla diffusione, ancora limitata e disomogenea, della cartella clinica elettronica. Rilevanti investimenti sono quindi destinati all'ammodernamento delle apparecchiature e alla realizzazione di ospedali sicuri, tecnologici e sostenibili. Tutto questo implica necessariamente a) un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle "Case della Comunità" e quindi alla rete ospedaliera, b) un ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Il documento del Ministero della Salute "Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina" del 27 ottobre 2020 (Allegato A all'Accordo Stato-Regioni del 17.11.2020) afferma che:

- i) la pandemia Covid-19 ha reso indispensabile ripensare l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in particolare a livello territoriale e in tale situazione l'attivazione degli strumenti di sanità digitale rappresenta anche un'opportunità unica per un servizio sanitario più in linea con i tempi e le necessità individuali e dell'organizzazione;
- ii) in questo momento storico è essenziale un rinnovamento organizzativo e culturale teso ad una diffusa ed uniforme traduzione operativa dei principi di primary health care raccomandati dall'OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed

empowerment del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari;

iii) l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione, rappresenta un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale;

Nel suddetto documento, sono state identificate le seguenti quattro tipologie di prestazioni di Telemedicina:

- i) prestazioni che possono essere assimilate a qualsiasi prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone una alternativa di erogazione
- ii) prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, ma piuttosto la supportano rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva
- iii) prestazioni che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti
- iv) prestazioni che risultano capaci di sostituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti.

Le interazioni a distanza tra sanitari e assistiti possono avvenire nei seguenti quattro modi:

- 1) **Televisita:** consiste in una interazione a distanza tra il medico e il paziente con l'eventuale presenza di un caregiver, può dar luogo alla prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici o di terapie. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Se tale visita anche a distanza garantisce tutti i requisiti di quella erogata in presenza, può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.
- 2) **Teleconsulto:** consiste in una interazione/consulenza a distanza tra due medici, che può portare ad una indicazione diagnostica e/o di una scelta terapeutica senza la presenza fisica del paziente. Questa attività viene considerata come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici e degli specialisti e come quella effettuata in presenza non necessita di una remunerazione a prestazione, pertanto di una tariffa ad hoc.
- 3) **Telecooperazione:** consiste nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività, a seconda dei casi, può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto. La telemedicina può trovare un utile terreno di applicazione nel monitoraggio (telemonitoraggio) delle terapie croniche (farmacologiche e

riabilitative), evitando al paziente spostamenti e perdite di tempo, snellendo il carico ambulatoriale.

4) Telemonitoraggio: Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, Conferenza Stato Regioni ("Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" 17 dicembre 2020).

5) Telecontrollo: il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. [Accordo Conferenza Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". 17 dicembre 2020].

Per quanto concerne i) gli elementi necessari per fornire prestazioni ambulatoriali a distanza, ii) gli strumenti a supporto dell'attività del personale sanitario (medico), iii) gli strumenti a supporto del paziente, iv) gli standard di servizio e v) limiti di applicazione della telemedicina, si rinvia al testo "Erogazione delle prestazioni di specialità ambulatoriale a distanza. Semplificazione dell'accesso alle cure" della Commissione Salute delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano e ai riferimenti normativi in esso contenuti.

Tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e rispettare le vigenti normative in materia di privacy e sicurezza.

Gli erogatori devono assicurare, altresì, quanto segue:

- Inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi e le modalità di pagamento, etc.

- Designare un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico-sanitaria e la sussistenza dei dovuti standard prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina, e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina.
- Erogare i servizi di telemedicina, in ogni loro fase, attraverso personale con le necessarie qualifiche, conoscenze e competenze, di cui alle disposizioni e normative di riferimento in relazione agli specifici servizi erogati.
- Assicurare un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo (acquisizione, consulto, refertazione), alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina.
- Adottare una procedura per assicurare idonea e preventiva informativa al cittadino sull'esecuzione della prestazione "a distanza".
- Assicurare all'utente la possibilità di accedere e consultare i propri dati acquisiti, gestiti e archiviati nell'ambito dei servizi erogati in telemedicina attraverso le infrastrutture regionali di FSE e Ritiro referti on Line.
- Adottare un piano formativo per l'addestramento del personale utilizzatore (pazienti, care givers, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate.
- Adottare, ove possibile, procedure per l'eventuale recupero, la pulizia, sanificazione e disinfezione e il ricondizionamento di tecnologie provenienti dal domicilio, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti.
- Adottare politiche di tutela per la sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati, conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la privacy e la sicurezza delle informazioni. I dati vengono gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste.
- Identificare le figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.
- Garantire la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie hw e sw in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio.
- Adottare un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina.
- Adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:

- la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, etc.) e di contesto sussistenti;
- la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale ripianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
- la formazione dell'utente/care giver, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.

Tra le azioni preliminari da mettere in atto si evidenziano:

- la sensibilizzazione sul tema dello staff della Direzione Generale e dei servizi con stimoli specifici (con particolare attenzione al tema negli acquisti, nei contratti di fornitura, dei colloqui e negli indirizzi al collegio di direzione)
- l'individuazione di una figura apicale che è stata inserita nello staff della direzione strategica, un medico esperto di telemedicina e di digital health, secondo quanto indicato nel documento di accordo stato regioni atto n. 215/CSR "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"
- Individuazione di figure riferimento nell'ingegneria e nei servizi informatici
- Valutazione dello stato dell'arte, delle opportunità e delle criticità locali
- Scelta di focus iniziale su Televista, Teleconsulto, Telemonitoraggio
- Analisi delle criticità (sicurezza, carenza infrastruttura tecnologica, scarse competenze digitali, resistenza al cambiamento).

Lo sviluppo delle azioni prevede l'individuazione di un programma condiviso tra le professionalità interessate dal processo di cambiamento.

2.b Sottosezione di Programmazione – Performance - Piano della Performance

Tra le finalità del presente documento assume particolare importanza la definizione degli obiettivi strategici e loro declinazione in obiettivi organizzativi ed individuali, assorbendo le finalità del Piano della Performance, previsto dal D. Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017 contenente modifiche al D. Lgs. 150/2009, e redatto ai sensi delle Linee Guida per il Piano della Performance n.1 Giungo 2017, emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, di seguito (DFP), in attuazione di quanto previsto dalla Legge 124/2015 di semplificazione delle norme in materia di valutazione dei dipendenti pubblici, di riconoscimento del merito e della premialità.

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti, ovvero dei propri utenti, e indiretti ovvero, delle istituzioni di riferimento, nel perseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e di sostenibilità economico-finanziaria ad essa assegnati. Questa sezione del PIAO è dunque, nel contesto interno, un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance aziendale, organizzativa e individuale. Con la sua adozione, inoltre, l'Azienda vuole orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione al fine di ottenere una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e una maggior attenzione di queste verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontazione e trasparenza e di promozione del merito.

Nel contesto esterno, si presenta come uno strumento di *accountability*, con il quale si comunica anche all'esterno ai propri portatori di interessi (*stakeholder*) priorità e risultati attesi, non ultimo evidenzia il contesto nel quale l'Azienda opera.

Il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente Mario Draghi e del Ministro per la pubblica amministrazione Renato Brunetta, nella seduta del 26 maggio u.s., ha approvato, in esame definitivo, il regolamento, da adottarsi mediante decreto del Presidente della Repubblica, recante l'individuazione e la soppressione degli adempimenti di programmazione relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in attuazione di quanto previsto dall'art. 6, comma 5, d.l. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 113/2021.

L'art. 1, del DPR in pubblicazione, rubricato "Individuazione di adempimenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" dispone per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO (cioè le amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2 del d.lgs. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti), la soppressione dei seguenti adempimenti assorbiti nel Piao:

- Piano dei fabbisogni (ex art. 6, commi 1, 4, 6 del);
- Piano delle azioni concrete (ex artt. 60-bis e 60-ter del d.lgs. 165/2001);
- **Piano della performance (ex art. 10, commi 1 e 1-ter, del d.lgs. 150/2009);**

- Piano di prevenzione della corruzione (ex art. 1, commi 5 e 60 della l. 190/2012);
- Piano organizzativo del lavoro agile (ex art. 14, c. 1, della l. 124/2015);
- Piani di azioni positive (ex art. 48, c. 1, del d.lgs. 198/2006);
- Piano delle dotazioni strumentali (ex art. 2, c. 594 della l. 244/2007).

Per “performance” si intende il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è costituita (D.Lgs. 150/2009).

Il Piano della Performance, come previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs 150/2009 e D.Lgs n.74/2017) rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance ed è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi dell’ASP CZ e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori (Art. 10 comma 1 lettera a – D.Lgs. 150/2009).

Il Piano definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Essendo un atto di programmazione pluriennale, il Piano è pertanto modificabile, con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- contesto interno ed esterno di riferimento;
- struttura organizzativa e, più in generale, modalità di organizzazione e funzionamento dell’Azienda Sanitaria (Piano di Organizzazione).

Nel Piano della Performance vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire “la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”, secondo quanto previsto dall’art. 10 comma 1 del D.Lgs. 150/2009.

Il Piano della Performance ha lo scopo di consentire la verifica interna ed esterna della “qualità” del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

L’art. 5 comma 2 del decreto richiede infatti che gli obiettivi siano:

- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzione, alle priorità politiche ed alle strategie dell’amministrazione;
- b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d. riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;

f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimenti, ove possibile, almeno al triennio precedente;

g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Dando avvio al Ciclo di Gestione della Performance, viene dichiarata la coerenza tra il ciclo della Performance, il Ciclo di programmazione economico – finanziaria e la programmazione strategica. A tal fine viene declinata la logica dell'efficientamento dell'Azienda attraverso il miglioramento complessivo dei processi e degli esiti, in termini di obiettivi generali ed obiettivi specifici, i primi (generali) determinati da linee di indirizzo regionali e nazionali e/o Decreti Regionali; i secondi (specifici) definiti dalla Direzione Aziendale, in coerenza con le priorità aziendali espresse e con il quadro di riferimento nel quale l'Azienda è chiamata ad agire nel triennio e nelle annualità successive.

Questa logica, che tende ad ottenere il massimo risultato possibile per ogni quantità di risorse disponibili, presuppone:

- l'individuazione preliminare di aree considerate critiche;
- la definizione di obiettivi generali;
- la definizione di obiettivi specifici;
- la definizione di obiettivi operativi con indicatori che misurino la performance organizzativa delle strutture aziendali, coerenti con l'impianto generale, da concordare con le macrostrutture e con le unità operative aziendali nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance annuale.

1. ANALISI DEL CONTESTO

1.1. – Analisi del contesto esterno

3.1.1. – Analisi ambientale

Il contesto demografico evidenzia una continua progressione di invecchiamento; nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad accrescersi così come aumenterà il bisogno di servizi socio – sanitari, legato alla crescita complessiva delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose; di particolare interesse per la programmazione sanitaria è l'evidenza che nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone molto anziane è destinato a registrare un brusco aumento con il conseguente incremento del bisogno di servizi sanitari che vanno continuamente adattati all'evoluzione del quadro nosologico.

Il contesto epidemiologico e l'analisi delle principali cause di mortalità evidenziano che i tumori e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti nell'ambito del territorio aziendale, da attribuirsi principalmente al progressivo invecchiamento dei residenti.

Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta perché le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità di vita e dei costi per le cure.

L'assistenza domiciliare per le malattie croniche nell'ASP CZ rappresenta l'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è una forma assistenziale in costante incremento, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliere.

Mobilità Passiva Ricoveri

L'analisi riportata nel presente paragrafo è riferita all'anno 2019, in quanto gli anni 2020 – 2021 sono stati caratterizzati dalla situazione emergenziale e l'attività ordinaria di ricovero ha risentito fortemente degli effetti della pandemia Covid-19.

Mobilità Passiva ASP Catanzaro - ricoveri ospedalieri fuori regione - anno 2019 - *Primi 20 DRG per numerosità di casi.*

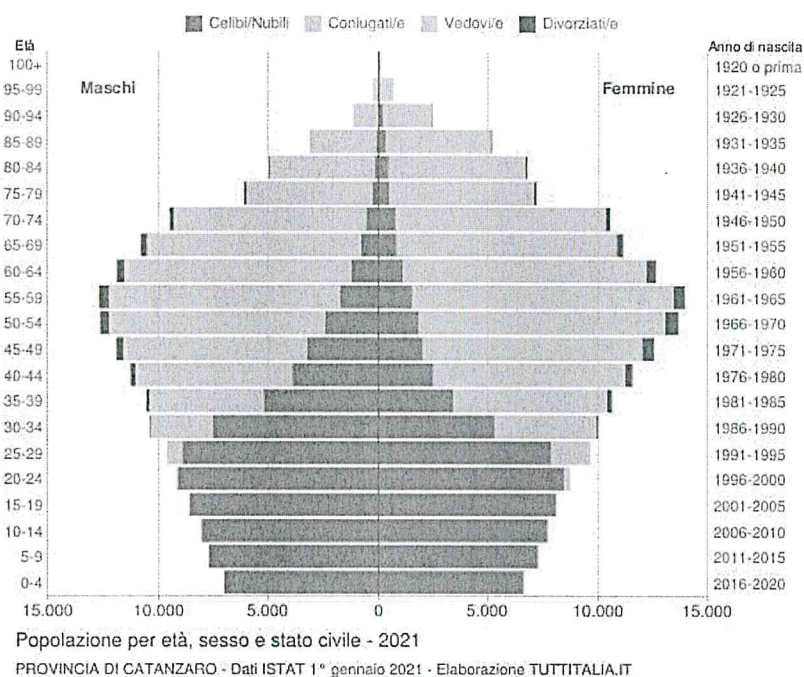
DRG e Descrizione	numero	importo
359 - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	175	364.579,60 €
410 - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	171	309.056,97 €
544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	137	1.193.220,62 €
256 - altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	128	388.533,07 €
35 - altre malattie del sistema nervoso senza cc	91	216.712,22 €
467 - altri fattori che influenzano lo stato di salute	90	45.042,06 €
119 - legatura e stripping di vene	88	135.764,12 €
12 - malattie degenerative del sistema nervoso	86	373.413,43 €
225 - interventi sul piede	83	170.932,72 €
158 - interventi su ano e stoma senza cc	70	50.236,32 €
430 - psicosi	68	152.490,35 €
125 - malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complica	66	120.282,25 €
288 - interventi per obesità	66	375.338,71 €
42 - interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	66	101.528,69 €
518 - interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica se	65	278.812,92 €
311 - interventi per via transuretrale senza cc	62	118.481,74 €
203 - neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	61	181.338,88 €
335 - interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc	58	324.946,00 €
409 - radioterapia	58	99.049,47 €
431 - disturbi mentali dell'infanzia	58	46.696,84 €
429 - disturbi organici e ritardo mentale	56	43.544,22 €
Tutti gli altri DRG	4.784	21.353.475,89 €
Totale ricoveri fuori regione	6.587	26.443.477,09 €

Mobilità Passiva ASP Catanzaro - ricoveri ospedalieri fuori regione - anno 2019 - *Primi 20 DRG per valore tariffario*

DRG e Descrizione	numero	importo
544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	137	1.193.220,62 €
104 - interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	21	593.680,83 €
498 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc	44	553.830,96 €
481 - trapianto di midollo osseo	7	509.005,43 €
541 - ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica >= 96 ore o diagnosi	8	390.449,27 €
256 - altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	128	388.533,07 €
288 - interventi per obesità	66	375.338,71 €
12 - malattie degenerative del sistema nervoso	86	373.413,43 €
480 - trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	5	368.748,80 €
359 - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	175	364.579,60 €
9 - malattie e traumi del midollo spinale	35	341.767,50 €
75 - interventi maggiori sul torace	38	338.121,90 €
149 - interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza cc	46	325.647,19 €
335 - interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc	58	324.946,00 €
558 - interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare	50	312.811,42 €
191 - interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc	22	312.527,25 €
410 - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	171	309.056,97 €
570 - interventi maggiori su intestino crasso e tenue con cc senza diagnosi gastrointestinale maggiore	28	308.435,42 €
49 - interventi maggiori sul capo e sul collo	14	301.093,68 €
515 - impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	17	294.946,21 €
546 - artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	13	293.761,35 €
Tutti gli altri DRG	5.418	16.859.161,48 €
Totale ricoveri fuori regione	6.587	25.433.077,09 €

3.1.2. – Popolazione

Nelle tabelle sottostanti sono riportati i principali valori e dati che caratterizzano e identificano la popolazione residente nel territorio dell'ASP CZ. Il periodo di riferimento è l'anno 2020.



La struttura della popolazione residente nel territorio della ASP CZ è di natura regressiva con una popolazione giovane minore di quella anziana.

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2002	60.777	245.163	63.194	369.134	39,7
2003	59.396	245.076	64.384	368.856	40,1
2004	57.738	246.160	65.072	368.970	40,4
2005	56.569	246.075	66.279	368.923	40,8
2006	55.081	245.636	66.907	367.624	41,1
2007	53.804	245.699	67.144	366.647	41,4
2008	52.863	247.072	67.720	367.655	41,7
2009	52.180	247.401	68.409	367.990	42,0
2010	51.623	247.907	68.689	368.219	42,2
2011	50.977	248.551	69.069	368.597	42,5
2012	49.459	241.200	69.124	359.783	42,9
2013	49.142	240.036	70.538	359.716	43,1
2014	49.140	242.576	72.263	363.979	43,4
2015	48.689	241.316	73.702	363.707	43,7
2016	48.037	240.201	74.819	363.057	43,9
2017	47.575	238.652	76.116	362.343	44,2
2018	47.068	236.786	76.969	360.823	44,5
2019*	45.418	229.697	76.950	352.065	44,8
2020*	44.547	226.414	78.383	349.344	45,2
2021*	44.344	220.165	79.930	344.439	45,5

<i>Anno</i>	<i>vecchiaia</i>	<i>dipendenza</i>	<i>ricambio</i>	<i>struttura</i>	<i>carico</i>	<i>natalità</i>	<i>Indice di</i>
		<i>strutturale</i>	<i>attiva</i>	<i>della</i>	<i>di figli</i>	<i>(x 1.000 ab.)</i>	<i>mortalità</i>
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
				<i>popolazione</i>	<i>per donna</i>		<i>(x 1.000 ab.)</i>
				<i>attiva</i>	<i>feconda</i>		
2002	104,0	50,6	73,3	82,4	19,2	9,0	8,4
2003	108,4	50,5	74,0	84,4	18,8	9,1	9,0
2004	112,7	49,9	74,6	86,4	18,3	9,0	8,5
2005	117,2	49,9	74,7	89,3	18,3	8,6	9,0
2006	121,5	49,7	73,1	91,9	18,0	8,8	8,7
2007	124,8	49,2	77,8	95,0	17,8	8,7	9,0
2008	128,1	48,8	82,9	97,5	17,8	8,6	9,3
2009	131,1	48,7	89,7	99,9	17,8	8,5	9,2
2010	133,1	48,5	97,6	102,9	17,7	8,6	8,9
2011	135,5	48,3	106,4	105,9	17,9	8,6	9,4
2012	139,8	49,2	111,7	108,6	18,0	8,8	9,8
2013	143,5	49,9	115,2	110,5	18,3	8,2	9,4
2014	147,1	50,0	117,3	112,8	18,2	8,3	9,6
2015	151,4	50,7	121,4	115,4	18,5	8,2	10,2
2016	155,8	51,1	124,4	117,3	18,6	8,4	9,7
2017	160,0	51,8	127,2	119,7	18,8	7,9	10,6
2018	163,5	52,4	132,8	122,2	18,8	7,5	10,7
2019	169,4	53,3	136,5	124,9	18,9	7,4	10,4
2020	176,0	54,3	140,5	127,5	18,7	7,2	10,8
2021	180,2	56,4	146,7	130,8	19,2	-	-

Indice di vecchiaia

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2021 l'indice di vecchiaia per la provincia di Catanzaro dice che ci sono 180,2 anziani ogni 100 giovani.

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Catanzaro nel 2021 ci sono 56,4 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in provincia di Catanzaro nel 2021 l'indice di ricambio è 146,7 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Indice di natalità

Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità

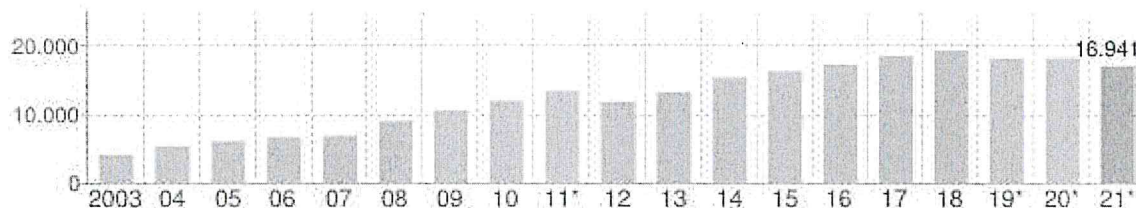
Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

Età media

È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con l'aspettativa di vita di una popolazione.

Stranieri residenti: i dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi

dimora abituale in Italia.

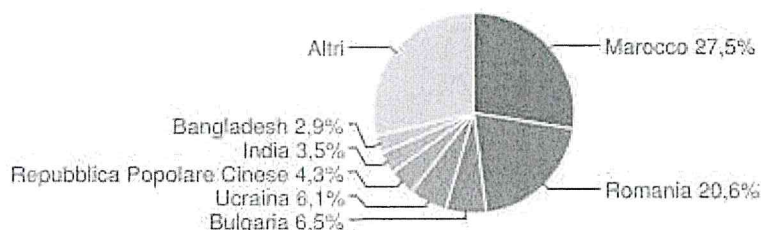


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2021

PROVINCIA DI CATANZARO - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal Marocco con il 27,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (20,6%) e dalla Bulgaria (6,5%).



3.1.3. – Sistema di offerta

L'ASP garantisce l'erogazione delle prestazioni per le seguenti tipologie di assistenza sanitaria:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Assistenza Sanitaria di Prevenzione

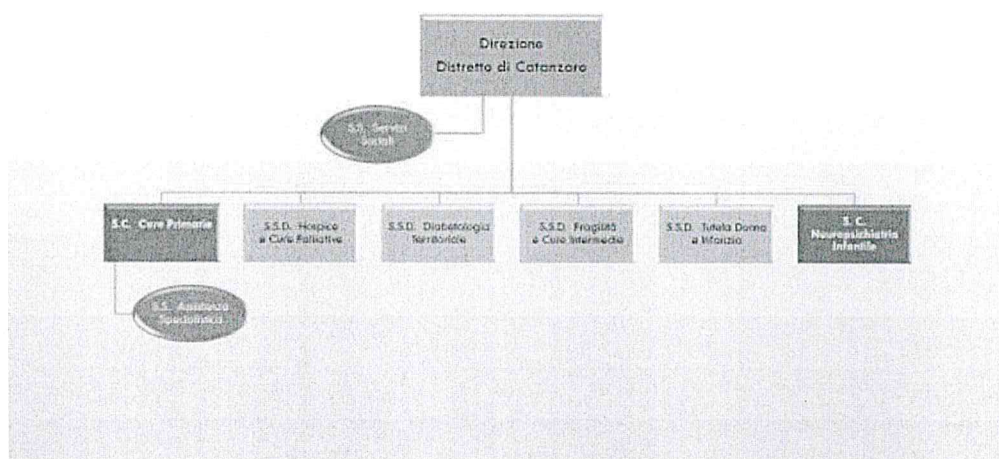
Le attività istituzionali sono eseguite principalmente presso le seguenti strutture:

Presidi Ospedalieri:

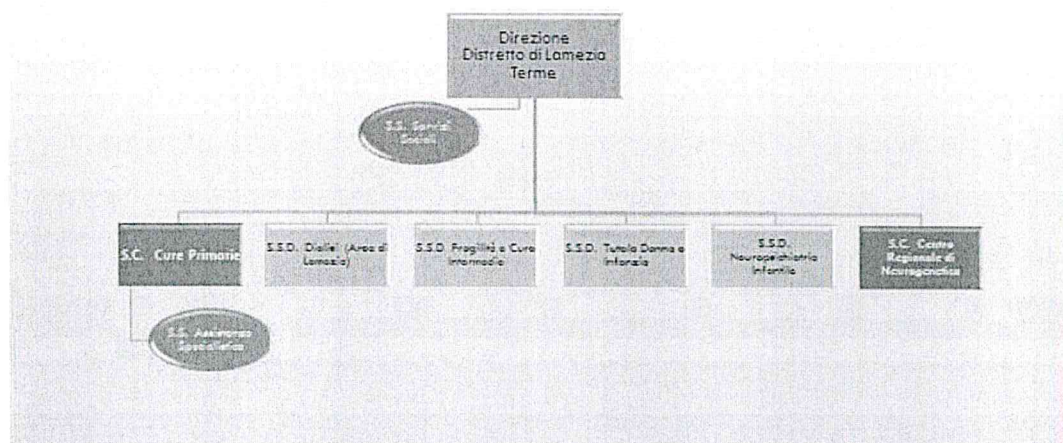
- Lamezia Terme – Ospedale “Giovanni Paolo II”
- Soverato
- Soveria Mannelli

Distretti:

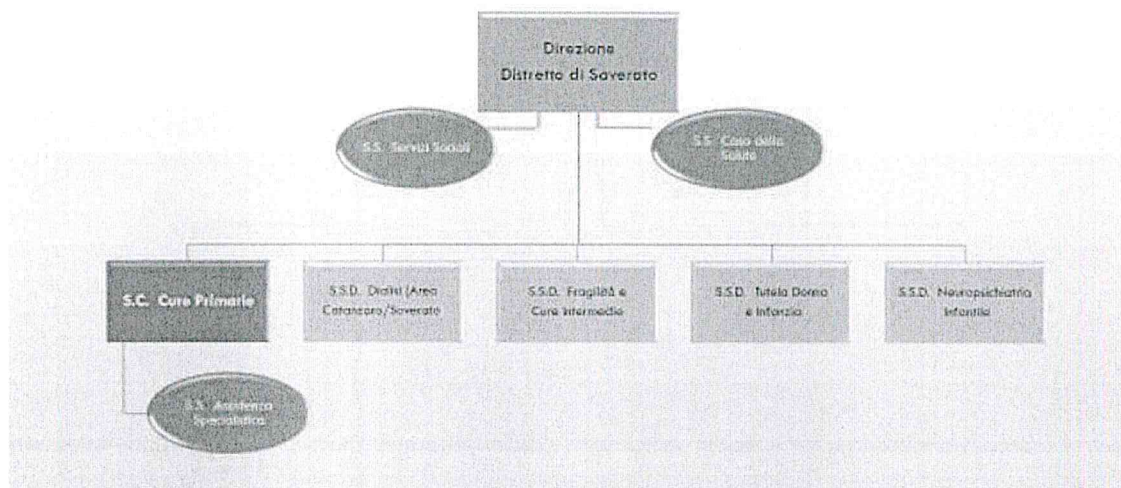
Distretto Sociosanitario di Catanzaro



Distretto Sociosanitario di Lamezia Terme



Distretto Sociosanitario di Soverato



In coerenza con quanto stabilito dall'articolo 17 bis del D. Lgs. n. 502/92, così come modificato ed integrato dal D. Lgs.n. 229/99, L'ASP di Catanzaro ha scelto l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività di propria competenza.

Il Dipartimento è un'aggregazione di Unità Operative Complesse e prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti sia di tipo professionale, in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi.

I Dipartimenti si dividono in Dipartimenti a Struttura (Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza e Dipartimento di Prevenzione) e Dipartimenti a Funzione.

Il Dipartimento a Funzione non attraversa verticalmente la struttura aziendale ma la coordina trasversalmente, intendendo con ciò che si tratta di una struttura di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Non ha un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti al Distretto ed agli Ospedali ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto.

I Dipartimenti a Struttura hanno una maggiore autonomia rispetto alle altre strutture organizzative aziendali (Ospedale e Distretto) e con una dirigenza "verticale" più marcata. Le unità dipartimentali sono dislocate nei tre distretti:

I Dipartimenti Sanitari dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro sono così articolati:

Dipartimenti Strutturali:

- **Dipartimento di Prevenzione,**
- **Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze**
- **Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche**

- **Dipartimento Emergenza-Urgenza**
- **Dipartimento di Medicina e delle Specialità Mediche**
- **Dipartimento Servizi Sanitari e di Supporto**

Dipartimenti Funzionali:

- **Dipartimento Materno-Infantile (Interaziendale)**
- **Dipartimento di Staff**
- **Dipartimento Amministrativo**

Direzione Sanitaria POU

- **Presidio Ospedaliero Unico**

Distretti:

- **Distretto Socio-Sanitario di Catanzaro**
- **Distretto Socio-Sanitario di Lamezia Terme**
- **Distretto Socio-Sanitario di Soverato**

I Dipartimenti menzionati trovano giustificazione nella logica organizzativa che individua il Dipartimento quale modello ideale di coordinamento con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per le attività ad esso correlate, finalizzato a perseguire obiettivi e finalità comuni.

Al Dipartimento competono, in ogni caso, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria e, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche);
- perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
- tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di budget con la Direzione Strategica ricercando la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;

- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Sono, inoltre, presenti sul territorio ASP CZ i presidi dell'Azienda Ospedaliera CZ (Pugliese Ciaccio), Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini, cinque case di cura private accreditate e diciotto erogatori di prestazioni specialistiche privati accreditati.

3.1.4. – Dati Sanitari

Il costante incremento della vita media della popolazione ha portato ad elevare notevolmente la speranza di vita alla nascita in entrambi i sessi. C'è stata, inoltre, una modificazione strutturale della mortalità per età e per causa. Al primo posto, tra le cause di decesso si rilevano in Italia, le malattie cronico – degenerative che avvengono in età sempre più avanzata mentre la mortalità per malattie infettive si riduce nel tempo. Il quoziente di mortalità della provincia per l'anno 2019 è risultato 103,41 (in leggera flessione rispetto all'anno precedente 103,73), inferiore al valore nazionale 106,24.

Nella tabella successiva sono riportati i quozienti di mortalità specifici per grandi gruppi di patologia della provincia di Catanzaro nonché lo stato di salute dei cittadini calabresi in confronto con le medie zonali.

Territorio	Catanzaro		
Sesso	totale		
Seleziona periodo	2019		
Tipo dato	morti	quoziente di mortalità (per 100.000)	
Causa iniziale di morte - European Short List			
alcune malattie infettive e parassitarie	73	2,06	
tumori	895	25,29	
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	17	0,48	
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	260	7,35	
disturbi psichici e comportamentali	107	3,02	
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	112	3,17	
malattie del sistema circolatorio	1497	42,31	
malattie del sistema respiratorio	281	7,94	
malattie dell'apparato digerente	111	3,14	
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	3	0,08	
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	26	0,73	
malattie dell'apparato genitourinario	70	1,98	
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	5	0,14	
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	5	0,14	
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	63	1,78	
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	134	3,79	
TOTALE	3659	103,41	

Misura per 100 persone con le stesse caratteristiche													
Tipo dato		persone in buona salute	persone con almeno una malattia cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie croniche in buona salute	malati cronici - affetti da diabete	malati cronici - affetti da ipertensione	malati cronici - affetti da bronchite cronica	malati cronici - affetti da artrosi, artrite	malati cronici - affetti da osteoporosi	malati cronici - affetti da malattie del cuore	malati cronici - affetti da malattie allergiche	malati cronici - affetti da disturbi nervosi
ziona Territorio													
2020 Italia		72	40,9	20,8	47,3	5,9	18,3	5,8	14,7	8,1	4,2	11,6	5
Nord		72,9	41,6	20,1	50,8	5,4	17,5	5,3	14,1	7	4,3	12,2	5
Nord-ovest		71,9	41,8	20,1	49,6	5,4	17,6	5,1	13,9	7,2	4,5	12,4	5
Nord-est		74,2	41,2	20	52,3	5,3	17,4	5,6	14,3	6,8	4,1	11,9	5
Centro		72,5	41,3	21,1	47,5	5,5	18,3	6	14,7	8,3	4,2	11,7	5
Sud		70,8	39,4	21,4	42,8	7	19,3	6,5	15,3	8,8	4	10,4	5
Isole		69,7	40,5	22,3	41,2	6,7	19,9	5,7	16,1	10,4	4,1	11,5	5
Calabria		64,9	37,4	22,6	30,1	7,9	20,5	4,9	15,8	8,6	4,1	8,7	6

La tabella che segue evidenzia le prestazioni specialistiche che hanno generato entrate proprie nel corso degli ultimi tre esercizi. Al riguardo si evidenzia l'importante impatto che la Pandemia ha avuto sull'esecuzione delle prestazioni con conseguente provvedimento regionale (DCA 13/2022) finalizzato al recupero delle Liste di Attesa.

Valori			
ASP CZ			
Prestazioni Specialistiche	VAL_TICKET	NETTO_SSN	QUOTA_RIC
DCA 13-2022	2.413.231,81	15.711.160,40	466.142,00
2019	1.161.310,85	6.912.916,24	326.042,00
2020	650.729,01	4.996.311,03	118.905,00
2021	601.191,95	3.801.933,13	21.195,00
ALTRO	4.596.098,74	51.899.042,87	1.297.145,00
2019	1.713.431,45	20.480.260,50	785.363,00
2020	1.415.003,62	16.902.867,27	432.982,00
2021	1.467.663,67	14.515.915,10	78.800,00
Totale complessivo	7.009.330,55	67.610.203,27	1.763.287,00

		Valori		
ASP CZ	Prestazioni Specialistiche	VAL_TICKET	NETTO_SSN	QUOTA_RIC
DCA 13-2022		2.413.231,81	15.711.160,40	466.142,00
2019		1.161.310,85	6.912.916,24	326.042,00
	DISTRETTO CATANZARO	230.141,93	990.678,30	102.547,00
	DISTRETTO LAMETINO	75.260,02	459.224,13	34.577,00
	DISTRETTO SOVERATO	120.847,61	620.729,99	56.525,00
	P.O. LAMEZIA TERME	395.851,95	2.377.635,86	73.614,00
	P.O. SOVERATO	207.904,84	1.008.896,57	27.029,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	24.907,46	235.510,67	3.793,00
	PRIVATO ACCREDITATO	106.397,04	1.220.240,72	27.957,00
2020		650.729,01	4.996.311,03	118.905,00
	DISTRETTO CATANZARO	88.458,25	440.520,23	28.461,00
	DISTRETTO LAMETINO	38.028,08	174.167,31	11.794,00
	DISTRETTO SOVERATO	66.222,53	274.883,59	20.886,00
	P.O. LAMEZIA TERME	200.524,33	1.813.282,86	23.684,00
	P.O. SOVERATO	120.518,98	865.071,63	12.545,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	11.684,44	179.767,48	1.129,00
	PRIVATO ACCREDITATO	125.292,40	1.248.617,93	20.406,00
2021		601.191,95	3.801.933,13	21.195,00
	DISTRETTO CATANZARO	111.398,04	449.063,34	5.471,00
	DISTRETTO LAMETINO	57.856,95	252.572,46	2.736,00
	DISTRETTO SOVERATO	79.500,27	358.292,16	3.832,00
	P.O. LAMEZIA TERME	182.361,88	1.497.138,35	5.019,00
	P.O. SOVERATO	158.185,11	1.099.480,91	3.859,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	11.889,70	145.385,91	278,00
ALTRO		4.596.098,74	51.899.042,87	1.297.145,00
2019		1.713.431,45	20.480.260,50	785.363,00
	DISTRETTO CATANZARO	233.476,86	2.006.740,91	132.018,00
	DISTRETTO LAMETINO	76.242,32	532.184,30	47.969,00
	DISTRETTO SOVERATO	238.599,58	1.881.184,87	128.156,00
	P.O. LAMEZIA TERME	580.553,99	6.926.947,44	269.232,00
	P.O. SOVERATO	288.049,45	3.281.728,80	105.199,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	84.894,28	1.024.982,35	42.517,00
	PRIVATO ACCREDITATO	211.614,97	4.826.491,83	60.272,00
2020		1.415.003,62	16.902.867,27	432.982,00
	DISTRETTO CATANZARO	125.201,57	1.281.949,24	47.024,00
	DISTRETTO LAMETINO	58.867,54	358.776,59	21.595,00
	DISTRETTO SOVERATO	163.663,12	1.546.931,11	56.220,00
	P.O. LAMEZIA TERME	408.935,97	6.133.474,01	139.842,00
	P.O. SOVERATO	189.831,59	2.516.519,39	54.406,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	47.865,47	791.802,41	19.548,00
	PRIVATO ACCREDITATO	420.638,36	4.273.414,52	94.347,00
2021		1.467.663,67	14.515.915,10	78.800,00
	DISTRETTO CATANZARO	140.260,56	1.290.811,79	8.826,00
	DISTRETTO LAMETINO	82.576,31	461.645,46	5.262,00
	DISTRETTO SOVERATO	212.469,68	1.767.549,58	12.059,00
	P.O. LAMEZIA TERME	661.130,12	6.929.150,85	34.938,00
	P.O. SOVERATO	288.670,18	3.063.935,16	12.720,00
	P.O. SOVERIA MANNELLI	82.556,82	1.002.822,26	4.995,00
Totale complessivo		7.009.330,55	67.610.203,27	1.763.287,00

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	2018	2019	2020	2021
DIP3-DIPARTIMENTO MEDICINA E SPECIALITÀ MEDICHE	3.877	3.932	2.823	3.491
DRG CLASSE 1	52	41	27	27
DRG CLASSE 2	75	114	47	81
DRG CLASSE 3	0	1	1	2
ALTRO	3.750	3.776	2.748	3.381
DIP4 -DIPARTIMENTO CHIRURGIA E SPECIALITÀ CHIRURGICHE	4.615	4.789	3.373	4.028
DRG CLASSE 1	244	243	195	239
DRG CLASSE 2	1.521	1.607	1.305	1.526
DRG CLASSE 3	977	1.057	707	879
ALTRO	1.873	1.882	1.166	1.384
DIP6 -DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	170	186	155	164
DRG CLASSE 1	12	9	14	22
DRG CLASSE 2	5	1	5	3
DRG CLASSE 3	0	1	1	0
ALTRO	153	175	135	139
DIP7 -DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	5.415	5.241	3.695	4.091
DRG CLASSE 1	106	192	154	164
DRG CLASSE 2	370	489	268	462
DRG CLASSE 3	8	7	2	5
ALTRO	4.931	4.553	3.271	3.460
DIP9 -DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	268	297	215	231
DRG CLASSE 3	0	0	1	0
ALTRO	268	297	214	231
	0	0	0	26
ALTRO	0	0	0	26
Totale complessivo	14.345	14.445	10.261	12.031

Attività strutture private accreditate territorio ASP CZ

Tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e dell'incremento dei casi sul territorio nei primi mesi del 2021, a livello regionale sono state definite misure di carattere straordinario finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria e ad assicurare una gestione ordinata della stessa.

Le mutate condizioni sanitarie hanno determinato una maggiore integrazione delle strutture private accreditate nell'offerta di servizi sanitari in seguito alle misure straordinarie contro la diffusione del contagio da SARS-Cov-2, attuate sia a livello nazionale che regionale, con l'effetto immediato, negli anni 2020 e 2021, di contrarre l'offerta nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche con sensibile riduzione tra l'altro della mobilità passiva extra-regionale¹.

La Regione Calabria, con nota protocollo n.157138 del 30 marzo 2022, ha invitato, per quanto precede, alla valutazione delle richieste di deroghe avanzate dalle strutture private accreditate per effetto degli eventi straordinari occorsi.

Riscontrata la necessità primaria (DCA n. 13/2022), altresì, di recuperare le liste di attesa di

¹ La Regione Calabria, a differenza, di altre regioni, ha altresì mantenuto in seno all'area pubblica la gestione dell'evento pandemico (posti letto dedicati, tamponi e vaccinazione).

ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché di far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dall'esigenza di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid-19, è stata introdotta la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare apposite convenzioni con gli erogatori privati, per importo definito, concorrendo al piano di cui alla legge 30 dicembre 2021, n. 234 – art. 1, commi 276 e 279.

Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa

La Regione Calabria ha assegnato all'ASP CZ per l'anno 2021 un finanziamento complessivo di euro 2.476.988,91 per il recupero delle liste di attesa di prestazioni di ricovero ospedaliero, specialistica ambulatoriale e di screening oncologico non erogate nel periodo emergenziale con i seguenti provvedimenti:

- DCA n. 88 del 23.05.2019 ad oggetto "Recepimento Accordo Stato – Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 concernente "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266" – Adozione di piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA);
- DCA n. 137 del 28 ottobre 2020 recante "Programma Operativo 2019 – 2021. Programma 14 – Prevenzione – 14.2 Screening – Modifiche e integrazioni al DCA n. 50 del 4 giugno 2015";
- DCA n. 13 del 25.02.2022 ad oggetto "Piano di Recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 – art. 1, commi 276 e 279".

I livelli di attività erogati dall'ASP nell'anno 2020 e nei primi mesi del 2021 sono stati fortemente condizionati dalle misure adottate per fronteggiare la pandemia da Covid-19.

L'Azienda ha dovuto ricorrere necessariamente a prestazioni aggiuntive per poter riavviare progressivamente l'attività ordinaria con l'obiettivo prioritario di recuperare le liste di attesa, con particolare attenzione alle prestazioni con tempi di attesa al di sopra degli standard o che presentano situazioni di maggior criticità.

L'Azienda ha in fase di predisposizione delle "schede progetto" condivise con i Direttori di Struttura per proporre progetti operativi da sottoporre alla valutazione della Direzione Generale. Le schede progetto sono distinte per i tre setting assistenziali, ricoveri, specialistica ambulatoriale, screening e contengono tempi di realizzazione del progetto, le ore e la tipologia di personale coinvolto.

In particolare il recupero di produttività delle Aziende Sanitarie finalizzato al recupero / abbattimento dei tempi di attesa sarà concentrato sugli interventi e prestazioni ambulatoriali monitorate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa. Analoga attività di recupero dell'attività riguarderà l'area degli screening oncologici, i cui target per l'anno 2022 saranno definiti dal competente settore regionale. La Direzione Generale dell'ASP CZ ha coinvolto i direttori di dipartimento e i direttori di struttura complessa, invitandoli a farsi parte attiva nella condivisione di tali obiettivi nell'ambito delle sedi ospedaliere e territoriali, progettando e mettendo in atto azioni volte al pronto recupero di produttività.

Nel corso del 2022 l'ASP aderendo al DCA n. 13/2022 ha emanato un atto d'indirizzo con delibera n. 292/2022 per recuperare le Liste di Attesa bloccate per l'emergenza COVID. In particolare attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive si sta procedendo al recupero sia degli interventi chirurgici, delle prestazioni di screening oncologici e prestazioni territoriale ambulatoriali. Inoltre le strutture private, chiamate a partecipare con specifico avviso pubblico, saranno coinvolte nel processo di recupero delle prestazioni.

Gli investimenti economici per linea di attività sono:

RECUPERO PRESTAZIONI OSPEDALIERE ASP DI CATANZARO			
MODALITA' ORGANIZZATIVE	Volume di prestazioni (Numero interventi Chirurgici anno 2022)	Corrispondente alla % di recupero stimata sul Totale	Finanziamento Stimato Prestazioni
Programma di prestazioni aggiuntive	580	35%	264.011,97 €
Assunzione/Riallocazione Personale	580	35%	264.011,97 €
Comittenza a Privato Accreditato	497	30%	226.295,97 €
TOTALE	1.658		754.319,90 €

RECUPERO PRESTAZIONI DI SCREENING ASP DI CATANZARO					
MODALITA' ORGANIZZATIVE	Volume totale di Inviti	Volume totale di Prestazioni	Corrispondente alla % di recupero stimata sul Totale	Finanziamento Stimato Inviti	Finanziamento Stimato Prestazioni
Programma di prestazioni aggiuntive	21.201	9.886	35%	30.239,98 €	111.338,91 €
Assunzione/Riallocazione Personale	21.201	9.886	35%	30.239,98 €	111.338,91 €
Comittenza a Privato Accreditato	18.173	8.474	30%	25.919,98 €	95.432,39 €
TOTALE	60.575	28.246		86.399,94 €	318.110,21 €

RECUPERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ASP DI CATANZARO			
MODALITA' ORGANIZZATIVE	Volume di prestazioni (Numero di Prestazioni da effettuare anno 2022)	Corrispondente alla % di recupero stimata sul Totale	Finanziamento Stimato Prestazioni
Programma di prestazioni aggiuntive	107.360	30%	395.447,66 €
Incremento monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna	107.360	30%	395.447,66 €
Comittenza a Privato Accreditato	107.360	30%	395.447,66 €
Ricorso alla Telemedicina	35.787	10%	131.815,89 €
TOTALE	357.866		1.318.158,85 €

3.2 – Analisi del contesto interno

3.2.1 Il modello organizzativo dell'ASP CZ

L'organizzazione dell'ASP CZ è strutturata, pur garantendo l'unitarietà nella sua declinazione, assumendo a riferimento la distinzione tra funzioni strategiche e di governo poste in capo alla Direzione Aziendale e compiti gestionali ed operativi attribuiti ai vari livelli organizzativi aziendali.

Il modello organizzativo dell'Azienda è fondato sulla distinzione tra le macro funzioni di:

a) **governo**, intendendosi per tali l'insieme delle attività di Direzione strategica concernenti la pianificazione, la programmazione, l'alta amministrazione, il controllo strategico e la vigilanza;

b) **supporto**, intendendosi per tali quelle deputate a supportare la Direzione Aziendale e le strutture con funzioni di tutela e produzione nell'espletamento dei propri compiti istituzionali;

c) **tutela**, intendendosi per tali l'insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini attraverso l'analisi e il governo della domanda sanitaria;

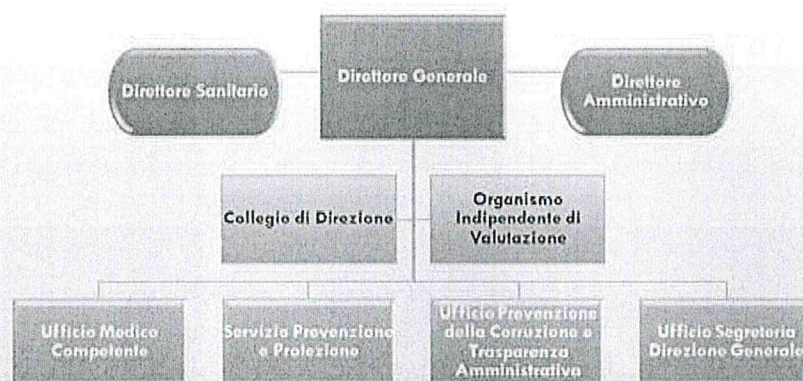
d) **produzione**, intendendosi per tali l'insieme delle attività volte alla produzione di servizi sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, unitamente a quelle di prevenzione, diagnosi e cura, finanche alle attività in regime di libera professione.

Il Piano di Organizzazione Aziendale è parte integrante dell'Atto Aziendale dell'ASP CZ, temporalmente vigente, il cui testo definitivo è stato adottato con Deliberazione n. 672 del 12.08.2015.

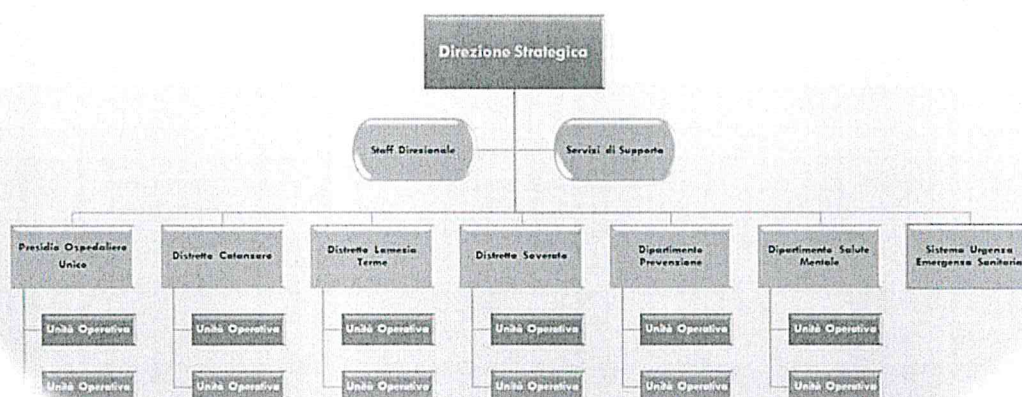
L'Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione Aziendale dell'ASP CZ sono consultabili nel sito aziendale all'indirizzo: www.asp.cz.it. L'Azienda si articola in:

- Direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- tre sedi ospedaliere;
- tre Distretti;
- dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- strutture complesse, con attribuzione di risorse nell'ambito del dipartimento strutturale di afferenza, individuate, per i settori medico e sanitario, con riferimento alle discipline di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i;
- per i settori amministrativi, tecnici, gestionali e di staff con riferimento a competenze distinte che si sono andate definendo nello sviluppo delle attività, la cui complessità organizzativa non giustifica la presenza di struttura complessa;
- strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- strutture semplici di staff quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo in staff alla Direzione aziendale

Direzione Strategica



Microstruttura Organizzativa



3.2.2 – Risorse umane e professionali

L'ASP CZ si avvale della collaborazione di circa 2.700 dipendenti, la cui suddivisione in macro qualifiche è rappresentata nella tabella sottostante.

	BORSA DI STUDIO	LIBERO PROFESSIONA LE	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINA TO	Totale complessivo
Borsa di Studio	1	0	0	0	1
Borsa di Studio	1	0	0	0	1
Equipe socio-psico pedagogica*	0	0	0	57	57
Ruolo amministrativo	0	0	0	324	324
COMP.	0	0	0	316	316
DIR.	0	0	0	8	8
Ruolo professionale	0	0	1	7	8
COMP.	0	0	0	3	3
DIR.	0	0	1	4	5
Ruolo sanitario	0	10	76	1.762	1.848
COMP.	0	4	58	1.209	1.271
DIR.	0	6	18	553	577
Ruolo tecnico	0	0	2	469	471
COMP.	0	0	2	464	466
DIR.	0	0	0	5	5
Totale complessivo	1	10	79	2.619	2.709

* L'Equipe socio-psico pedagogica individua il personale appartenente al contingente di cui alla Legge 57/1990, transitato nell'ASP CZ in esecuzione del Decreto della Regione Calabria n.2225 del 10 marzo 2008 e successivo Decreto n. 7594 del 13 giugno 2008, a seguito del "Piano di trasferimento" approvato dalla Giunta Regionale con atto n. 620 del 28 settembre 2007. L'ASP CZ è intervenuta, sull'Equipe, con Deliberazione n. 51 del 19 gennaio 2022.

L'ASP CZ si avvale, altresì, della collaborazione di n. 275 Medici di Medicina Generale (MMG) che assistono una popolazione pari a 293.849 unità e 50 Pediatri di Libera Scelta (PLS) che assistono una popolazione pari a 40.257 di minori fino ai 14 anni. I medici titolari della continuità assistenziale (MCA) sono 126 di questi 26 sono, anche, MMG nella stessa azienda. In ragione della specifica sperimentazione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) 23 medici di CA sono andati a completamento orario. Oltre ai medici titolari sono presenti 122 medici con incarico a tempo determinato. Oltre ai MMG, PLS e MCA svolgono la propria attività in Azienda, anche, 75 Specialisti ambulatoriali.

L'ASP CZ ha provveduto, altresì, alla determinazione del fabbisogno di personale da destinare alle aree aziendali come riportato nei prospetti che seguono finalizzato alla sostituzione del personale alla fine del ciclo lavorativo nonché ad integrazione del personale carente.

RIEPILOGO FABBISOGNO PERSONALE AREA TERRITORIALE	
Dirigenti Medici	255
Dirigenti Veterinari	34
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	52
Personale di Vigilanza e Ispezione	53
Farmacisti	20
Personale Infermieristico	504
Personale Tecnico Sanitario	14
Personale della Riabilitazione	100
OSS	143
Autisti - Emergenza Territoriale	96
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	180
Ruolo Amministrativo e Professionale	309
TOTALE PERSONALE AREA TERRITORIALE	1760

FABBISOGNO PERSONALE MEDICINA PENITENZIARIA E REMS	
Dirigenti Medici	7
Dirigenti Veterinari	0
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	3
Personale di Vigilanza e Ispezione	0
Farmacisti	0
Personale Infermieristico	51
Personale Tecnico Sanitario	0
Personale della Riabilitazione	16
OSS	48
Autisti - Emergenza Territoriale	0
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	1
Ruolo Amministrativo e Professionale	2
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	128

FABBISOGNO PERSONALE CENTRO REGIONALE DI NEUROGENETICA	
Dirigenti Medici	5
Dirigenti Veterinari	0
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	1
Personale di Vigilanza e Ispezione	0
Farmacisti	0
Personale Infermieristico	0
Personale Tecnico Sanitario	0
Personale della Riabilitazione	0
OSS	0
Autisti - Emergenza Territoriale	0
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	1
Ruolo Amministrativo e Professionale	0
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	7

3.2.3 – Risorse tecnologiche Risorse tecnologiche biomediche

Le apparecchiature biomedicali presenti nell'Azienda Sanitaria sono riportate nel libro Inventari e valorizzate in bilancio.

In questi ultimi anni si sta assistendo ad un crescente utilizzo delle tecnologie in tutti gli aspetti della vita. Il progresso tecnologico ha già avuto un forte impatto sulla totalità dei settori lavorativi con profondi cambiamenti nei processi produttivi, organizzativi e sociali. In ambito sanitario, l'introduzione di nuove tecnologie informatiche e biomediche ha determinato modifiche significative nel lavoro quotidiano di molti operatori sanitari attraverso l'evoluzione dei processi organizzativi e l'avvento di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici e di innovativi modelli di assistenza al cittadino-paziente.

Ogni giorno gli operatori sanitari si trovano ad utilizzare dispositivi che si sono evoluti in sistemi integrati ed interconnessi dove i dati sensibili vengono scambiati, archiviati e sono potenzialmente fruibili su qualsiasi piattaforma (Cloud Computing, Internet of things, Mobile Health).

Nell'ASP di Catanzaro si intende garantire un processo di innovazione ciclico che preveda il coinvolgimento congiunto di attori differenti in vari momenti del percorso di acquisizione delle nuove tecnologie, soprattutto in considerazione della evoluzione dell'innovazione in ambito sanitario. Infatti con il DCA 141 del 6.11.2020 avente per oggetto: "*DCA n. 183 del 19/12/2019 avente ad oggetto "Approvazione del 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. Modifiche ed integrazioni"*", sono stati inseriti gli investimenti per le grandi apparecchiature. In particolare il DCA prevede la sostituzione della TAC della Radiologia ed il potenziamento con una nuova TAC per il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme; la sostituzione della TAC del Presidio Ospedaliero di Soveria Mannelli; il potenziamento con una nuova TAC per il Poliambulatorio di Catanzaro Lido. Viene, inoltre, prevista la sostituzione della Risonanza Magnetica e del Mammografo del P.O. di Lamezia Terme. La TAC in dotazione alla Radiologia del P.O. di Soverato è stata oggetto di aggiornamento nell'anno 2019.

E' bene sottolineare che l'ASP di Catanzaro ha investito nelle nuove tecnologie acquistando nuovi ecografi per le UU.OO. Ospedaliere. Si è potenziato il Laboratorio Analisi e l'Anatomia Patologica acquistando nuovi elettromedicali. Anche l'attività chirurgica è stata potenziata acquistando un amplificatore di brillantezza per il P.O. di Soverato, due ulteriori amplificatori di brillantezza per il P.O. di Lamezia Terme (procedura in itinere) ed un Microscopio Operatorio per l'Oculistica del P.O. di Lamezia Terme. E' stata potenziata la dotazione di elettromedicali per la Riabilitazione, la Pneumologia ed il Centro COVID aggregato alla U.O. di Medicina Interna del P.O. di Lamezia Terme.

Anche il SEU 118 è stato potenziato acquistando 15 nuovi defibrillatori con la possibilità di trasmettere gli elettrocadiogrammi alle Cardiologie/UTIC per le valutazioni dei casi dubbi.

Il medico contribuisce alla fase di identificazione del bisogno in qualità di utilizzatore delle tecnologie innovative, in quanto a sua volta è "agente" del fruitore finale (il paziente). In

campo biomedico è necessario effettuare anche la valutazione della sicurezza del prodotto “nuovo” rispetto ad alternative già presenti in Azienda.

Inoltre, sono stati approvati dalla Regione Calabria con DCA 16/2022 i PNRR per gli investimenti nelle alte tecnologie;

RILEVAZIONE NAZIONALE DEL FABBISOGNO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - PNRR		AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO							
		Apparecchiatura da sostituire			Nuova apparecchiatura				
Tipologia di ecotomografi richiesti (Ectomographic devices)	Numero apparecchiature	Marca	Modello	Anno collaudo	Presidio di installazione		Stima costo apparecchiatura	COSTO SENZA IVA	IVA
Multifunzione (multimodal)	9	KRETZTECHNIK	KRETZTECHNIK AG SA 6000	06/09/2008	CONSULENZA FAMILIARE CATANZARO		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		KONTRON MEDICAL	KONTRON MEDICAL SA IMAGIC MASTRO	12/06/2007	P.S.T. UMBERTO I° CZ		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		KONTRON INSTRUMENTS	KONTRON INSTRUMENTS SPA S.G.M.A. 5000 SERIES	06/05/2007	P.S.T. UMBERTO I° CZ		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		B & K MEDICAL	B & K MEDICALS 2002 PANTHER	04/04/2007	P.S.T. UMBERTO I° CZ		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ P6 PRO	12/10/2015	P.S.T. CZ LUD		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		AGILENT TECHNOLOGIES	AGILENT TECHNOLOGIES HP 8112 E STORAGE POINT H	12/10/2015	P.S.T. CZ LUD		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ 100 PRO	12/10/2015	P.S.T. CZ LUD		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		PIE MEDICAL	PIE MEDICAL EQUIPMENT BY SCANNER 340 PARUS	09/03/2016	P.S.T. GRIFALDO		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		HITACHI ALOKA	HITACHI ALOKA MEDICAL LTD SSD 1400	23/09/2009	P.S.T. SOVERATO		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
				GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ P6 PRO	12/10/2015	P.O. SOVERATO		82.000,00 €
Cardiologia	3	GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ P6 PRO	10/03/2011	P.O. LAMEZIA TERME		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ 100 PRO	10/03/2011	P.O. LAMEZIA TERME		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
Cardiologia 3D	1	B & K MEDICAL	B & K MEDICALS 2002 PANTHER	10/03/2011	P.O. LAMEZIA TERME		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
Cardiologia 3D	1	GE MEDICAL SYSTEMS	GE MEDICAL SYSTEMS LOGIQ P6 PRO	12/10/2015	P.O. LAMEZIA TERME		82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
Totale		14					82.000,00 €	67.213 €	14.787 €
		Apparecchiatura da sostituire			Nuova apparecchiatura				
Tipologia di apparecchiature di radiologia (fixed X-Ray System)	Numero apparecchiature	Marca	Modello	Anno collaudo	Presidio di installazione		Stima costo apparecchiatura	COSTO SENZA IVA	IVA
Telecomandi digitali per esami di reparto	3	G.E.	TELECOMANDO G.E. S/N 10710 CXT	13/04/1999	P.O. SOVERATO		247.700,00 €	203.033 €	44.667 €
		SIEMENS	TELECOMANDO SIEMENS	10/04/1989	P.O. SOVERATO MARINELLI		247.700,00 €	203.033 €	44.667 €
		SMAM	PORTATILE CON B MOBILE DRIVE SMAM S/N 19555	12/03/1999	P.O. LAMEZIA TERME		247.700,00 €	203.033 €	44.667 €
Telecomandi digitali per esami di pronto soccorso	1	PHILIPS	TELECOMANDO PHILIPS	24/10/1997	P.O. LAMEZIA TERME Pronto Soccorso		247.700,00 €	203.033 €	44.667 €
Totale		4					247.700,00 €	203.033 €	44.667 €
		Apparecchiatura da sostituire			Nuova apparecchiatura				
Ulteriori apparecchiature	Numero apparecchiature	Marca	Modello	Anno collaudo	Presidio di installazione		Stima costo apparecchiatura	COSTO SENZA IVA	IVA
Sistemi portatili per radiologia digitale diretta (DR) per esami di pronto soccorso	1	SMAM	PORTATILE CON B S/N MOBILE DRIVE SMAM S/N	12/03/1999	P.O. Lamezia Terme Pronto Soccorso		290.600,00 €	232.000 €	58.600 €
		EUROCOLLUMBUS	PORTATILE CON B EUROCOLLUMBUS S/N 1437	12/03/1999	P.O. Soverato Marcellini Pronto Soccorso		290.600,00 €	232.000 €	58.600 €
Sistemi portatili per radiologia digitale diretta (DR)	1	PENKEL S.I.A.S.	PORTATILE CON B GIARDONI	21/06/1994	P.O. Lamezia Terme Pronto Soccorso		290.600,00 €	232.000 €	58.600 €
Sistemi portatili per radiologia digitale diretta (DR)	2	EUROCOLLUMBUS	PORTATILE CON B EUROCOLLUMBUS S/N 1407	12/03/1999	P.O. Lamezia Terme		244.000,00 €	200.000 €	44.000 €
		EUROCOLLUMBUS	PORTATILE CON B EUROCOLLUMBUS S/N 1407	12/03/1999	P.O. Soverato		244.000,00 €	200.000 €	44.000 €
Totale		6					290.600,00 €	232.000 €	58.600 €
Totale complessivo		24					5.712.600,00 €	3.083.115 €	669.485 €

Nell'ASP di Catanzaro attraverso il Servizio di Ingegneria Biomedica si adottano i principi e gli strumenti dell'Health Technology Assessment (HTA) che studia le implicazioni mediche, sociali, organizzative, etiche nell'adozione e diffusione dell'uso di una tecnologia biomedica. L'esito di questo processo è la reale diffusione della tecnologia biomedica nell'ambito della pratica clinica.

Nel decidere se adottare o meno una innovazione tecnologica occorre disporre di un'approfondita conoscenza del proprio contesto di riferimento sostenendo un'attività valutativa che possa, in tempi brevi, stabilire, rispetto alle potenzialità che l'innovazione offre, il reale bisogno nel proprio contesto assistenziale.

In conclusione, il governo delle innovazioni tecnologiche rappresenta per i medici e i professionisti dell'ASP, un'opportunità di esprimere le proprie capacità tecnico-professionali e di vederle sostenute attraverso un processo di valutazione finalizzato a fornire informazioni relative a tre aspetti principali:

1. la contestualizzazione dell'innovazione sanitaria nei percorsi di cura, utile a definire il ruolo clinico e assistenziale dell'innovazione tecnologica, le sue potenzialità di efficacia e i risultati ottenibili rispetto alla pratica assistenziale in uso;
2. la ricerca e la valutazione necessarie a dimostrare le potenzialità ipotizzate dell'innovazione e, conseguentemente, a risolvere le problematiche diagnostico-terapeutiche garantendo al paziente l'efficacia erogativa;

3. l'implementazione dell'innovazione si attua attraverso piani di adozione finalizzati ad un utilizzo coerente della nuova tecnologia ed una corretta collocazione della stessa con le strategie del contesto di riferimento.

L'ASP di Catanzaro, inoltre, al fine di incrementare l'attrazione degli utenti, intende dotarsi di una **CHIRURGIA ROBOTICA** multidisciplinare con le tecnologie oggi presenti sul mercato che consentono di operare nel campo ortopedico, chirurgico addominale, urologico e ginecologico.

Le tecnologie di chirurgia robotica permettono, con controllo a distanza dalla consolle, di simulare i movimenti della mano dei chirurghi nello spazio con più gradi di libertà e consentono di effettuare più agevolmente manovre complesse perché in grado di eseguire rotazioni con ampiezza superiore al polso del chirurgo e manovre più precise. Le tecniche chirurgiche, laparoscopiche e laparotomiche, consentono di eseguire manovre inedite poiché il robot è dotato di movimenti ulteriori a quelli della mano del chirurgo, offrendo, inoltre, la possibilità di operare su più quadranti.

Siccome la chirurgia robotica ha uno specifico campo di applicazione, si punterà inizialmente sulla Chirurgia Generale per passare a robot che permettano di compiere interventi di chirurgia ortopedica su tutte le articolazioni interessate. Il robot per la chirurgia ortopedica sarà selezionato solo dopo che il Gruppo di Lavoro Regionale sulle arto-protesi avrà definito la tipologia di materiale per eseguire gli interventi.

Nel 2020 si è proceduto a dotare la Radiologia del PO di Soverato di una nuova TAC. Si procederà, altresì, all'acquisto di alte tecnologie con il finanziamento previsto nel DCA n. 183 del 19.12.2020 che assegna all'ASP di Catanzaro finanziamenti finalizzati al rinnovo dell'alta tecnologia, per come di seguito specificato: sostituzione della TAC e RMN del P.O. di Lamezia Terme; potenziamento della radiologia del Polo di Catanzaro Lido con l'acquisto di una nuova TAC.

E' già stata acquistata la nuova TAC per il Pronto Soccorso del PO di Lamezia Terme da dedicarsi in particolare alla diagnostica per pazienti COVID. E' stata programmata, vista l'azione di rinnovo delle tecnologie, l'installazione di una TAC a 128 Slices presso la Radiologia del PO di Soveria Mannelli unitamente al potenziamento della radiologia tradizionale.

Allo studio vi è l'ipotesi di una sperimentazione gestionale che trova il suo fondamento nella partnership Pubblico-Privato nel settore cardio-vascolare. Tale progetto innovativo permetterà al paziente cardiopatico di essere seguito durante tutto il suo percorso, dall'arrivo in ospedale fino alla sua dimissione, assicurando non solo le cure più moderne, tra cui le procedure interventistiche, ma anche la riabilitazione cardiologica.

Ciò assicurerebbe una ripresa clinica precoce e una maggiore sicurezza dei percorsi, avendo come obiettivi:

- tempestiva presa in carico globale del paziente con miglioramento della qualità percepita

- aumentata offerta delle prestazioni in ambito provinciale con recupero della mobilità passiva

In pratica potrebbero concorrere alla realizzazione di tale Progetto le seguenti strutture:

- Cardiologia con UTIC del P.O. di Lamezia, che gode di una posizione strategica centrale in Calabria, facilmente accessibile con ogni tipo di collegamento (autostradale, aereo, ferroviario), nonché dotato di area destinata all'atterraggio degli elicotteri.
- Prestazioni interventistiche, oggi contrattualizzate tra l'ASP di Catanzaro e Sant'Anna Hospital, che verrebbero ad integrare l'offerta di servizi/prestazioni eseguibili presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme.
- Attività di elettrofisiologia eseguibili sia presso il PO di Soverato che allo Spoke di Lamezia Terme.
- Degenza ordinaria, day hospital, attività ambulatoriale, palestre attrezzate presso il P.O. di Soveria Mannelli per la parte di riabilitazione cardiologica.

3.2.4 – Risorse economiche e finanziarie

L'ASP CZ elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità e nel rispetto del D. Lgs. 118/2011.

La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza.

Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della azienda ed il risultato economico dell'esercizio.

Il bilancio consuntivo dell'Azienda è strutturato in 3 parti: Conto Economico, Stato Patrimoniale e Nota Integrativa.

Accanto ai Bilanci Consuntivi, l'Azienda Sanitaria predispone anche un Bilancio Preventivo e i vari monitoraggi trimestrali relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette al controllo regionale.

L'ASP CZ ha approvato, con Delibera n.1206 del 29/10/2021, il Bilancio Preventivo Economico Annuale 2022 - Provvisorio con il risultato economico di euro 0. La situazione aziendale contempla un miglioramento rispetto agli esercizi precedenti.

Per il 2022 si evidenzia una spesa ridotta, rispetto a quella del 2021, di circa il 9%.

Il risultato di esercizio non tiene conto di eventuali contributi che dovrebbero essere riconosciuti all'Azienda in seguito al completamento del processo di rendicontazione della spesa sostenuta per effetto della pandemia e a valere sul POR 2014-2020 (Accordo Provenzano)

In ragione delle contingenze sopra esposte, il Bilancio di previsione 2022 presenta un risultato in miglioramento rispetto all'esercizio 2021 (Preconsuntivo).

4. Obiettivi strategici e Obiettivi aziendali

4.1 Programmazione triennio 2022-2024

Al fine di definire gli obiettivi strategici per il periodo 2022-2024, si è puntato a favorire l'individuazione di uno schema di riferimento strutturato per macroaree di intervento, che articoleranno la programmazione del triennio.

In continuità con scelte strategiche previste dal Piano Strategico aziendale 2021-2023, nella definizione della programmazione triennale si è spostato l'accento dalla produzione di servizi alla produzione di politiche pubbliche per mettere al centro dell'attenzione i processi decisionali, più che i processi produttivi, attraverso cui le scelte pubbliche sono formulate ed attuate, tenuto conto di quanto la contingenza epidemiologica abbia inciso in maniera determinante sull'organizzazione aziendale, con effetti nella gestione e nello svolgimento delle attività.

Nella programmazione del triennio 2022-2024 il mandato istituzionale e la missione trovano espressione nei seguenti pilastri/macro obiettivi:

- ***Equilibrio Economico-Finanziario dell'azienda – Efficientamento;***
- ***Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a Livello Aziendale;***
- ***Appropriatezza nell'uso dei setting assistenziali – riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi;***
- ***P.N.R.R. – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;***
- ***Qualità clinico assistenziale e di ricerca;***
- ***Prevenzione della corruzione e trasparenza;***

Il contesto e lo scenario di riferimento costituiscono elementi imprescindibili che sono stati considerati nella definizione del presente documento tenendo conto di contenuti del mandato Commissariale. I macro obiettivi indicati sono stati oggetto di condivisione con le articolazioni Aziendali a seguito di un percorso di analisi dei fabbisogni e delle relative priorità; per ogni area sono stati individuati dei progetti specifici a loro volta articolati in azioni. Nelle pagine seguenti vengono indicate gli obiettivi e le azioni previste nell'ambito della programmazione aziendale per il triennio 2022-2024 rispetto alle macro aree individuate.

MACRO OBIETTIVO: EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO DELL'AZIENDA - EFFICIENTAMENTO

Obiettivi/Azioni

- Equilibrio economico di bilancio;
- Rispetto standard nazionali tempi di pagamento fatture;
- Gestione ed efficientamento della spesa (personale, farmaci, beni e servizi) in coerenza con l'effettivo fabbisogno in applicazione della normativa vigente in materia;
- Ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere e verifica dei fondi rischi aziendali;
- Gestione della PCC;
- Contabilizzazione puntuale dei costi per cui risulta in essere una verifica ai fini del rimborso della spesa;
- Perfezionamento sistema di pagamento PagoPA;
- Sale operatorie: revisione dei percorsi perioperatori nell'ottica dell'efficientamento delle risorse
- Recupero produttività strutture ricovero e specialistica ambulatoriale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

MACRO OBIETTIVO: SVILUPPO DEL PIANO PANDEMICO REGIONALE A LIVELLO AZIENDALE
--

La Regione Calabria, con DCA n. 12 del 25.02.2022, ha approvato il "Piano regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" con le seguenti finalità:

- Adeguare costantemente il piano pandemico anche in relazione alla preparazione delle strutture SSR in vista di potenziali epidemie e pandemie tenendo conto di quanto si è appreso dalla pandemia SARS-CoV-2;
- Ridefinire un'ulteriore strategia integrata di prevenzione, gestione e monitoraggio delle infezioni, attraverso una maggiore integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali;
- Definire obiettivi e azioni al fine di rendere strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza legata ad eventuali emergenze sanitarie, da contemperarsi con la necessità di provvedere al graduale ripristino delle attività ordinarie, riportando a regime l'attività della rete ospedaliera e territoriale e mantenendone il più possibile le funzioni e la flessibilità alla rapida conversione delle stesse.

Le Aziende Sanitarie Regionali, secondo le direttive degli organi individuati (Unità di Crisi, Tavolo di Lavoro Regionale Permanente, Comitato Pandemico Regionale), sono tenute a dare attuazione alle indicazioni del Piano Pandemico nonché a tutte le indicazioni contenute in norme, linee guida.

Le azioni riguardano tutti gli aspetti organizzativi, tecnici e gestionali necessari a fronteggiare la pandemia. In ottemperanza a quanto previsto dall'art.2 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020, la Regione Calabria con DCA del 18 giugno 2020, n. 91 ha deliberato il Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19 approvato dal Ministero della Salute in data 14 luglio 2020.

Tra quanto previsto nel già menzionato Piano straordinario, la tabella 2, presente nell'Allegato A del suddetto DCA quale parte integrante e sostanziale, dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico, per i posti letto nelle ASP di terapia intensiva e semi intensiva mentre la Tabella 3 dettaglia gli interventi e il relativo quadro economico per l'adeguamento dei Pronti Soccorso delle Aziende.

OBIETTIVI/AZIONI

- Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto in merito a terapie intensive, terapie sub-intensive, pronto soccorso (Piano Arcuri)
- Completamento campagna vaccinale anti-covid19
- Piano Pandemico aziendale

MACRO OBIETTIVO: APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI SETTING ASSISTENZIALI - RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI, RICOVERI ED INTERVENTI

Con DCA 24 del 10.02.2021 sono stati approvati gli obiettivi di attività alla Commissione Straordinaria che sono state ritenute correnti nelle more dell'Assegnazione al Commissario Straordinario nominato con DCA 3/2022 in quanto pur essendo individuati con riferimento alla gestione straordinaria alcune azioni avranno conseguenze e saranno protratte anche per gli anni successivi.

In particolare gli obiettivi regionali finalizzati al recupero delle prestazioni di ricovero area medica/chirurgica e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assegnati con il provvedimento sopra citato, hanno risentito della ripresa della situazione emergenziale nel corso dell'anno 2021 e quelli riguardanti gli adempimenti LEA.

Con DCA n. 13 del 25 febbraio 2022 ad oggetto: *"Piano di recupero per le Liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 – articolo 1, commi 276 e 279"* la Regione Calabria ha approvato il piano regionale, e la distribuzione alle aziende delle risorse, per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

Nello stesso provvedimento si autorizzano le Aziende Sanitarie Provinciali all'utilizzo, ad integrazione delle risorse già assegnate, delle ulteriori risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pari a Euro 15.718.900,00, secondo la ripartizione riportata nell'allegato B) del provvedimento, definita sulla base del fabbisogno espresso dalle ASP – a partire dal conteggio delle prestazioni erogate nell'anno 2019.

Si stabilisce, inoltre, che per il raggiungimento delle finalità del provvedimento - con esclusione delle prestazioni di screening oncologici - le ASP possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, ad integrazione dei tetti regionali fissati con precedenti provvedimenti del Commissario Straordinario, per un ammontare non superiore al 30% delle quote ripartite.

Al momento si prevede che gli effetti della pandemia da Covid-19 potranno condizionare l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale anche per l'anno 2022, ma si auspica una ripresa dell'attività ordinaria, conseguenza della campagna vaccinale anti Covid-19 e della costante adozione delle misure di protezione raccomandate in tutte le strutture aziendali.

OBIETTIVI/AZIONI

- Specialistica ambulatoriale: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta
- Area Degenza ospedaliera: revisione dei percorsi nell'ottica dell'appropriatezza nell'uso dei setting assistenziali / piattaforme produttive e dell'efficientamento delle risorse;
- Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Governo dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri.

**MACRO OBIETTIVO: PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA
 POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA E DELLA RETE
 SANITARIA TERRITORIALE**

La componente 1 "Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale" della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede come misure core oggetto di specifici investimenti la realizzazione dei seguenti modelli organizzativi:

- Case della Comunità (CdC);
- Ospedali di Comunità (OdC);
- Centrali Operative Territoriali (COT)

L'utilizzo di tali investimenti è subordinato al rispetto da parte delle Regioni di specifici cronoprogrammi operativi, definiti con Agenas, in ragione dei quali Regione Calabria ha definito un proprio cronoprogramma di progetto.

La missione 6 del PNRR si articola in due componenti:

- le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le case della comunità e gli ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN): le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento

delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

OBIETTIVI/AZIONI

- Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale: Ospedali di Comunità – Centrali Operative Territoriali – Case di Comunità;
- F.S.E. – Conferimento della documentazione sanitaria nel Fascicolo Sanitario Elettronico;

REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA	Tipologia di intervento	Tipologia di investimento	CUP	Ente del SSR/Presidio ospedaliero	Ente SSR	Superficie (MQ)	Comune	Provincia	Indirizzo	Importo intervento finanziato con PNRR	Importo intervento finanziato con altre fonti
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E35F22000430006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	800	SOVERATO	CATANZARO	AMIRANTE .SNC	1.700.000,00	614.099,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E38I22000130006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	880	TAVERNA	CATANZARO	CAMPO SPORTIVO .SNC	1.400.000,00	169.808,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E38I22000140006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1050	SAN MANGO D'AQUINO	CATANZARO	PIANO .SNC	1.650.000,00	280.881,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E48I22000100006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1050	CURINGA	CATANZARO	SALICE .SNC	1.655.660,00	236.686,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E58I22000180006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	850	SERSALE	CATANZARO	PIAZZA C BORELLI .SNC	1.700.000,00	256.731,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E64E22000970006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	799	CATANZARO	CATANZARO	FRANCESCO ACRÌ .124	600.000,00	184.773,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E68I22000140006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	800	CATANZARO	CATANZARO	VIALE CROTONE	1.250.000,00	173.616,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E88I22000140006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	815	SQUILLACE	CATANZARO	DAMIANO ASSANTI .4	1.700.000,00	175.906,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E88I22000150006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	870	LAMEZIA TERME	CATANZARO	PIAZZA BORELLI .SNC	1.800.000,00	229.137,00
CALABRIA	Case della Comunità	Case della comunità	E98I22000090006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	855	BADOLATO	CATANZARO	NAZIONALE .SNC	1.400.000,00	110.263,00
CALABRIA	Ospedale sicuro	Ospedale sicuro	E35F22000450006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO		SOVERATO	CATANZARO	DE CARDONA .98	5.095.268,00	-
CALABRIA	Ospedale sicuro	Ospedale sicuro	E85F22000580006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO		LAMEZIA TERME	CATANZARO	ARTURO PERUGINI .SNC	18.192.410,00	-
CALABRIA	COT	Centrali Operative Territoriali	E35F22000440006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	150	SOVERATO	CATANZARO	DELLA STAZIONE .SNC	173.075,00	248.107,00
CALABRIA	COT	Centrali Operative Territoriali	E45F22000280006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	150	LAMEZIA TERME	CATANZARO	PIAZZA BORELLI .12	173.075,00	-
CALABRIA	COT	Centrali Operative Territoriali	E45F22000280006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	150	BOTRICELLO	CATANZARO	LOCALITA' MARINA DI BRUNI .SNC	173.075,00	240.993,00
CALABRIA	COT	Centrali Operative Territoriali	E65F22000520006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	150	CATANZARO	CATANZARO	DANIELE .24	173.075,00	-
CALABRIA	Ospedali di comunità	Ospedali di comunità	E45F22000270006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1100	BOTRICELLO	CATANZARO	LOICALITA' MARINA DI BRUNI .SNC	2.508.955,00	1.109.919,00
CALABRIA	Ospedali di comunità	Ospedali di comunità	E48I22000090006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1600	SOVERIA MANNELLI	CATANZARO	DOTT GUIDO PELLICO .SNC	2.508.955,00	183.982,00
CALABRIA	Ospedali di comunità	Ospedali di comunità	E64E22000990006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1610	GIRIFALCO	CATANZARO	CONTRADA SERRE .SNC	2.508.955,00	408.029,00
CALABRIA	Ospedali di Comunità	Ospedali di Comunità	E95F22000900006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	1100	BADOLATO	CATANZARO			2.500.000,00
CALABRIA	Casa di Comunità	Casa di Comunità	E75F22000740006	ASP CATANZARO - RUP: BENVENUTO MAURIZIO	ASP CATANZARO	800	NOCERA TERINESE	CATANZARO			1.500.000,00
										46.362.503,00	8.620.930,00

MACRO OBIETTIVO: QUALITA' CLINICO ASSISTENZIALE

Considerata l'obiettivo prioritario delle Aziende Sanitarie di contribuire all'obiettivo regionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nonché di perfezionare il sistema di tracciatura e trasferimento dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

NUOVO SISTEMA DI GARANZIA Dal 1° gennaio 2020 è vigente il Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Le specifiche tecniche degli indicatori sono illustrate nella circolare applicativa (DM 12 marzo 2019, art. 3, comma 1) del 27 ottobre 2020, che contiene le schede tecniche degli indicatori NSG (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, contesto ed equità) e la metodologia per il calcolo degli indicatori NSG-PDTA.

OBIETTIVI/AZIONI

- Rispetto standard regionali tempi di permanenza in DEA/P.S.;
- Rispetto standard P.N.E. – Piano Nazionale Esiti per aree osteomuscolare, PTCA, assistenza al parto;
- Rispetto standard regionali screening oncologici;
- Rispetto standard nazionali vaccinazioni obbligatorie pediatriche;
- Potenziamento del Piano di Assistenza Territoriale;
- PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali;
- Sviluppo di strumenti informatici per la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini;

MACRO OBIETTIVO: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Con Deliberazione aziendale n. 457 del 28 febbraio 2022 è stato adottato “Il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza” con cui sono individuati gli obiettivi in materia di pubblicazione dei fatti aziendali per l'immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico. Gli elementi essenziali volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e

negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013. Sono considerati strategici obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza di cui del decreto legislativo n. 33 del 2013.

OBIETTIVI/AZIONI

Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Macro Obiettivo	Settore Interessato					Anno riferimento				
	Obiettivi	Area Ospedaliera	Area Territoriale	Area Prevenzione	Amm.ne/Staff	Indicatori	Target	2022	2023	2024
Equilibrio Economico - Finanziario dell'azienda - Efficientamento	X1 Equilibrio economico					Consuntivo annuo Tempi pagamento fatture	Equilibrio bilancio Rispetto standard nazionali ex art. 1, comma 865, L. 145/2018 (60 gg.)			
	X2 Tempi di pagamento fatture									
	X3 Sale operatorie: revisione percorsi per operatori per efficientamento risorse					a) Tasso utilizzo SO; b) n. interventi SO; c) n. prestazioni complessa Chirurgia	a) miglioramento indici anno precedente; b) incremento n. rispetto anno precedente; c) incremento n. rispetto anno precedente.			
	X4 Recupero produttività strutture ricovero e specialistica ambulatoriale					Costo x/Valore della Produzione	Incidenza anno precedente			
Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a Livello Aziendale	Y1 Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il calendario implementazione a) terapie intensive; b) terapie subintensive; PS (Piano Arcuri)					Tempistica Gantt	Rispetto tempistica Gantt			
	Y2 Completamento campagna vaccinazione secondo programma nazionale/regionale					Tempistica Nazionale/Regionale	Rispetto tempistica			
	Y3 Piano Pandemico aziendale					n. autovalutazioni	almeno x annui			

Macro Obiettivo	Settore Interessato						Anno riferimento			
	Obiettivo	Area Ospedaliera	Area Territoriale	Area Prevenzione	Amm.ne/Staff	Indicatori	Target	2022	2023	2024
Appropriatezza nell'uso dei setting assistenziali - riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi	X1 Governo tempi attesa delle prestazioni della specialistica ambulatoriale					Tempi attesa specialistica ambulatoriale (prest PNGLA)	Equilibrio bilancio			
	X2 Governo tempi attesa delle prestazioni dei ricoveri ospedalieri					Tempi attesa ricoveri (presi PNGLA)	Rispetto standard nazionali ex art. 1, comma 865, L. 145/2018 (60 gg.)			
	X3 Specialistica Ambulatoriale: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta nell'ottica dell'efficientamento delle risorse					a) Documento di revisione del processo relativo al governo della domanda; b) prestazioni telemedicina	a) entro il 31.12.22; b) incremento n. rispetto anno precedente;			
	X4 Area degenza ospedaliera: revisione del processo relativo al governo della domanda e dell'offerta nell'ottica dell'efficientamento delle risorse					a) degenza media area medica; b) degenza pre-post intervento	Miglioramento indici rispetto anno precedente			
Piano Nazionale Ripresa e Resilienza	Y1 Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale (Ospedali Comunità, COT, Case di Comunità)					Tempistica Gantt	Rispetto tempistica Gantt			
	Y2 Fascicolo Sanitario Elettronico: conferimento documentazione sanitaria nel FSE					Tempistica regionale	Rispetto tempistica			

Macro Obiettivo	Settore Interessato						Anno riferimento			
	Obiettivo	Area Ospedaliera	Area Territoriale	Area Prevenzione	Amm.ne/Staff	Indicatori	Target	2022	2023	2024
Qualità Clinico Assistenziale	X1 Tempi permanenza DEA/PS					Tempo permanenza DEA/PS	Rispetto standard regionali/miglioramento a.p.			
	X2 Piano Nazionale Esiti - PNE					Indicatori Nazionale Esiti - PNE	Rispetto standard regionali/miglioramento a.p.			
	X3 Screening oncologici					Indicatori popolazione target e adesione	Rispetto standard regionali/miglioramento a.p.			
	X4 Vaccinazioni Obbligatorie Pediatriche					Indicatori copertura popolazione target	Standard nazionale			
	X5 Potenziamento del Piano di Assistenza Territoriale					Integrazione prestazioni	incremento n. rispetto ap			
	X6 PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali					Sviluppo individui PTDA	Adozione PDTA			
Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza					Adempimenti di cui al d.lgs. N. 33 del 2013 (previsti da art. 2, co.2, del dlgs. N. 171/2016)	Rispetto adempimenti di cui al d.lgs. N. 33 del 2013			

4.2 – Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici rappresentano la sintesi tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse); gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione degli obiettivi strategici.

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche specifiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

Le azioni previste verranno inserite nelle schede di budget di ogni singola Struttura.

Nella rappresentazione grafica successiva sono evidenziate le aree e la loro associazione agli obiettivi, che definiscono la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai bisogni e alle aspettative dei destinatari dei servizi.

Agli obiettivi ed alle azioni individuati, si affiancano gli obiettivi economici gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie dalla Regione Calabria.

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

5.1 - La programmazione gestionale e il sistema di budget nell'ASP CZ

Il Processo di Budget dell'ASP CZ è lo strumento che traduce in obiettivi annuali i programmi pluriennali della Direzione Aziendale, assegnandoli a specifici Centri di Responsabilità in una logica di unitarietà di gestione dell'Azienda. E' uno strumento di governo della complessità della gestione tramite la previsione di programmi di azione e la periodica verifica e controllo del loro raggiungimento.

Il Budget è costituito da un insieme di obiettivi che vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione aziendale e tenuto conto degli indirizzi previsti dalla pianificazione sanitaria nazionale e regionale.

Il sistema di budget costituisce uno strumento operativo per la gestione con la funzione di definire i livelli di responsabilizzazione degli attori aziendali al fine di orientare il comportamento delle persone che operano all'interno dell'organizzazione al conseguimento degli obiettivi prefissati.

L'adozione di un tale sistema di gestione, comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per il monitoraggio, valutazione e regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare il Budget permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

Gli obiettivi sono espressi in coerenza con quelli definiti nel quadro della programmazione regionale (Piano Operativo Regionale) e con particolare attenzione all'efficacia, efficienza e funzionamento dei Servizi sanitari, nel rispetto dei vincoli economici vigenti.

L'assegnazione degli obiettivi avviene, quindi, con un procedimento a "cascata". Alla Direzione Generale dell'azienda essi vengono assegnati annualmente dagli Organi Istituzionali. La stessa Direzione provvede ad attribuirli ai Direttori di struttura. In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

La Direzione Generale, nell'individuazione ed assegnazione degli obiettivi ai Centri di Responsabilità Aziendali, è coadiuvata dal Comitato Budget.

Il sistema di budget è adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, ed è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale (S.C., S.S. a valenza

dipartimentale/aziendale).

Tali obiettivi sono la conseguenza delle scelte strategiche e degli obiettivi del piano performance; essi vengono assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con i Direttori/Responsabili, alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

La scelta aziendale è stata quella di attribuire responsabilità economiche di budget solo per i costi direttamente controllati dal Responsabile, anche per rimarcare la caratteristica gestionale e non solamente contabile dello strumento adottato.

Gli obiettivi del documento di budget, per il personale dirigente e del comparto, sono direttamente connessi al sistema incentivante tramite un sistema di pesatura degli obiettivi negoziati che, a sua volta, definisce le percentuali di incentivi di risultato in rapporto ad ogni obiettivo di budget concordato.

La struttura aziendale Programmazione e Controllo, tramite la produzione di reportistica strutturata, effettua in corso d'anno verifiche periodiche, trimestrali o semestrali a seconda dei casi, sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Tali verifiche hanno lo scopo di permettere ai Responsabili una più approfondita analisi dello stato di attuazione degli obiettivi e, laddove si evidenzino carenze, porre in essere azioni correttive.

La modifica degli obiettivi di budget in corso d'anno è possibile ma, al contempo, deve essere ritenuto uno strumento eccezionale.

Eventuali modifiche debbono essere conseguenti all'analisi degli scostamenti di cui al punto precedente e possono realizzarsi a due condizioni:

- a) l'impossibilità oggettiva di porre in essere, sufficienti azioni correttive che permettano il riallineamento rispetto agli obiettivi;
- b) il realizzarsi di condizioni che era impossibile prevedere al momento della sottoscrizione del budget o al momento delle verifiche in trimestri precedenti.

In tali casi il Responsabile del Centro di Responsabilità dovrà proporre l'esame delle difficoltà insorte a livello di Centro di Responsabilità.

A fine periodo l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica il livello di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati e all'evidenza documentale eventualmente prevista dalle schede di budget.

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto vi deve essere un'integrazione coerente tra il sistema di budget ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale. Tale coerenza viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico gantt temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Bilancio al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

5.2 – La misurazione e valutazione della performance

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASP CZ, ex D. Lgs. 150/2009 quale strumento operativo per la valutazione annuale della performance organizzativa e individuale, è in fase di redazione al fine di raccordare in un unico processo integrato gli strumenti adottati dall'ASP CZ quale complesso di procedure coordinate e implementate ai sensi delle attuali disposizioni normative e contrattuali in materia ed in aderenza alle Linee Guida predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica. L'attuale processo di valutazione si basa su quanto ricompreso nei CC.CC.NN.LL..

Le fasi di misurazione e valutazione della performance organizzativa sono individuate e definite nell'ambito del processo di budget adottato dall'ASP, strumento con cui, in coerenza con le risorse disponibili, l'azienda assegna e articola gli obiettivi annuali alle proprie strutture, secondo l'articolazione interna delle responsabilità.

La valutazione della performance organizzativa si basa sull'analisi e contestualizzazione delle cause dello scostamento tra i risultati effettivamente raggiunti dall'amministrazione e quelli programmati.

La valutazione della performance individuale riguarda tutto il personale dipendente, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato e deve assolvere alla doppia funzione di soddisfare le esigenze normative nazionali, regionali e contrattuali e di fornire gli strumenti per una valutazione individuale – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle Performance

Gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance.

Per dare corretta applicazione al D.Lgs. 150 e quindi favorire il processo di cambiamento organizzativo aziendale, orientato al miglioramento ed alla riorganizzazione dei servizi, è necessario sviluppare il Ciclo di gestione della performance, nel cui ambito si inserisce il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per la valutazione annuale.

Il Ciclo di gestione della performance costituisce un processo che deve essere assunto dalle ASP come modalità ordinaria del proprio funzionamento. In particolare, si tratta di un processo che deve essere sviluppato, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, secondo le seguenti fasi operative:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori e target, in modo da delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance;
- Allocazione delle risorse disponibili;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 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.

Si rileva quindi che in realtà le fasi del Ciclo di gestione della performance e gli adempimenti ad esso collegati trovano almeno parziale corrispondenza in programmi ed attività che risultano già noti ed utilizzati dalle ASP, come ad esempio per quello che concerne le attività caratteristiche del controllo di gestione (programmazione degli obiettivi, analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, monitoraggio e misurazione dei risultati, ecc., secondo quanto disposto dall'art. 5 del D.Lgs. 502/92 nonché da quanto previsto dalla L.R. 22.01.96 n. 2 ss.mm.ii.). Si tratta, pertanto, di estrapolare indicazioni utili a valorizzare (e, dove necessario, integrare) approcci e modelli già in uso in modo da consentirne l'applicazione operativa nel rispetto dei principi sanciti dal D.Lgs. 150.

In questa prospettiva, è necessario che le ASP effettuino una preventiva attività di analisi attraverso la quale individuare in concreto le principali fasi del Ciclo della performance ed i relativi riferimenti a specifici atti (ad esempio Atto Aziendale, Piano di Organizzazione, altri provvedimenti e procedure aziendali, provvedimenti e disposizioni regionali, accordi sindacali decentrati, ecc.) e strutture organizzative in cui le stesse fasi trovano attuazione nell'ambito dell'azienda medesima.

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.

Il Piano, inserendosi nel complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda, rispetta le varie fasi dell'iter del "Ciclo della Performance", dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione dei risultati.

Il presente Piano, infatti, contiene gli obiettivi strategici e quelli operativi, corredati degli opportuni indicatori e valori attesi. Nella redazione sono stati rispettati i seguenti principi: trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale, gradualità nell'adeguamento ai principi e miglioramento continuo.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale e dagli altri documenti di programmazione regionale.

Le politiche e le strategie aziendali, che trovano esplicitazione nei documenti di programmazione aziendale con definizione delle priorità delle azioni e degli investimenti, sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo e i principi propri delle disposizioni nazionali e regionali. Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance.

Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Le politiche e le strategie aziendali sono oggetto di assegnazione e declinazione, attraverso obiettivi specifici, alle singole strutture attraverso il processo di budget aziendale.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

In corso d'anno vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. Sulla base degli obiettivi di budget avviene la valutazione del personale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la correttezza del percorso metodologico adottato per la verifica del grado di raggiungimento in riferimento agli obiettivi ed agli indicatori individuati ad inizio anno.

Il sistema risulta quindi un sistema a "cascata" che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

I contenuti del Piano sono stati presentati agli stakeholder esterni, così come previsto dalla norma, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda.

La stesura del piano ha richiesto le seguenti fasi:

- definizione della programmazione triennale;
- individuazione delle aree strategiche, degli obiettivi strategici per il triennio 2022-2024 e degli obiettivi specifici per il 2022;
- verifica delle risorse economiche assegnate

L'adozione del Piano costituisce un punto di partenza e non di arrivo, dal momento che la Direzione Generale, individuati gli obiettivi e formalizzati gli impegni, intende realizzare non soltanto un controllo susseguente, ma anche e soprattutto quello concomitante alla gestione.

Il presente Piano non costituisce la mera individuazione di obiettivi generali e specifici da realizzare, ma prevede una stretta relazione con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio (art. 5 e art. 10 D.Lgs 150/2009).

Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

A tal fine la Direzione Generale si è adoperata per garantire la coerenza tra il Piano e i documenti di programmazione economico - finanziaria. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, all'OIV e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

6.1 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Il sistema delle performance, verrà sistematicamente aggiornato nell'ambito del piano integrato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica periodica (quantomeno quadrimestrale) della performance aziendale e individuale.

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente articolato che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.

6.2 - Coerenza con il piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) rappresenta la sintesi degli strumenti di programmazione dell'Azienda secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), strumenti che comprendono obiettivi specifici relativi agli standard di qualità dei servizi, alle misure di prevenzione e contrasto della corruzione, e alla trasparenza.

La coerenza con il Piano della Performance sarà assicurata con modalità tali che l'attuazione di quanto previsto dal PTPCT costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione sia organizzativa che individuale, da realizzarsi con:

- l'inserimento nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza in coerenza con il PTPCT;
- assegnazione ai responsabili delle Strutture di obiettivi specifici di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- coordinazione e collaborazione fra i responsabili delle Strutture ed i responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il corretto svolgimento delle procedure secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente.

Organizzazione del lavoro agile

Il c.d. lavoro agile o smartworking si sostanzia nella possibilità di esecuzione della prestazione lavorativa senza precisi vincoli di orario o luogo di lavoro ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'istituto del lavoro agile ha ricevuto un inquadramento normativo con la legge n. 81/2017, comunemente definita "Jobs Act del lavoro autonomo" che, oltre ad occuparsi della tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, contiene la disciplina del lavoro agile, lasciando al datore di lavoro e al lavoratore la possibilità di declinare i principi generali sulla base di un accordo tra le parti.

Tale corpo normativo nasce dall'esigenza di favorire e promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche.

Le indicazioni operative del Lavoro Agile dell'ASP di Catanzaro reca la disciplina per la gestione ordinaria del lavoro a distanza. In particolare, esso detta una puntuale disciplina che definisce oggetto, obiettivi e destinatari dell'iniziativa, stabilisce la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, le prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile.

Tutto ciò a seguito di una puntuale ricognizione delle attività espletabili da remoto effettuata presso le diverse strutture aziendali.

L'Azienda si riserva di implementare apposito regolamento, a seguito di una puntuale ricognizione delle attività espletabili da remoto effettuata presso le strutture aziendali, di concerto con le parti interessate, che permetta di individuare gli elementi di conciliazione tra le esigenze di vita e di lavoro attraverso:

- introduzione di soluzioni organizzative che implementino una cultura gestionale votata al risultato e, al tempo stesso, ad un incremento di produttività;
- implementazione delle nuove tecnologie che facilitino lo svolgimento del lavoro per cicli, fasi ed obiettivi, perseguendo importanti economie di gestione;
- sviluppo di un'attività di monitoraggio che assicuri l'esecuzione dei cicli di lavoro e a realizzare obiettivi fissati, utilizzando indicatori di pronta e facile fruibilità;
- promuovano la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale che assicuri la riduzione del traffico urbano ed extraurbano, in termini di volumi e di percorrenze;

2.c Sottosezione di Programmazione. Rischi Corruttivi e trasparenza (PTPCT)

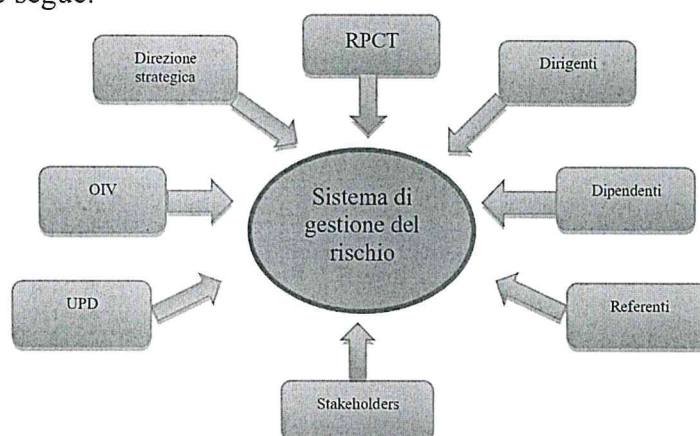
L'obiettivo del PIAO è assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini nonché procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso dei cittadini alla vita della amministrazione. In questa cornice, nello specifico, il Piano prevede al suo interno una sottosezione riguardante le misure relative ai processi di prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'accesso alla vita dell'amministrazione da parte dei cittadini.

Il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, da intendersi quale parte integrante del Piano integrato di attività e organizzazione, è stato approvato nella sua interezza con Deliberazione n. 457 del 28 febbraio 2022. La predetta sezione, come da precise indicazioni aggiornate dall'ANAC, fa riferimento al PNA 2019-2021 tarato per la programmazione 2022-2024, ferma restando la validità della Legge 190/2012 e l'allegato 1 al PNA 2019 relativo alla valutazione dei rischi corruttivi.

La Direzione Strategica della ASP di Catanzaro, come già segnalato nella relazione annuale 2021 del RPCT, ha dato un forte impulso all'implementazione del PTPCT 2021-2023 soprattutto per quanto riguarda l'obbligo di pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente e del necessario coinvolgimento di tutti i Dirigenti aziendali nei processi di prevenzione della corruzione attraverso appositi incontri sia in presenza che *on line*.

2.c.1 Valutazione di impatto del contesto

I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e trasparenza (All. 2) sono sintetizzati nel grafico che segue:



Direzione Generale:

- Designa il responsabile aziendale anticorruzione (art.1, comma7, della l.n.190);
- Adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della Funzione Pubblica e, se del caso, alla regione interessata (art. 1, commi 8 e 60, della l.n. 190 del 2012);

- Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs.n. 165 del 2001);

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, l. 190 del 2012);

I Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza:

- Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

Tutti i dirigenti per l'Area di rispettiva competenza:

- Svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- Partecipano al processo di gestione del rischio;
- Propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- Assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- Adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

Gli O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno:

- Partecipano al processo di gestione del rischio e considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti
- Svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- Esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.:

- Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55bis d.lgs. n.165 del 2001);
- Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20 D.P.R. n.3 del 1957; art.1, comma3, l.n.20 del 1994; art.331 c.p.p.);
- Propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;

Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

- Partecipano al processo di gestione del rischio (Allegato 1, par.B.1.2.);
- Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art.1, comma 14, della l.n. 190 del 2012);
- Segnalano le situazioni di illecito a proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54bis del d.lgs.n.165 del 2001); segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt.6 e 7 Codice di Comportamento);

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- Osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- Segnalano le situazioni di illecito (art.8 Codice di comportamento).

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.a Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa

Come precisato nella Scheda Anagrafica dell'Amministrazione, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; gli organi sono il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

Le funzioni del Direttore Generale sono quelle previste dall'art. 3 del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. e dall'art. 9 della L.R. n. 18 del 16 giugno 1994 e ss.mm.ii. L'art. 8, comma 1 della L.R. n. 6 del 18 febbraio 2002, così come modificato dalla L.R. n. 4 del 28 aprile 2006, mantiene distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione, riservate esclusivamente al Direttore Generale, dalle funzioni di carattere gestionale, funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario e Amministrativo ed agli altri Dirigenti dell'Azienda.

Il Direttore Generale attribuisce al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Presidio, di Distretto, di Dipartimento e ai Dirigenti responsabili di Struttura Complessa le funzioni loro spettanti:

- a) funzioni delegate dal Direttore Generale con i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivate dall'Istituto della delega;
- b) funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del Direttore Generale.

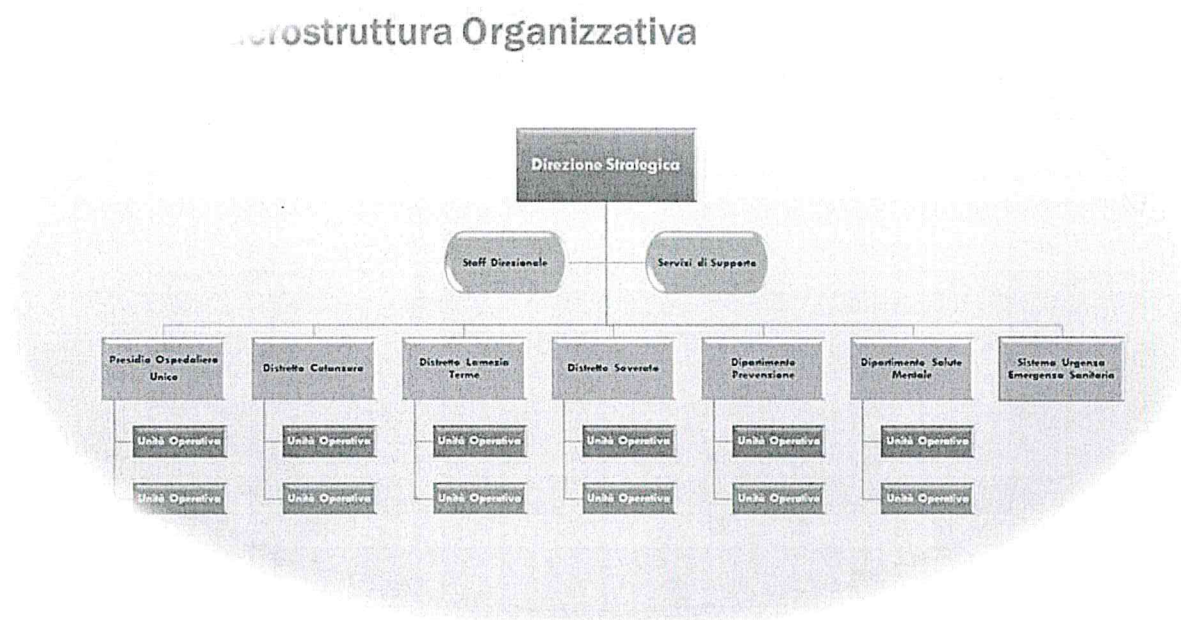
Il Direttore Generale ha le funzioni di alta amministrazione e le funzioni di datore di lavoro, mentre delega a vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale quali l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e adozione degli atti di gestione del personale stesso, l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e l'acquisizione delle entrate, l'approvazione degli atti di gara per lavori, forniture e servizi, la stipula dei contratti.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione quale Organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione dell'attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria. Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.

Spetta alla Direzione Strategica aziendale l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriannuali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali; l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni; il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative; la pianificazione delle risorse e degli investimenti; il governo delle relazioni interne ed esterne; la garanzia della sicurezza e la prevenzione.

Il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico; vigila sull'osservanza della legge; accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è un fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASP di Catanzaro alla Conferenza dei Sindaci.

3.a.1 Organigramma



3.a.2 Livelli di Responsabilità organizzativa

La Direzione Strategica aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, si avvale del Collegio di Direzione ed esercita il governo strategico dell'Azienda.

L'organizzazione aziendale prevede una articolazione in:

- Area di staff della Direzione Strategica;
- Area amministrativa della Direzione Strategica;

- Strutture operative: Distretti, Ospedali e Dipartimenti

L'Azienda è dotata di una struttura che supporti le attività di governo gestionali e di valutazione dell'intero sistema. Tale struttura si articola in due ambiti funzionali, il primo di supporto alla Direzione Strategica, il secondo di supporto al governo e alla gestione tecnico amministrativa dell'Azienda e dei suoi servizi.

L'organizzazione aziendale prevede una ripartizione delle responsabilità in funzione del ruolo rivestito dalle singole strutture organizzative, che possono essere definite in:

- ruolo di garanzia e committenza: la Direzione Generale a livello aziendale, il Presidio Ospedaliero e soprattutto il Distretto a livello locale hanno il compito di definire l'offerta di servizi erogabili, in relazione alla domanda di salute e ai vincoli normativi, economici ed etici;
- ruolo di coordinamento: i Dipartimenti hanno il compito di concordare con la Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi di budget e l'offerta di servizi erogabile in funzione delle conoscenze professionali e delle evidenze scientifiche.
- ruolo di erogatori: le singole Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali hanno il compito di erogare prestazioni in relazione alle indicazioni della committenza (Distretto/Ospedale), e delle indicazioni tecnico operative professionali determinate dal Dipartimento.

La Direzione Generale sovrintende al regolare svolgimento delle rispettive funzioni determinandone le regole, le condizioni ed affidando ai Direttori del Distretto e del Presidio Ospedaliero competenza e poteri.

Pertanto possono essere individuate specifiche responsabilità, declinate in:

- responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo, assegnata alla Direzione Strategica Aziendale;
- responsabilità di gestione complessiva delle risorse umane logistiche, strutturali ed economiche assegnata alla Direzione Distretto e alle Direzioni di Presidio Ospedaliero. Inoltre tale responsabilità è delegata ai singoli Direttori di Struttura Complessa secondo quanto di volta in volta stabilito negli accordi di budgeting;
- responsabilità gestionale e tecnico-professionale assegnata alla dirigenza.

3.a.3 Le unità organizzative

Le strutture possono essere articolate, secondo la normativa vigente in materia, nel modo seguente:

1) **Unità Operative Complesse.** Ogni Unità Operativa Complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget

(obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. Le unità operative complesse, che possono anche essere inserite all'interno di un Dipartimento, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità.

2) Unità Operative Semplici Dipartimentali. Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo. Le Unità Operative Semplici Dipartimentali possono essere a valenza: dipartimentale, aziendale, inter-distrettuale.

3) Unità Operative Semplici. Le Unità Operative Semplici sono, di norma, l'articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

Dette articolazioni sono graduate sulla base del sistema di pesatura, secondo i criteri previsti sia dai contratti nazionali di lavoro che dalla contrattazione integrativa aziendale.

Il CCNL 2016-2018 Area Sanità, innova gli incarichi professionali mediante:

- l'introduzione delle seguenti tipologie: (a) incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale; (b) incarico di altissima professionalità quale articolazione di struttura complessa;
- la rimodulazione degli incarichi di alta specializzazione e di consulenza, studio, ricerca,

ispettivi, di verifica e controllo;

- la prevista obbligatorietà del conferimento degli incarichi professionali di base ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Il CCNL 2016-2018 Area Comparto, con riferimento agli incarichi di funzione, prevede la suddivisione in: (a) incarico di organizzazione; (b) incarico professionale.

L'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi organizzativi, nonché l'acquisizione di specifiche esperienze professionali di coordinamento. L'incarico professionale svolge, invece, specifiche attività individuate nell'assetto organizzativo della struttura di riferimento.

3.a.4 Specificità del modello organizzativo

In coerenza con quanto stabilito dall'articolo 17 bis del D. Lgs. n. 502/92, così come modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 229/99, L'ASP di Catanzaro ha scelto l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività di propria competenza.

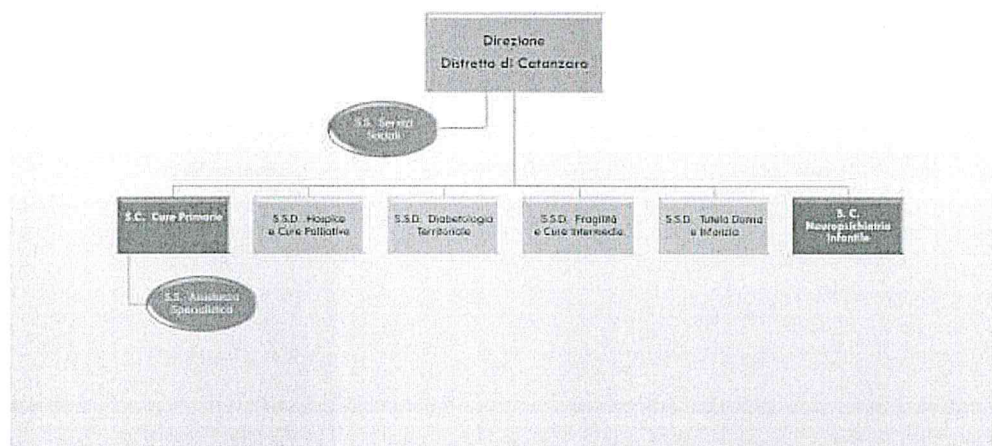
Il Dipartimento è un'aggregazione di Unità Operative Complesse e prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti sia di tipo professionale, in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi.

I Dipartimenti si dividono in Dipartimenti a Struttura (Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza e Dipartimento di Prevenzione) e Dipartimenti a Funzione.

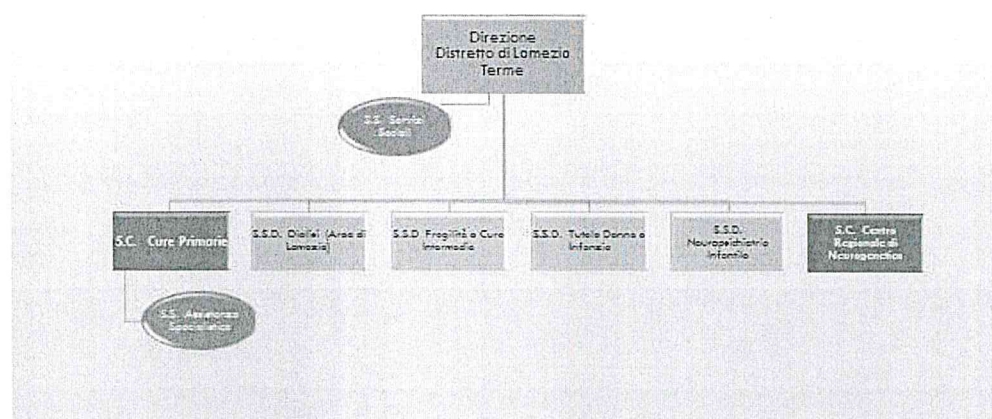
Il Dipartimento a Funzione non attraversa verticalmente la struttura aziendale ma la coordina trasversalmente, intendendo con ciò che si tratta di una struttura di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Non ha un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti al Distretto ed agli Ospedali ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto.

I Dipartimenti a Struttura hanno una maggiore autonomia rispetto alle altre strutture organizzative aziendali (Ospedale e Distretto) e con una dirigenza "verticale" più marcata. Le unità dipartimentali sono dislocate nei tre distretti:

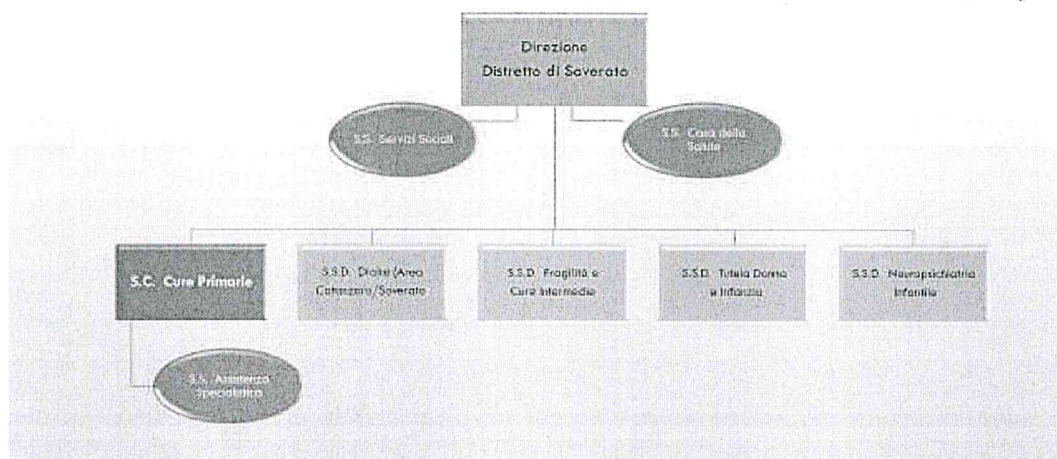
Distretto Sociosanitario di Catanzaro



Distretto Sociosanitario di Lamezia Terme



Distretto Sociosanitario di Soverato



I Dipartimenti Sanitari dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro sono così articolati:

- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD);
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Emergenza;
- Dipartimento di Staff;
- Dipartimento delle Cure Primarie;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento Amministrativo.

I Dipartimenti menzionati trovano giustificazione nella logica organizzativa che individua il Dipartimento quale modello ideale di coordinamento con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per le attività ad esso correlate, finalizzato a perseguire obiettivi e finalità comuni.

Al Dipartimento competono, in ogni caso, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria e, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- ☐ coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- ☐ gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche);
- ☐ perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;

- ☐ tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
- ☐ garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- ☐ negoziare gli obiettivi di budget con la Direzione Strategica ricercando la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ☐ ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- ☐ definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- ☐ elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- ☐ promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- ☐ assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- ☐ promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- ☐ elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

3.b Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Nell'ambito della Sezione relativa all'organizzazione e capitale umano, si inserisce l'organizzazione del "lavoro agile", in coerenza con gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro anche da remoto.

Il c.d. lavoro agile o smartworking si sostanzia nella possibilità di esecuzione della prestazione lavorativa senza precisi vincoli di orario o luogo di lavoro ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'istituto del lavoro agile ha ricevuto un inquadramento normativo con la legge n. 81/2017, comunemente definita "Jobs Act del lavoro autonomo" che, oltre ad occuparsi della tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, contiene la disciplina del lavoro agile, lasciando al datore di lavoro e al lavoratore la possibilità di declinare i principi generali sulla base di un accordo tra le parti.

Tale corpo normativo nasce dall'esigenza di favorire e promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche.

Il Piano Operativo del Lavoro Agile dell'ASP di Catanzaro, allegato al presente documento, ha recato la disciplina per la gestione ordinaria del lavoro agile. In particolare, esso detta una puntuale disciplina che definisce oggetto, obiettivi e destinatari dell'iniziativa, stabilisce la

procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, le prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile. Tutto ciò a seguito di una puntuale ricognizione delle attività espletabili da remoto effettuata presso le diverse strutture aziendali.

3.b.1 Condizioni e fattori abilitanti del lavoro agile

Nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, l'ASP di Catanzaro intende adottare le modalità organizzative del lavoro agile secondo le indicazioni fornite nelle "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche" dal Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso apposito Regolamento aziendale come sopra richiamato che sarà oggetto di concertazione con le parti interessate.

La definizione di lavoro agile dispone che non possono essere svolte con tali modalità le attività che richiedono una costante presenza fisica del lavoratore nella sede di lavoro e quelle che prevedono il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o un ambulatorio/struttura sanitaria (ad eccezione della Tele-assistenza e della Tele-riabilitazione). Le altre attività, invece, possono essere svolte in modalità agile avvalendosi di strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento al di fuori della sede di lavoro, compresa l'eventuale attivazione delle necessarie procedure informatiche e di collegamento alla rete aziendale. In questo caso il lavoratore può eseguire la prestazione lavorativa in piena autonomia, pur sempre nel rispetto degli obiettivi prefissati.

Al fine di dare operatività alla regolamentazione aziendale in materia si procederà nel definire e formalizzare i ruoli e le responsabilità; le attività espletabili da remoto sono individuate dal Direttore/Dirigente di Struttura e l'ammissione avviene previa sottoscrizione di uno specifico accordo tra detto Dirigente e il Dipendente.

Sarà poi necessaria un'attività di informazione e di formazione sia per i Dirigenti di Struttura che per i dipendenti interessati.

Nel piano è stato previsto un Piano di formazione per i Dirigenti finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per acquisire una facile modalità di coordinamento del lavoratore agile, che, nell'insieme, costituiscono presupposto indispensabili per una virtuosa gestione del lavoro agile.

È altresì previsto il Piano formativo per i dipendenti, che comprende l'aggiornamento delle competenze digitali e delle nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza.

3.b.2 Gli obiettivi

Nel corso del prossimo triennio si mira a raggiungere l'obiettivo di avere almeno il 40% dei dipendenti addetti a mansioni dematerializzabili che espletino la propria attività lavorativa, totalmente o parzialmente, in maniera delocalizzata. Sotto tale profilo si lavorerà al consolidamento degli strumenti digitali. Per tale ragione l'attuazione del regolamento del lavoro agile, così come tutto il P.I.A.O., deve intendersi in continua evoluzione, al fine di adattarlo alla struttura aziendale per rispondere alle nuove ed emergenti esigenze aziendali, sulla base delle osservazioni e valutazioni che saranno formulate dai Direttori/Dirigenti di Struttura, ciascuno per il proprio ambito di competenza.

3.b.3 I contributi al miglioramento della performance

Ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura ha definito l'elenco delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile, ognuno per il proprio ambito di competenza, anche in riferimento al grado di digitalizzazione delle procedure in corso nei vari settori e processi prevedendo specificatamente gli obiettivi da raggiungere, gli indicatori sia di monitoraggio che di valutazione finale.

3. b. 4 Qualità percepita del lavoro agile

Negli incontri propedeutici alla redazione del piano alcuni Dirigenti dovranno essere rilevate le criticità incontrate o potenziali e definiti i modi con cui superarle.

L'adesione del personale al lavoro agile nel periodo della pandemia denota in generale un giudizio positivo dell'esperienza dell'applicazione del lavoro agile; il personale è ben predisposto a vedere il lavoro agile come una opportunità organizzativa da cogliere per il futuro ai fini del miglioramento del benessere organizzativo, della conciliazione vita lavorativa e vita privata, di risparmio sui costi di trasporto.

Si rappresenta sin da ora che, sulla base delle mappature effettuate da ciascun Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura, si procederà all'applicazione della regolamentazione del lavoro agile con il fine di superare le eventuali criticità emerse nel passato e che verranno rilevate in corso di applicazione e pertanto la predetta mappatura sarà oggetto di costante e periodico aggiornamento.

3.c Sottosezione di programmazione (Piano triennale dei fabbisogni di personale Piano Triennale del Fabbisogno di personale)

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

I piani di fabbisogno triennale, potranno subire modifiche o integrazioni a seguito di ulteriori indicazioni ministeriali/regionali relative ai criteri di determinazione del fabbisogno del personale o dall'introduzione di una specifica metodologia di valutazione di tale fabbisogno.

Per molti anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni per rispondere ai continui cambiamenti nel contesto economico, politico e demografico, e rispettando le indicazioni vincolanti della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali vincoli di contesto, ricordiamo il blocco del turnover, l'ancoraggio della spesa del personale al costo del 2004 (-1,4% ogni anno), la riduzione nel numero degli incarichi di struttura, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Previsioni normative inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e di marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che, se da una parte hanno permesso riorganizzazioni e innovazioni interne alle Aziende sanitarie e, dunque, hanno generato forme di efficientamento, dall'altra, con il loro perdurare, hanno comportato invecchiamento e demotivazione della popolazione lavorativa del SSN. Le diverse misure di contenimento della spesa degli ultimi anni e, in particolare, quella relativa ai vincoli assunzionali, hanno determinato una significativa riduzione del personale SSN. Ne discende che, le attuali condizioni lavorative, determinano, nel personale delle Aziende Sanitarie, una condizione di malessere correlata allo stress psicofisico e alle scarse prospettive di miglioramento individuale, tuttavia rimangono radicati quei valori profondi sottesi dalla natura e al tipo di lavoro e professione che svolgono, con un senso di appartenenza che si è sviluppato più verso la propria professione che verso l'Azienda, nella quale l'obiettivo primario è oggi il contenimento dei costi.

Il SSN si è così trovato in forte difficoltà all'inizio della pandemia da Covid-19. Una normativa speciale per il settore sanitario si è resa subito necessaria (D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge n. 27/2020) per riuscire a reclutare tempestivamente il personale necessario, con diverse forme contrattuali, con procedure semplificate e in deroga ai vincoli di spesa vigenti.

La Regione Calabria con DCA n. 192 del 20 dicembre 2019 ha approvato la "Metodologia per la Determinazione del Fabbisogno di personale delle aziende del Servizio Sanitario

Regionale” sulla base della quale la ASP di Catanzaro ha provveduto a redigere il piano del fabbisogno da sottoporre alla Regione per l’avvio delle procedure di reclutamento:

FABBISOGNO PERSONALE AREA DISTRETTUALE	
Dirigenti Medici	243
Dirigenti Veterinari	34
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	48
Personale di Vigilanza e Ispezione	53
Farmacisti	20
Personale Infermieristico	453
Personale Tecnico Sanitario	14
Personale della Riabilitazione	84
OSS	95
Autisti - Emergenza Territoriale	96
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	178
Ruolo Amministrativo e Professionale	307
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	1625

FABBISOGNO PERSONALE MEDICINA PENITENZIARIA E REMS	
Dirigenti Medici	7
Dirigenti Veterinari	0
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	3
Personale di Vigilanza e Ispezione	0
Farmacisti	0
Personale Infermieristico	51
Personale Tecnico Sanitario	0
Personale della Riabilitazione	16
OSS	48
Autisti - Emergenza Territoriale	0
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	1
Ruolo Amministrativo e Professionale	2
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	128

FABBISOGNO PERSONALE CENTRO REGIONALE DI NEUROGENETICA	
Dirigenti Medici	5
Dirigenti Veterinari	0
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	1
Personale di Vigilanza e Ispezione	0
Farmacisti	0
Personale Infermieristico	0
Personale Tecnico Sanitario	0
Personale della Riabilitazione	0
OSS	0
Autisti - Emergenza Territoriale	0
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	1
Ruolo Amministrativo e Professionale	0
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	7

RIEPILOGO FABBISOGNO PERSONALE AREA TERRITORIALE	
Dirigenti Medici	255
Dirigenti Veterinari	34
Dirigenti Sanitari (non Med. e Farm.)	52
Personale di Vigilanza e Ispezione	53
Farmacisti	20
Personale Infermieristico	504
Personale Tecnico Sanitario	14
Personale della Riabilitazione	100
OSS	143
Autisti - Emergenza Territoriale	96
Ruolo Tecnico (escluso OSS e OTA)	180
Ruolo Amministrativo e Professionale	309
TOTALE PERSONALE AREA TERRITORIALE	1760

3.c.1 Strategia di copertura del fabbisogno

Per quanto riguarda le modalità di reclutamento sono individuati diversi canali di accesso.

1) D.LGS.VO 75/2017 ART. 20 COMMA 1 e 2 recante modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30.03.2001, n. 165, che all'articolo 20 detta le disposizioni in materia di "Superamento del Precariato nelle Pubbliche Amministrazioni.

Le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, fino al ((31 dicembre 2023)), in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possieda tutti i seguenti requisiti:

(Stabilizzazione "diretta") comma 1

a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione o, in caso di amministrazioni comunali che esercitino funzioni in forma associata, anche presso le amministrazioni con servizi associati;

- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) abbia maturato, al 31 dicembre 2022, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

(Stabilizzazione mediante concorso) comma 2

Fino al 31 dicembre 2022, le amministrazioni possono bandire, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, previa indicazione della relativa copertura finanziaria, procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possenga tutti i seguenti requisiti:

- a) risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
- b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2022, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

2) Articolo 1 Comma 268, lett. B, della Legge 30 dicembre n. 234.

Il comma 268 sopra richiamato introduce nell'ordinamento una nuova disciplina di stabilizzazione del personale delle aziende e degli enti del SSN, finalizzata alla valorizzazione della professionalità acquisita durante la fase emergenziale da COVID –

La norma, in particolare, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, prevede la possibilità di assumere il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

3) Art. 3 comma 61 della Legge n. 350 del 24 dicembre 2003 (nota prot. 60523 del 05/12/2016 – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali- Area Risorse Umane).

4) Utilizzare graduatorie concorsuali vigenti.

5) Ricorrere ai concorsi unici centralizzati.

Il sistema di reclutamento nella fase pre – emergenza seguiva procedure complesse e datate che programmano le assunzioni legandole al concetto di pianta organica e non ai fabbisogni reali.

Nella fase Covid si è registrato un incremento di assunzioni avvenute con modalità rapidissime e con l'attribuzione di incarichi disponibili anche in deroga a precedenti divieti. Si è assistito quindi a una semplificazione delle normative e ad assunzioni atte a rispondere ai fabbisogni immediati.

Per il post Covid ci si aspetta una semplificazione delle regole di reclutamento, l'introduzione di regole agili e flessibili per l'assegnazione di incarichi, il rendere permanenti le procedure di assunzione degli specializzandi e la stabilizzazione del personale sanitario assunto durante l'emergenza. Una sfida ulteriore che attende l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, come tutte le Aziende Sanitarie, è il tema del ricambio generazionale.

3.c.2 Valorizzazione delle risorse umane

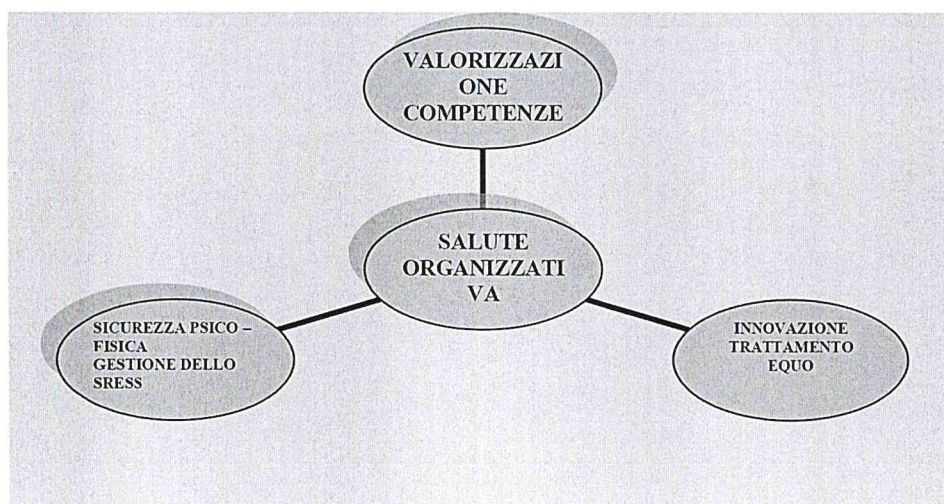
Riconoscere il merito al personale è il solo modo per dar loro fiducia e ottenere il massimo dell'impegno e della dedizione.

E' per questo che la Sanità del futuro deve puntare ad un wellness organizzativo in grado di assicurare benessere fisico, psicologico e sociale al personale sanitario, ma anche una migliore organizzazione e gestione delle relazioni.

Deve affermarsi la consapevolezza che il benessere dei lavoratori è direttamente proporzionale al benessere aziendale: se il lavoratore è soddisfatto, si accresce la produttività e l'Azienda ne trae notevoli benefici.

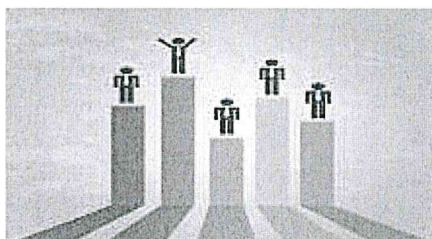
Le persone oggi cercano ambienti di lavoro piacevoli, sani e stimolanti per la crescita e le aziende hanno bisogno di persone che diano il massimo per essere produttive anche dopo anni di servizio e fino alla conclusione della carriera lavorativa.

Il tema da approfondire, quindi, non è solo legato alla determinazione degli obiettivi, ma anche alle modalità di perseguimento degli stessi.



L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro mira a valorizzare le capacità professionali dei dipendenti, avanzamento di carriera, a stimolare l'apporto creativo e attribuzione di uno stipendio più alto a parità di prestazioni lavorative attivando delle specifiche procedure.

Le Progressioni Economiche Orizzontali costituiscono un sistema di avanzamento all'interno di ciascuna categoria, sono attribuite in modo selettivo, ad una quota limitata di dipendenti, in relazione allo sviluppo delle competenze professionali ed ai risultati individuali e collettivi rilevati dal sistema di valutazione.



Le Progressioni Verticali consistono in un percorso di sviluppo professionale, riservato ai dipendenti dell'amministrazione, che prevede il passaggio da una categoria alla categoria superiore e si attua attraverso procedure di selezione interna.

Incarichi di funzione di organizzazione dell'Area Sanitaria, Tecnica e Amministrativa (delibera del 30/08/2019)

Attraverso gli incarichi di funzione, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro attribuisce posizioni di lavoro che comportano svolgimenti di funzioni con assunzione diretta di responsabilità a funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del Profilo di appartenenza, offrendo dunque maggiore autonomia organizzativa.

I dipendenti soddisfatti del proprio lavoro si sentono coinvolti in prima persona nella attività aziendale e vedono valorizzato il proprio lavoro. Ancor di più per chi acquisisce nuove responsabilità ed ottiene costantemente ottimi risultati.

L'esperienza della pandemia ha accentuato la necessità di puntare sul rafforzamento e sulla diffusione delle competenze manageriali per lo sviluppo della sanità del futuro.

3.c.3 Interventi ed azioni necessari

La fase post Covid, momento quest'ultimo utile a raccogliere gli insegnamenti e a comprendere i miglioramenti da introdurre per l'efficientamento del sistema sanitario del futuro.

L'emergenza ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra, anche tra specialità diverse, e della capacità di rendere flessibili le strutture, in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Rivedere la relazione tra ospedale e territorio. Superare una volta per tutte la cultura «ospedalocentrica», implementando in maniera sistematica ciò che sul territorio ha dimostrato di funzionare nel corso della pandemia (es. uso della telemedicina, conoscenza approfondita dei pazienti fragili, setting nei quali gestire posti letto per cronici a conduzione non ospedaliera).

Ripensare al territorio adattandolo ai diversi contesti. L'innovazione non può essere uguale per tutti, lo standard dovrebbero essere costruito basandosi sulle performance, piuttosto che sui modelli organizzativi.

Riprogettare il dipartimento di prevenzione, riportandolo al suo ruolo di prevenzione primaria e di promozione della salute e consolidando quella interattività e interdisciplinarietà con i dipartimenti e i distretti, «come è successo con i tamponi», ormai imprescindibili. Il bagaglio di esperienza e consapevolezza che ci lascia la pandemia è coerente con i cambiamenti richiesti, e non da oggi, per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, attuali e in prospettiva, della popolazione. Oggi più che mai, ciascuno è chiamato a fare la propria parte, in un contesto che porterà rapidamente il sistema ad affrontare con intensità e tensione il cambiamento verso una fase senza precedenti. Una fase che coinvolgerà tutti e che tutti dovranno essere in grado di riconoscere e valorizzare.

3.c.4 Risorse umane e ciclo del valore

La gestione delle risorse umane si pone al centro del progresso di ogni amministrazione, in quanto essa è una fonte potenziale dell'efficienza. Tale gestione rientra in un processo più ampio che inizia dall'acquisizione del personale necessario a svolgere determinati compiti e funzioni nell'azienda e continua con l'integrazione nell'organizzazione attraverso politiche motivazionali volte a conciliare lo sviluppo aziendale con la crescita e lo sviluppo della professionalità dell'individuo.

La gestione di tali risorse rappresenta il pilastro dell'intera gestione aziendale ed è uno dei compiti più difficili per chi dirige una Azienda Sanitaria: si tratta di dotare l'organismo aziendale delle professionalità necessarie e di assicurarsi che gli individui inseriti nell'organizzazione siano motivati al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La funzione di conduzione del personale ha per obiettivo l'ottenimento del miglior rendimento dell'organizzazione e riguarda i problemi di impegno e di guida delle risorse umane presenti in azienda. Dirigere nel suo significato tradizionale significa “far sì che altri realizzino certe azioni” e l'abilità direttiva si misura, sotto tale profilo, non solo in funzione dei risultati operativi conseguiti, ma anche in rapporto al clima delle relazioni di lavoro creato in azienda.

Questo secondo aspetto richiama i problemi di comportamento organizzativo, legati oltre che alla scelta di determinate strutture, all'adozione di differenti stili di direzione.

Per ottenere il più alto rendimento del fattore lavoro è necessario risolvere il problema dell'integrazione tra gli obiettivi individuali e quelli dell'organizzazione: quando si realizzerà questo processo di fusione non si avrà più un problema di conduzione degli uomini, i quali saranno naturalmente motivati a fornire il miglior contributo all'organizzazione. Il principio dell'identificazione con l'organizzazione è alla base della motivazione delle risorse umane che lavorano in azienda.

Questo processo motivazionale si realizza quando alcuni degli obiettivi dell'organizzazione divengono anche obiettivi del lavoratore, che si sente in tal modo integrato nell'organizzazione.

Quindi solo nel momento in cui l'organizzazione riuscirà a convogliare il comportamento degli individui verso gli obiettivi dell'azienda si svilupperà una gestione efficace ed efficiente.

Gli aspetti della gestione del personale sono:

- l'acquisizione del personale, con cui le risorse umane vengono reperite sul mercato del lavoro o internamente all'azienda stessa
- la gestione in senso stretto, con cui si tenta di ottimizzare l'impiego in azienda della risorsa lavoro, attraverso politiche e tecniche di addestramento/formazione e sviluppo (retribuzione, carriera, valutazione e incentivazione)
- le tendenze evolutive in materia di gestione del personale, rivolte alla flessibilità del rapporto e ad interventi più mirati nei confronti del personale e delle sue esigenze
- la comunicazione interna nei confronti del personale
- le relazioni

Una buona gestione delle risorse umane contribuisce non solo a migliorare il rendimento di singoli individui e di gruppi nell'organizzazione, ma consente anche di ridurre i rischi e i costi di comportamenti di disaffezione, che si possono tradurre in assenteismo, turnover, ritardi nei processi operativi e, in casi estremi, in danni al patrimonio aziendale.

In un contesto caratterizzato dalla necessità di efficienza e ottimizzazione delle risorse umane in ambito sanitario spesso scarse (mancanza figure professionali sul mercato e quindi impossibilità di reperire nuovo personale), la risorsa umana diviene sempre più un fattore di rigidità quindi risulta fondamentale riuscire a disporre della forza lavoro qualificata in relazione alle necessità che si vengono a generare.

L'affermarsi del ruolo strategico della gestione delle risorse umane deve far assumere a quest'area funzionale valore di rilievo per la soluzione dei problemi di efficienza e di efficacia aziendale e per tale motivo si ricorre sempre più alla programmazione dell'organico.

Le risorse umane sono state al centro di una evoluzione di pensiero che le ha lentamente portate ad occupare un ruolo contrale nelle politiche organizzative imperniata sulla qualità e sulla soddisfazione del cliente.

E' ormai acclarato che una gestione oculata delle persone produce incrementi di valore del prodotto – servizio che difficilmente è raggiungibile agendo su altre leve organizzative. Di qui, la grande attenzione che la ASP di Catanzaro vuole avere nella gestione delle risorse umane. Si può senz'altro affermare che il modello prevalente oggi è quello che spinge a considerare la "risorsa umana" come protagonista di un ciclo virtuoso che, se correttamente gestito, si autoalimenta producendo un costante incremento della prestazione. Le persone rappresentano l'unicità: ogni individuo costituisce un unicum che scaturisce dall'individualità, dalle conoscenze possedute, dal percorso formativo, dalle aspirazioni e dai connotati caratteriali anch'essi unici e specifici di quella singola persona.

Questa unicità rappresenta il potenziale umano, l'apporto che in teoria una persona può dare all'organizzazione. Il termine "potenziale" non è usato a caso, ma sta a sottolineare che questo apporto non è acquisito e acquisibile in modo automatico all'atto dell'assunzione, ma rimane fortemente subordinato al livello di coinvolgimento dell'individuo all'interno del sistema organizzativo.

Questa precisazione ci porta direttamente al secondo nodo del ciclo.

Il sistema delle relazioni è scindibile in due tipologie di "contratto": il primo giuridico e volto alla formalizzazione del rapporto di lavoro e il secondo psicologico finalizzato invece al soddisfacimento delle reciproche esigenze, umane e organizzative, dei soggetti contraenti.

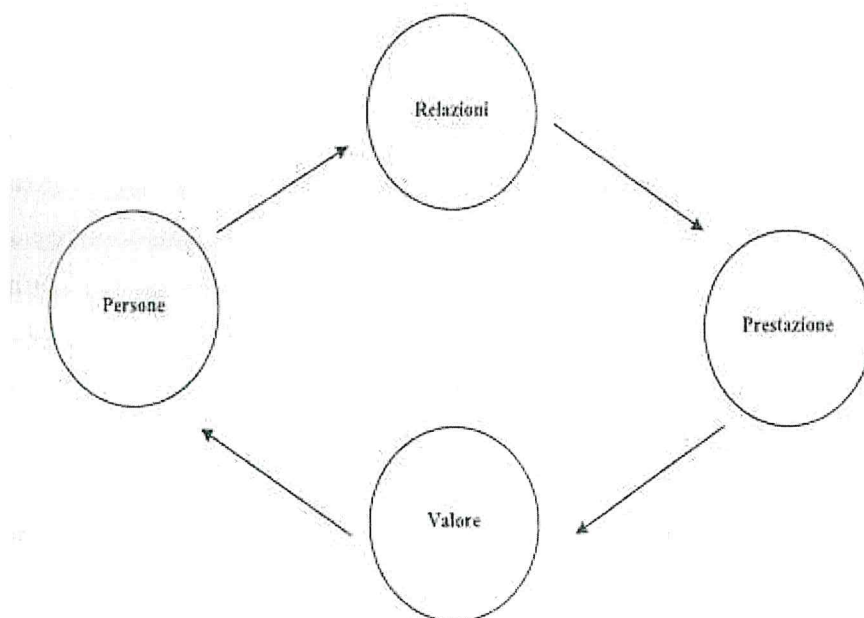


Fig. 1 – Il ciclo del valore delle risorse umane

Il coinvolgimento del dipendente è chiave di volta per ottenere un incremento nelle prestazioni del lavoratore. La gestione del "contratto psicologico", come ovvio, non è né

semplice né automatica ed implica una flessibilità organizzativa che non sempre viene sviluppata adeguatamente.

La prestazione coincide con il punto di vista dell'organizzazione, è il momento in cui le competenze del lavoratore e il suo essere incardinato in un sistema di relazioni, istituzionali, sociali e personali producono un "beneficio" per l'azienda. L'erogazione di una prestazione può scaturire da una organizzazione meccanicista e rigidamente formalizzata delle procedure di lavoro ma anche da atteggiamenti costruttivi, innovativi e creativi.

E' questo il tipo di prestazione cui oggi si mira con l'occhio costantemente rivolto ad un contesto fortemente mutevole e centrato sui servizi che necessita di una elasticità ben conformata da parte degli individui. La prestazione oltretutto va gestita da parte della Direzione con la finalità di garantire quello spirito di collaborazione che risulta irrinunciabile in un sistema organizzativo che voglia operare in qualità.

Occorre sottolineare che non sempre una regolazione del rapporto di tipo esclusivamente giuridico garantisce una sostanziale lealtà della prestazione lavorativa e questo spinge ad invocare nuovamente la centralità del "contratto psicologico".

La valorizzazione è l'ultimo nodo del ciclo. Si tratta di una fase che è scomponibile secondo due diverse prospettive: quella dell'organizzazione e quella dell'individuo.

Per l'Azienda la valorizzazione è il momento in cui la persona, e con lei tutto il sistema organizzativo, incontrano l'ambiente esterno traducendo in valore il sistema di competenze, relazioni e prestazioni erogata a beneficio dell'utente. Quello che non deve sfuggire è la proiezione verso l'utente di tutto il modello che alimenta virtuosamente la chiusura del ciclo e la sua ripetizione.

L'adozione di questo modello consente la riconsiderazione di tutte le politiche e le strumentazioni di gestione del personale con la finalità di integrarle con le scelte aziendali a rilevanza strategica e operativa. Il modello fondato sul ciclo del valore offre insomma uno strumento prezioso per la progettazione e la gestione dei processi relativi al personale.

Senza soffermarsi eccessivamente sulle varie componenti che caratterizzano il sistema delle risorse umane secondo le quattro prospettive del ciclo del valore, ci focalizziamo sulla valorizzazione.

Adottare in Azienda una gestione del personale basata sulla Valorizzazione delle competenze personali significa adottare uno sviluppo delle attività aziendali che pone il "potenziale delle competenze delle risorse umane disponibili" fra gli elementi chiave della strategia di sviluppo propria dell'azienda. Questa scelta presuppone che venga adottato uno sviluppo continuo delle risorse umane e della loro conoscenza (knowledge management) come valore distintivo e competitivo di successo, puntando a congruenza e coerenza fra strategia aziendale e capitale umano disponibile.

Gli strumenti e le procedure per la gestione della valorizzazione del personale sono pressoché i medesimi della gestione tramite lo sviluppo delle risorse umane, ma ciò che viene posto al

centro delle analisi e delle valutazioni finalizzate alla crescita dell'azienda è in misura maggiore il "POTENZIALE delle competenze disponibili" piuttosto che il "BILANCIO delle competenze disponibili" che caratterizza la gestione tramite sviluppo. In sintesi la chiave della valorizzazione è individuare le competenze delle risorse umane più "promettenti" che oggi non siano assolutamente o poco messe a frutto nell'organizzazione corrente ma che, se sviluppate, potrebbero comportare un vantaggio competitivo per tutta l'Azienda, e di conseguenza impostare i relativi percorsi formativi, percorsi di carriera, ecc. in modo da trasformare queste competenze in obiettivi strategici di innovative, nuove o rinnovate attività aziendali.

Per competenza si intende "una caratteristica intrinseca di un individuo e casualmente collegata ad una performance efficace o superiore nella mansione"(Boyatzis, 1982).

Le competenze si distinguono in 'desiderabili' o 'di soglia'. Le competenze 'desiderabili' distinguono gli elementi migliori dai peggiori, per arrivare ad una performance di livello almeno accettabile o medio occorrono competenze 'di soglia' o 'essenziali'.

Le competenze desiderabili e di soglia per una determinata mansione permettono di costruire una griglia di riferimento (profilo di competenza) utile per la selezione del personale, per la pianificazione delle carriere, per la valutazione della performance e per lo sviluppo del personale.

Queste competenze possono essere: motivazioni, tratti, visione personale, (atteggiamenti o valori), conoscenze, capacità cognitive o comportamentali; qualunque caratteristica, insomma, che possa essere misurata o quantificata in maniera attendibile e che si dimostri capace di differenziare significativamente gli elementi superiori dai mediocri o i lavoratori efficaci da quelli inefficaci.

- Motivazione: la spinta inferiore o gli schemi mentali che inducono, guidano e selezionano il comportamento d'una persona; es.: la tensione al risultato.
- Tratto: una generale disposizione a comportarsi o a reagire in un determinato modo; es.: fiducia in sé, self-control, resistenza allo stress o alla fatica.
- Visione personale (atteggiamenti e valori) misurata ad esempio dalle risposte a test che chiedono d'indicare a che cosa si dà valore, che cosa si pensa di fare o si è interessati a fare.
- Conoscenza di fatti o procedure, sia tecnica (come si ripara un computer) sia interpersonale (le cinque regole del feed-back efficace), misurata da appositi test, è praticamente provato che raramente le sole conoscenze distinguono gli elementi migliori dai peggiori, almeno sul lavoro.
- Capacità cognitive e comportamentali (skill): sia impalpabili (es: ragionamento deduttivo o induttivo) sia osservabili (es.: capacità di 'ascolto attivo').

Le competenze possono essere correlate alla performance in un semplice modello di flusso causale, il quale indica che le competenze, siano esse motivazioni, tratti, visione personale e conoscenze, attivate da una determinata situazione lasciano prevedere comportamenti

qualificati che a loro volta predicono la performance. Nelle competenze sono implicate intenzione, azione ed esito.



Fig. 2 - Il modello di flusso causale

Esempio: Tensione al risultato

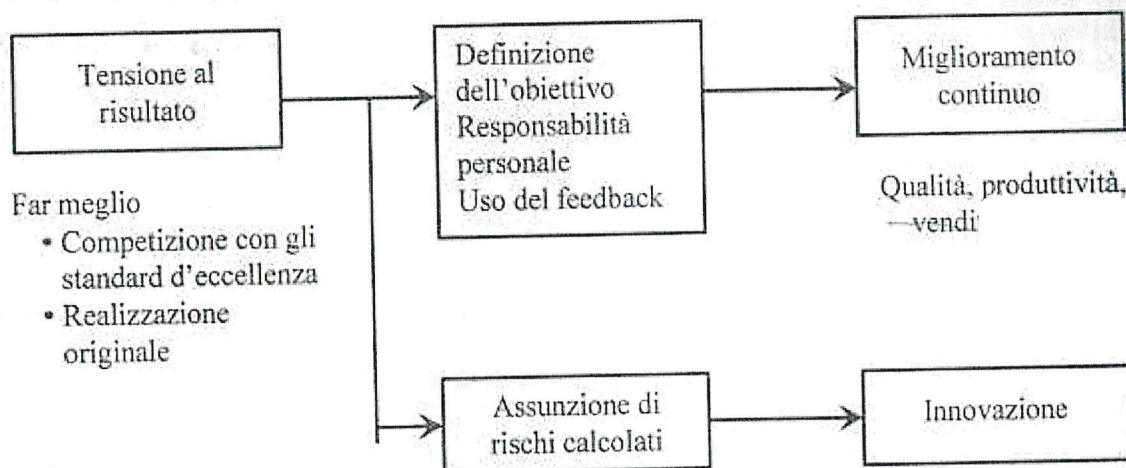


Fig. 3 – Elaborazione propria

3.c.5 Formazione del personale (Piano della Formazione)

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2022 nasce in un momento complesso legato alla diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2, che ha avuto effetti devastanti non solo nel mondo della salute ma nell'intero sistema di credenze di ogni uomo. Questa drammatica situazione ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie ed ha richiesto una rapida riconfigurazione delle modalità organizzative al fine di limitare la divulgazione del virus. Determinando, di riflesso, ripercussioni anche nella area della formazione che, per motivi di sicurezza, si è svolta perlopiù in modalità e-learning.

La Formazione degli esercenti le professioni sanitarie è un dovere Aziendale che, in linea con le indicazioni della Regione, garantisce lo sviluppo delle abilità e le competenze dei

professionisti che vi operano, favorendo la crescita di una cultura professionale, soprattutto, sul piano operativo.

Il ruolo della Formazione nel nostro contesto Aziendale dovrà sostenere lo sviluppo di diverse competenze:

- Competenze tecnico-specialistiche – finalizzate all’acquisizione di competenze e conoscenze specifiche di ciascuna professione e disciplina;
- Competenze organizzativo-gestionali (o di sistema) - tra cui la disponibilità degli operatori a sostenere il cambiamento nel modo abituale di operare e a continuare a utilizzare i nuovi strumenti per gestire l’integrazione, mirano all’acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;
- Competenze comunicativo-relazionali (o di processo) - relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell’organizzazione, con soggetti esterni (Istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro, sfruttando la potenzialità dei sistemi informativi accessibili e l’utilizzo di tecnologie;
- Competenze Strategiche - supportare i processi di integrazione per la continuità delle cure tra Ospedale e Territorio attraverso percorsi formativi specifici (PDTA).

Il patrimonio professionale riveste, per l’azienda, un’importanza strategica in accordo a quella che viene definita la nuova “economia delle risorse umane”. Attraverso il piano formativo 2022 si intende perseguire un percorso che permetterà di diffondere il valore “dell’apprendere insieme”.

I modelli formativi dovranno porsi come obiettivo il superamento del concetto di una formazione percepita come “obbligo” e l’integrazione di diversi saperi specialistici farà superare le problematiche create dalla divisione e parcellizzazione della conoscenza. Su tale tema sarà articolato uno specifico focus della formazione dedicata all’implementazione della definizione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici che rappresentano proprio il principale strumento di presa in carico multi - professionale e multi-disciplinare.

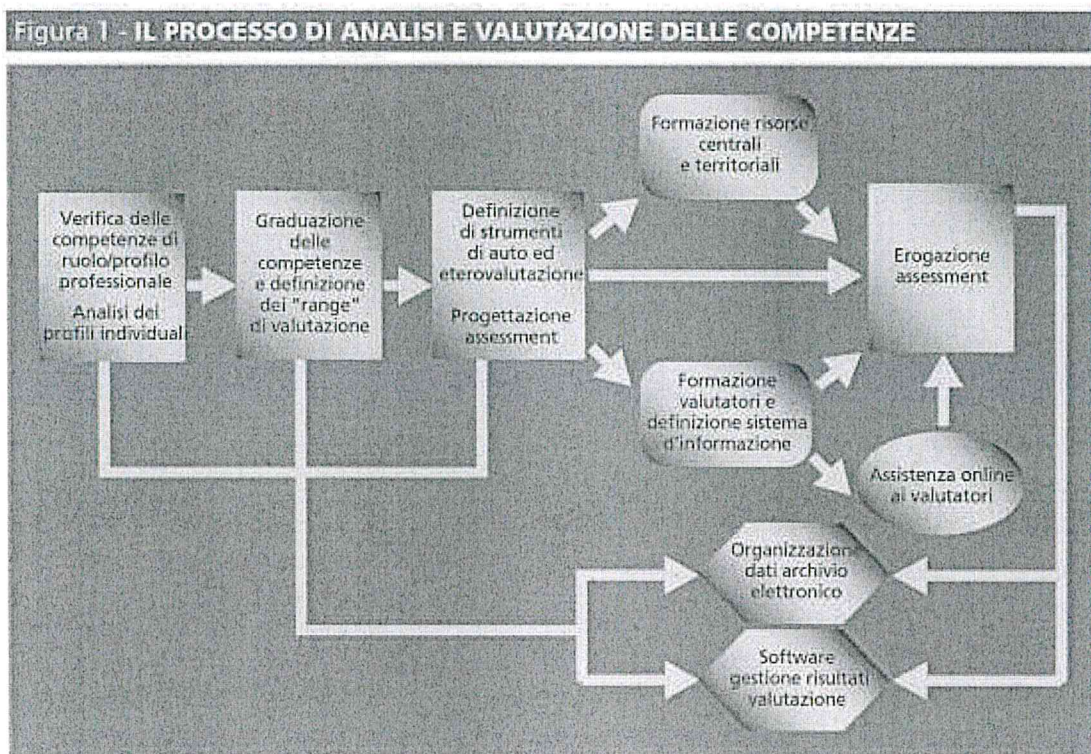
Da qui nasce l’esigenza per l’Azienda di possedere un sistema che sia in grado di misurare e valutare le performance attuali e future di ciascuna risorsa che ricopre uno specifico e predefinito ruolo: “Il Modello delle Competenze”.

La motivazione di tale esigenza, nasce dalla consapevolezza che nella società contemporanea osserviamo una continua evoluzione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini dove gli esercenti le professioni sanitarie devono essere in grado di rispondere a problemi di salute sempre più complessi (Cavallo, Delfino, Peano, Rivetti & Barbotto, 2016), conseguente all’obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all’aumento dell’età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico-degenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica. (Tavolo di lavoro Regioni Ministero, 2014).

Dalle problematiche emerse nel tempo è stata sottolineata l’esigenza di possedere: capacità di valutazione clinica del paziente (clinical assessment), capacità di gestione dei casi complessi (case management) e di conoscenza di tecniche e presidi di utilizzo non abituale nella pratica.

Il bisogno di acquisire competenze avanzate è sempre stato presente (a prescindere dalla disponibilità di un'offerta formativa in termini di corsi avanzati (master, specializzazioni, corsi di perfezionamento) e le professioni sanitarie hanno una storia di competenze acquisite sia sul campo con l'esperienza che ottenute frequentando percorsi di formazione post base.

In base a quanto previsto dal documento "percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale", redatto dalla Conferenza Stato – Regioni del 20 febbraio 2020, considerata la potenziale offerta di master definita dall'Osservatorio nazionale delle Professioni sanitarie, (Attivazione dei Master Specialistici di primo livello per le 22 Professioni Sanitarie ai sensi della Legge n. 43 del febbraio 2006, art. 6 comma 1, c) che si profila come molto vasta, e delle indicazioni del Contratto di Lavoro del 23 febbraio 2018, art.16, comma 7 del Personale del Comparto Sanità), si ritiene che i percorsi formativi complementari regionali, possano avere una connotazione molto contestualizzata e legata alle problematiche organizzativo-assistenziali delle aziende sanitarie locali. Inoltre, allo scopo di definire le aree di competenze "core" dei professionisti con pratica/competenza avanzata, è consigliabile considerare quelli indicati in modo concorde dalla letteratura internazionale in materia: pratica clinica, leadership e management, formazione, ricerca e consulenza. Individuato il Piano Formativo Aziendale, adottato con Deliberazione n. 3807 del 23 giugno 2022, attraverso il complesso processo, riportato nella figura 1, di verifica delle competenze lo stesso verrà, periodicamente, aggiornato prevedendo programmi sempre più trasversali finalizzati al trasferimento della cultura della integrazione dei vari cicli aziendali (sanitari ed amministrativi):



Il Piano Formativo Aziendale 2022 (PFA 2022) si propone di dare sistematicità all'attività formativa posta in essere dalla ASP di Catanzaro, con l'obiettivo di favorire efficacia, efficienza ed elasticità.

INDIRIZZI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

Indirizzo Nazionale:

In riferimento all'articolo 28 "Obiettivi formativi" comma 3 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute", la Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali - individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di processo- individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema - individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

La ASP di Catanzaro, al fine di assicurare la qualità ottimale dei servizi, nel rispetto dei vincoli normativi ed economici, investe nella valorizzazione e nello sviluppo delle professionalità presenti. La formazione, pertanto, è un importante leva aziendale al fine di garantire un costante aggiornamento delle competenze non solo specialistiche, ma anche manageriali.

L'Azienda assicura la realizzazione nell'anno di riferimento dei corsi obbligatori in forza di specifiche norme - D. Lgs. 81/08, corsi sulla prevenzione e sicurezza, BLS, Privacy, Anticorruzione - e considera come prioritarie le attività formative ricomprese nella Formazione di Direzione.

L'Azienda, oltre alla classica metodologia residenziale e formazione a distanza, intende implementare modelli di formazione sul campo (FSC), Simulazioni, Formazione Blended e Gruppi di Miglioramento, oltre ai Convegni.

Le attività formative interne previste nel Piano Formazione saranno valutate attraverso 4 livelli:

Liv. 1 –Valutazione del gradimento dei partecipanti (questionario di customer satisfaction);

Liv. 2 – Valutazione dell'apprendimento;

Liv. 3 – Valutazione globale del progetto formativo;

Liv. 4 –Valutazione della ricaduta su lavoro e organizzazione (Cambiamento della modalità di agire in termini di comportamento sul lavoro - definizione di indicatori dove possibile).

Formazione sponsorizzata

Le Attività Formative sponsorizzate vanno svolte tenuto conto delle diverse indicazioni normative (l'Accordo Stato-Regioni ECM 2017, PNA (Piano Nazionale Anticorruzione) 2016, le indicazioni dell'ANAC)

Formazione Continua – Obblighi

La Commissione nazionale per la formazione continua dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha emesso il “Manuale sulla formazione continua del Professionista sanitario” che introduce una serie di novità rilevanti, destinate a contribuire a quell'evoluzione dell'intero sistema che ne è una delle caratteristiche peculiari quali:

- l'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'Ordine Professionale;
- il riconoscimento delle seguenti professioni sanitarie: biologo, chimico, fisico, psicologo e farmacista, secondo quanto stabilito dalla Legge n. 3 del 2018;
- nel triennio, il professionista sanitario deve assolvere, in qualità di discente, almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. Il restante 60% può essere maturato mediante attività di docenza in eventi accreditati E.C.M., ovvero mediante le attività di “formazione individuale”;
- il professionista sanitario può richiedere in qualsiasi momento al provider l'attestato E.C.M. dal quale risulti il numero di crediti dallo stesso maturati.

Il documento può essere inviato tramite strumenti informatici (con tracciabilità delle operazioni) e preceduta dal controllo, da parte del provider, del superamento positivo delle verifiche finali sulla partecipazione all'evento formativo, ove previste, anche se l'evento non è stato rapportato ancora all'Ente accreditante.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

4.a Monitoraggio della performance aziendale

Il monitoraggio della performance viene effettuato tramite l'utilizzo della reportistica di un Data Warehouse che deve essere oggetto di implementazione e manutenzione costante per garantire l'acquisizione tempestiva dei dati in fasce temporali ridotte (non superiori al quadrimestre). Il monitoraggio costante delle evoluzioni permette di acquisire informazioni finalizzate al miglioramento delle performance aziendali nonché ad attivare, tempestivamente, azioni correttive ed aggiornamenti dei documenti programmatici.

4.b Monitoraggio della performance individuale

Il sistema di gestione delle performance individuali, quindi, la valorizzazione del contributo del singolo dipendente ai risultati dell'organizzazione, si articola in un percorso metodologico che conduce l'interessato a consolidare e, se necessario, a migliorare il proprio livello di performance, contribuendo così alla sua qualificazione professionale e alla crescita all'interno dell'organizzazione.

La verifica dei risultati individuali è demandata ai responsabili delle singole aree nelle more di individuare un sistema informativo, integrabile a quelli già in uso, che permetta la profilazione delle singole anagrafiche con abbinato un determinato valorizzatore. Un tale sistema potrebbe permettere al singolo di monitorare, real time, gli esiti delle valorizzazioni da parte dei rispettivi responsabili e agli uffici centrali il costante monitoraggio dello stato di avanzamento nella gestione delle schede annuali, quindi di intervenire in forma mirata e tempestiva in caso di eventuali inadempimenti o ritardi.