



**PIANO AZIENDALE TRIENNALE
DI VALUTAZIONE
DELLA
PERFORMANCE**

D.Lgv. 150/2009 s.m.i.

Introduzione

La crescita della pressione competitiva e l'aumento della velocità e della complessità dei processi di business richiedono un'estrema attenzione da parte delle aziende all'analisi di tali processi, combinata con quella dei possibili scenari nei quali l'azienda si troverà a operare. Il tutto, per consentire al management, ma anche alle diverse figure professionali aziendali, di prendere le decisioni giuste nei tempi giusti. Questo significa non solo analizzare informazioni che provengono dalle fonti più disparate, interne ed esterne all'azienda, ma essere in grado di correlarle sulla base non più esclusivamente di rigidi parametri econometrici ma di comportamenti, intuizioni, perplessità tipiche degli esseri umani. Come? Combinando le tradizionali metodologie e tecnologie di Business Intelligence e Performance Management con i nuovi strumenti collaborativi dell'era Web 2.0. Business Intelligence e Performance Management forniscono analisi più o meno dettagliate tratte dall'enorme mole di dati presenti nell'organizzazione consentendo poi di trasformare tali informazioni in decisioni consapevoli, oltre a stabilire, modificare e trasformare le strategie e i processi di business in modo da trarne vantaggi competitivi, migliorare le performance operative e la profittabilità e, in generale, raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il filone dei controlli di gestione e quello della customer satisfaction hanno saturato per molto tempo il terreno dei ragionamenti sulla valutazione della azione amministrativa e sulla relativa misurazione, anche come conseguenza della dominante impronta aziendalistica, basata sugli obiettivi di efficienza ed economicità organizzativa il primo, nonché della crescita di popolarità delle indagini di opinione, e degli aspetti collegati dell'importanza dell'immagine e del gradimento individuale in tutti i campi, il secondo. Ciò ha portato a disattendere nella sostanza il principale obiettivo di valutazione e misurazione, vale a dire quello della verifica dell'efficacia e dell'impatto, nel sociale e nell'economia, della azione amministrativa.

Il contesto istituzionale internazionale e specificamente quello europeo, che spesso fanno da traino per l'Italia rispetto all'innovazione gestionale, hanno insistito sempre più nel periodo più recente sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, come concetto ampio e multidimensionale, fortemente orientato alla centralità dell'utente-cittadino ed all'impatto socio-economico. Ad esempio, per quanto riguarda la qualità in senso ampio, l'Istituto Europeo della Pubblica Amministrazione (EIPA) ha prodotto e diffuso recentemente un Common Assessment Framework (CAF) come strumento di sviluppo della qualità nei servizi pubblici, partendo dall'assunto che la Strategia di Lisbona non possa trovare realizzazione senza una considerazione adeguata della necessaria innovazione sul piano della qualità e della collaborazione tra differenti istituzioni per attuare le strategie richieste.

L'attuazione della legge n. 15 del 2009 e l'adozione del d.lgs. n. 150 del 2009 introdotti dal Ministro Brunetta offrono alcune opportunità ulteriori, in quanto prevede una serie di strumenti di tipo metodologico volti da un lato a migliorare le possibilità conoscitive, ad esempio attraverso procedure di confronto dei risultati, processi di riallineamento alla media, utilizzo di un range più ampio di fonti informative, e dall'altro lato a tutelare meglio i destinatari dei servizi, attraverso ad esempio confronti pubblici annuali e coinvolgimento delle associazioni dei cittadini.

Nel seguente piano triennale delle performance, abbiamo fissato gli obiettivi generali che le U.O./servizi devono perseguire. Gli obiettivi di dettaglio, saranno oggetto di successivo atto che integrerà il presente piano di performance.

PRESENTAZIONE DELL'ASP DI CATANZARO

La sanità tra i due mari

L'applicazione del modello CAF nella nostra Azienda Sanitaria di Catanzaro (di seguito denominata ASP) è stata pensata ed adattata alla gestione dei processi nei tre livelli erogativi di servizi sanitari: Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliero.

La complessità geomorfologia ed erogativa dell'ASP ha imposto una scelta metodologica sull'applicazione CAF, guardando all'organizzazione in termini di gestione delle informazioni provenienti dall'erogazione stessa e dalle richieste ed aspettative degli stakeholder interni/esterni.



Questo rappresenta l'evoluzione del progetto di miglioramento iniziato e concluso nel 2009, che è stato premiato con la Menzione nel Concorso Premiamo i Risultati.

Dopo questa necessaria precisazione, passiamo a posizionare l'ASP nel contesto normativo generale delle organizzazioni di servizio al cittadino cliente. La revisione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attuata con il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni (di seguito denominato decreto legislativo "di riordino"), si qualifica come una riforma profonda e radicale che non tocca i principi informatori del servizio sanitario nazionale; come sistema istituzionale preposto alla tutela della salute in quanto diritto

fondamentale dell'individuo nell'interesse della collettività ed è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali con modalità che assicurano l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Al livello centrale e regionale, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione (federalismo), sono attribuiti compiti di programmazione, determinazione ex ante delle risorse finanziarie, definizione degli obiettivi e dei livelli di assistenza, verifica dei risultati in termini di efficienza complessiva. Conseguentemente vengono rafforzati i poteri delle Regioni in materia di programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento e controllo delle attività, accompagnato dalla responsabilizzazione totale delle stesse per i risultati finanziari della gestione demandando ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie l'applicazione di tali obiettivi. Infatti, l'azienda sanitaria e l'azienda ospedaliera, hanno invece personalità giuridica pubblica, sono forniti di ampia autonomia imprenditoriale ed assumono la gestione ed erogazione delle attività del servizio sanitario regionale.

Esiste, ed appare opportuno sottolinearlo, una profonda distinzione tra l'azienda sanitaria che organizza e garantisce ai cittadini le prestazioni sanitarie attraverso le proprie strutture ovvero i distretti sanitari ed i presidi ospedalieri; mentre le aziende ospedaliere e le strutture private accreditate vengono controllate e verificate nell'erogazione prestazionale proprio dall'azienda sanitaria competente per territorio. In tal modo si innescano elementi di competizione nella ricerca di una elevata qualità delle prestazioni e di un contenimento dei costi di produzione.

Il quadro di riferimento normativo ha il suo epilogo nella modifica dell'articolo 3 del D.Lgs.502/92 operato dalla cosiddetta "riforma ter" dettata dal D.Lgs.229/99, che ha aperto la strada alla disciplina delle aziende sanitarie ed ospedaliere attraverso l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato. Il comma 1-ter del 229/99 detta i criteri di riferimento per l'attività delle aziende sanitarie che sono tenute a garantire equità nell'accesso ai servizi attraverso l'appropriatezza ed efficacia

negli interventi di prevenzione cura e riabilitazione oltre ad efficienza nella produzione e distribuzione di servizi e prestazioni.

Le azioni programmatiche da mettere in atto per contenere da un lato la spesa sanitaria nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e dall'altro il dare risposte sanitarie alla popolazione assistita è un compito molto arduo. Nel mondo sanitario, rispetto a quanto fissato nella L.502/92 e s.m.i., molte cose sono state cambiate sia dal nuovo piano sanitario nazionale che dal piano sanitario regionale. Se a queste norme nazionali si aggiungono tutte le direttive regionali, si comprende quanto sia arduo e difficile gestire bisogni sanitari con efficienza ed efficacia di azione. Complessivamente la politica sanitaria Nazionale va sempre più verso una maggiore razionalizzazione della spesa puntando su forme di prevenzione. In questo rapporto le Aziende Sanitarie devono farsi carico di seguire da vicino ogni cittadino utente in modo da soddisfare i suoi bisogni di salute in termini preventivi o erogativi comprando o fornendo prestazioni sanitarie.

Il Direttore Generale deve conciliare la compatibilità della politica aziendale con la politica di programmazione della regione. Nel corso del 2009 è stato applicato un metodo di misura dei punti di ottimalità per un set di prestazioni sanitarie, questo per consentire di dare una leva alla Direzione Generale per una riorganizzazione e ristrutturazione dell'Azienda Sanitaria, tale da vincere la mentalità e la cultura acquisita in tanti anni dalla Dirigenza, abituata ad una gestione burocratica-giuridica. Mentalità che è agli antipodi dei principi della legge di Riforma fondati sui nuovi criteri gestionali fissati dal legislatore per le aziende sanitarie. Peraltro, dato l'aspetto culturale del problema, ogni iniziativa tendente alla riorganizzazione dei vari settori sanitari ed amministrativi deve "convincere" il dirigente a gestire le risorse assegnate e con esse riuscire a rendere produttiva in termini aziendale la struttura ad esso assegnata.

CICLO DELLA PERFORMANCE

Per fissare gli obiettivi e di conseguenza la valutazione della Performance delle U.O./Servizi e dei dirigenti responsabili, utilizzeremo il modello derivato della metodologia CAF in conformità alle indicazioni della Delibera CIVIT 85/10.

CRITERIO 1: LEADERSHIP

Introduzione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, è costituita dalla fusione delle due ex Aziende Sanitarie Locali di Catanzaro e Lamezia Terme, che a seguito della Legge Regionale n. 9 di maggio 2007 divengono unico soggetto giuridico denominato di seguito ASP di Catanzaro con sede legale in Catanzaro, alla Via Vinicio Cortese al n. 25.

L'ASP di Catanzaro ha un bacino di 80 comuni che si estendono dal mar Ionio al Tirreno e comprende le montagne della pre-Sila. Questo territorio, abbastanza variegato, con un'alternanza di zone marine, pianeggianti, collinari e montuose ha influenza l'architettura organizzativa dei 5 distretti erogativi di prestazioni sanitarie proprio per poter raggiungere in termini di prossimità la popolazione di 368.219 cittadini (il 18,4% della popolazione calabrese), distribuiti su una superficie di 2.391 km², che occupa il 15,9% del territorio regionale con una densità abitativa di 154 abitanti per kmq.

Prog.	Comune	Residenti	Maschi	Femmine	Numero Famiglie	Superficie Kmq
1	Albi	1.024	494	530	382	28,85
2	Amaroni	1.930	955	975	738	9,70
3	Amato	870	410	460	323	20,91
4	Andali	820	400	420	336	17,90
5	Argusto	556	275	281	228	7,12
6	Badolato	3.284	1.561	1.723	1.357	34,10
7	Belcastro	1.375	684	691	565	52,68
8	Borgia	7.590	3.745	3.845	2.931	42,00
9	Botricello	4.965	2.426	2.539	1.921	15,24
10	Caraffa di Catanzaro	2.016	1.001	1.015	725	24,71
11	Cardinale	2.425	1.150	1.275	976	31,21
12	Carlopoli	1.673	812	861	729	16,32
13	Catanzaro	93.302	44.743	48.559	37.180	111,34
14	Cenadi	606	294	312	273	11,16
15	Centrache	413	198	215	207	7,87
16	Cerva	1.287	631	656	472	21,00
17	Chiaravalle Centrale	6.668	3.200	3.468	2.591	23,33
18	Cicala	994	478	516	392	9,08
19	Confienti	1.481	719	762	620	30,98
20	Cortale	2.316	1.086	1.230	975	29,28
21	Cropani	4.326	2.147	2.179	1.471	43,83
22	Curinga	6.778	3.323	3.455	2.299	51,47
23	Davoli	5.453	2.684	2.769	1.830	25,73
24	Decollatura	3.304	1.587	1.717	1.408	50,37
25	Falerna	4.048	1.999	2.049	1.721	23,85
26	Feroleto Antico	2.105	1.003	1.102	821	22,02
27	Fossato Serralta	605	309	296	227	12,32
28	Gagliato	554	266	288	250	6,99
29	Gasperia	2.192	1.058	1.134	838	6,86
30	Gimigliano	3.472	1.682	1.790	1.374	32,45
31	Girifalco	6.222	3.029	3.193	2.378	43,09
32	Gizzeria	4.299	2.185	2.114	1.571	35,94
33	Guardavalle	4.940	2.394	2.546	2.068	60,39
34	Isca sullo Ionio	1.653	803	850	738	22,96
35	Jacurso	660	286	374	310	21,64
36	Lamezia Terme	70.961	34.416	36.545	25.927	160,26
37	Magisano	1.285	611	674	499	31,73
38	Maida	4.465	2.170	2.295	1.605	58,21
39	Marcedusa	480	232	248	212	15,29
40	Marcellanara	2.267	1.098	1.169	821	20,63
41	Martirano	952	459	493	417	14,58
42	Martirano Lombardo	1.223	593	630	561	19,82
43	Miglierina	817	374	443	326	13,89
44	Montauro	1.509	695	814	729	11,54
45	Montepaone	4.761	2.366	2.395	1.899	16,95
46	Motta Santa Lucia	891	440	451	350	25,68
47	Nocera Terinese	4.816	2.357	2.459	1.898	46,22
48	Olivadi	631	307	324	273	7,07
49	Palermi	1.279	609	670	574	18,27
50	Pentone	2.230	1.070	1.160	857	12,29
51	Petrizzi	1.169	563	606	481	21,49
52	Petronà	2.708	1.311	1.397	1.033	45,51

Il territorio aziendale comprende un numero elevato di comuni, per lo più, di piccole dimensioni; i comuni con una popolazione inferiore a 5.000 abitanti rappresentano il 72,41%, il 22,41% ha una popolazione compresa tra 5.000 e 10.000 abitanti, con una prevalenze del sesso femminile del

51,5%. Infine, solo 2 comuni hanno una popolazione superiore a 10.000 abitanti: Lamezia Terme e Catanzaro, di cui quest'ultimo con circa 94.000 abitanti.

La tabella che segue illustra la distribuzione della popolazione nei vari comuni e la relativa superficie territoriale.

1.1 Orientare l'organizzazione, attraverso lo sviluppo di una missione, una visione e dei valori

Essere oggi Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro significa:

- assicurare qualità dell'offerta di prestazioni sanitarie e socio sanitarie e nella prevenzione;
- rispondere al bisogno di salute senza alcuna distinzione di sesso, razza, religione ed età nei vari contesti di vita;
- essere parte integrante di questa terra e della sua gente.

La mission dell'ASP di Catanzaro è la tutela della salute dei cittadini per assicurare a tutti coloro che ne hanno titolo i livelli uniformi di assistenza nell'area della prevenzione, delle cure primarie, delle attività socio-sanitarie integrate e dei percorsi di cura specialistica ambulatoriale e di ricovero, fruibili attraverso l'accesso alle strutture pubbliche e private accreditate.

La mission puo essere sintetizzata nelle seguenti linee di intervento:

- tutelare la salute dei cittadini attraverso il governo e la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- rafforzare il ruolo dell'Azienda quale garante della salute del cittadino;
- educare il cittadino alla salute per la tutela e la salvaguardia del benessere fisico e psichico;
- garantire i Livelli Essenziali di Assistenza;
- garantire alla qualità degli interventi ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie e delle prescrizioni farmaceutiche;
- garantire efficacia ed efficienza nella gestione;
- mirare alla soddisfazione del cittadino.

La Costituzione definisce la tutela della salute come un fondamentale diritto dell'individuo ed un interesse della collettività. E' un fondamento che si collega con altri principi, recepiti nelle Direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri, nel D.Lgvo 150/2009, negli atti d'indirizzo della CiViT e nella Carta dei Servizi dell'ASP di Catanzaro:

- uguaglianza con esclusione di ogni discriminazione e garanzia di parità di trattamento e condizioni del servizio prestato;
- imparzialità per improntare il comportamento nei confronti degli utenti a criteri di obiettività e di giustizia;
- continuità nell'erogazione dei servizi pubblici nell'ambito delle modalità stabilite dalla legge;
- diritto di scelta garantito all'utente nella misura fissata dalla normativa;
- diritto d'informazione ed accessibilità alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie assicurando al cittadino tutti gli elementi per una scelta libera e consapevole;
- partecipazione con suggerimenti ed osservazioni, per tutelare il diritto alla correlata erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- efficacia ed efficienza delle prestazioni in un'ottica di miglioramento continuo e di orientamento ai bisogni del cittadino, attraverso l'individuazione di adeguati standard qualitativi e quantitativi e tramite la loro puntuale verifica e l'aggiornamento dei relativi esiti;
- promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e verifica della qualità dei servizi;
- garanzia di criteri di compatibilità economica e finanziaria attraverso il controllo della dinamica dei costi, in un contesto di risorse definite.

In definitiva Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro opera all'interno delle autonomie di cui sono dotate le aziende sanitarie ed ospedaliere ed opera all'interno del quadro ripartitorio dei poteri di governo e di gestione delegati dal servizio sanitario nazionale. Il fondamentale "scopo" istituzionale da attuarsi utilizzando il criterio della programmazione correlata alla realtà territoriale, in termini di soddisfacimento dei bisogni degli assistiti, secondo rilevazioni epidemiologiche e

scelte di strategia di governo. Imprescindibile, nell'attuazione delle scelte strategiche e di programma, è il dominio del prefisso "efficienza – efficacia – economicità", secondo il generale principio costituzionale del buon andamento ed imparzialità (art.97 della Cost.), nonché di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa (legge n. 241/90).

La "visione" dell'azienda si identifica nei seguenti punti fondamentali, che assumono carattere di impegno strategico:

- a) **operare** per 'creare' l'azienda, nella convinzione che il battesimo normativo ne costituisce soltanto il presupposto, predisponendo e realizzando un modello organizzativo a ciò congeniale;
- b) **corta e snella** a schema operativo tendenzialmente orizzontale con poca distanza fra vertice strategico e base operativa;
- c) **flessibilmente definita** in base ai bisogni del cittadino-utente e culturalmente orientata;
- d) **attenta** sia allo sviluppo ed al monitoraggio dei processi gestionali, sia al continuo miglioramento della performance secondo parametri di efficacia, di efficienza e di qualità, nel quadro di un generalizzato forte e diffuso orientamento anche culturale dei risultati a tutti i livelli di intervento decisionale ed operativo;
- e) **capace** di valorizzare, coinvolgere, gratificare e responsabilizzare il personale senza distinzione di ordine e grado, su obiettivi prioritari, chiari, realistici, resi noti e condivisi, all'interno di strutture organizzative che facilitino la comunicazione, il lavoro di gruppo, l'integrazione delle professionalità e delle responsabilità, le capacità competitive ed il senso di appartenenza,
- f) **aperta e sensibile** nei confronti dell'ambiente esterno in tutte le sue espressioni rappresentative politiche, istituzionali, socio-economiche, culturali.

L'organizzazione aziendale è stata definita in modo da mettere in evidenza lo specifico ruolo assunto dalle diverse parti che compongono l'azienda, ovvero: Direzione strategica; Staff; Servizi di supporto; Direzione intermedia; Unità operative; Dipartimenti.

La **direzione strategica** è formata dalle persone con responsabilità globale sull'azienda. Il vertice strategico deve assicurare che l'azienda assolva alle sue specifiche finalità e che risponda alle esigenze dei portatori di interesse o comunque di coloro che controllano e hanno potere sull'azienda stessa, improntando le proprie azioni al carattere della collegialità. La direzione strategica assolve a tre funzioni fondamentali:

- supervisione diretta: alloca le risorse, autorizza le decisioni più importanti, risolve i conflitti, definisce l'organizzazione e la dota di personale necessario, controlla motiva e ricompensa i dipendenti.
- gestione delle condizioni di confine: informa i portatori di interesse e i soggetti esterni di maggior influenza sulle attività dell'azienda, negozia accordi e svolge anche compiti di rappresentanza.
- sviluppo della strategia dell'azienda: formula la strategia interpretando l'ambiente con l'assunzione di decisioni coerenti con le condizioni e caratteristiche dell'organizzazione.

Lo **staff direzionale** comprende unità organizzative responsabili delle funzioni di analisi, tempistica e metodologia, progettazione, pianificazione e controllo. Le unità di staff affiancano la gerarchia manageriale, offrendole specifici strumenti di governo aziendale, ma non intervengono direttamente nella gestione e nei processi, direttamente o indirettamente, correlati alla erogazione delle attività e delle prestazioni sanitarie e/o assistenziali.

I **servizi di supporto**, amministrativi e sanitari, sono costituiti da unità operative che svolgono attività di supporto alla direzione strategica, intervenendo nella gestione e nei processi indirettamente correlati con le attività o le prestazioni sanitarie e/o assistenziali, facilitandone ed assistendone il funzionamento. Le unità di supporto svolgono funzioni e realizzano servizi specifici; possono essere presenti a diversi livelli della gerarchia, in relazione ai destinatari dei loro servizi.

La **direzione intermedia** comprende quelle strutture organizzative che collegano il vertice strategico con le unità operative, esercitando un ruolo di coordinamento, indirizzo e programmazione delle rispettive aree. I direttori della linea intermedia intervengono nel flusso delle decisioni sia in senso ascendente che in senso discendente. La direzione intermedia ha, altresì, il

compito di assicurare, il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione aziendale per l'area di competenza, di gestire le risorse umane, di tradurre le finalità generali in obiettivi specifici dell'area di competenza, di garantire la supervisione del funzionamento dell'area, la raccolta e trasmissione delle informazioni, il coordinamento complessivo e l'introduzione di innovazioni.

L'**unità operativa** è direttamente titolare di una specifica funzione direttamente collegata all'erogazione di prestazioni, di prodotti e servizi. Essa è costituita dall'insieme del personale in possesso di specifici requisiti tecnico-professionali necessari allo svolgimento di specifiche funzioni. E' dotata di piena autonomia tecnico professionale, mentre quella gestionale è individuata nell'ambito delle regole di funzionamento dell'articolazione organizzativa in cui è collocata.

Il **dipartimento** è costituito da strutture omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale e/o gestionale. Le strutture costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta al processo assistenziale ed a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, ed economico. I dipartimenti, che possono essere strutturali, funzionali, integrati, interaziendali, rappresentano il modello operativo dell'azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. A essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

La "missione" dell'azienda può pertanto definirsi non solo "essere" ma "dover essere", nell'ottica di tutela e miglioramento della salute dei cittadini come diritto fondamentale dell'individuo attraverso la garanzia di prestazioni sanitarie appropriate, migliorando la qualità della vita e la qualità dell'assistenza socio-sanitaria attraverso l'orientamento alla persona e l'integrazione tra i servizi, valorizzando e sviluppando il proprio patrimonio di competenze professionali, in un quadro di complessivo equilibrio economico compatibile con le finalità pubbliche dell'azienda.

1.2 Sviluppare e implementare un sistema di gestione dell'organizzazione, delle sue performance e del cambiamento

Nel richiamare i poteri regionali secondo la definizione contenuta nell'articolo 2 del D.Lgs. di riordino, si ricorda che l'autonomia della ASP di Catanzaro risulta immersa in un contesto regolato dalla programmazione e dal sistema di vincoli derivanti dall'esercizio dei poteri rimessi agli organi regionali.

All'organo regionale spetta di fissare il "cosa" deve essere fatto da parte dell'ASP di Catanzaro e di assegnare la quantità di risorse occorrenti secondo criteri di congruità e nel limite delle risorse disponibili; all'ASP di Catanzaro va riconosciuta l'autonomia di scegliere il "come" l'obiettivo deve essere realizzato, impiegando le risorse con l'ampiezza di autonomia resa possibile dalla portata dei vincoli indicati dalla Regione e dai conseguenti meccanismi di responsabilizzazione per i risultati.

L'autonomia aziendale è tuttavia limitata dai vincoli derivanti dall'esercizio dei poteri rimessi agli organi regionali e si articola in autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'autonomia organizzativa individua il potere di identificare autonomamente la struttura organizzativa dell'apparato aziendale, intesa come l'insieme degli elementi che compongono il sistema organizzativo interno (centro di controllo direzionale, staff di supporto, linea operativa) nonché come meccanismi e livelli di coordinamento, di comunicazione e di controllo. Si ricorda il principio secondo il quale l'organizzazione deve essere adeguata rispetto al compito istituzionale dell'azienda e deve pertanto modellarsi flessibilmente in relazione al contenuto delle attività che si renderanno necessarie per l'assolvimento di detto compito.

L'autonomia amministrativa indica il potere di adottare in via autonoma provvedimenti amministrativi implicanti l'esercizio di potestà pubblica; si tratta cioè di attività tipicamente pubblicistica, configurabile in rapporto alle fattispecie previste dalla legge.

L'autonomia patrimoniale attiene alla capacità di disporre del patrimonio mediante atti di acquisizione amministrazione e cessione dello stesso.

L'autonomia contabile investe l'area della gestione economico-finanziaria e patrimoniale, nel quadro dei principi fissati dall'art. 5 del D.Lgs. di riordino e dalla specifica legislazione regionale che operano come vincoli.

L'autonomia gestionale indica il potere di determinare in via autonoma gli obiettivi dell'azione, programmare le attività da compiere, definire le modalità di svolgimento delle attività, provvedere all'allocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, in relazione agli obiettivi ed ai programmi, determinare l'organizzazione del lavoro, procedere al conferimento dei poteri e all'attribuzione delle connesse responsabilità all'interno della struttura organizzativa, controllare l'andamento della gestione, verificare i risultati conseguiti.

L'autonomia tecnica riguarda il profilo tecnico dell'attività da svolgere, cioè le procedure e le modalità d'impiego delle risorse, nonché l'efficacia delle attività.

Il principio di autonomia, specie per quanto riguarda l'autonomia organizzativa, è ulteriormente rafforzato dall'analisi di taluni principi contenuti nel D.Lgs. di riforma del pubblico impiego ed in tale schema che si individuano le responsabilità delegate dal vertice dell'ASP ai dirigenti e funzionari delle strutture seguendo i principi di:

- distinzione della funzione di governo da quella di gestione, con attribuzione ai dirigenti di autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane e strumentali e di controllo e assunzione della responsabilità della gestione stessa dei risultati;
- autonomia delle pubbliche amministrazioni l'organizzazione degli uffici al fine di assicurare l'economicità, la speditezza e la rispondenza al pubblico interesse dell'azione amministrativa, in attuazione dei poteri della dirigenza, attuazione dei programmi, esercizio dei poteri di spesa e di acquisizione delle entrate, determinazione dei criteri di organizzazione degli uffici, gestione del personale, anche con riferimento ai trattamenti economici accessori, verifica e controllo delle attività dei dirigenti sottordinati.

L'azienda sanitaria deve garantire ed assicurare per i cittadini utenti del SSN la soddisfazione dei bisogni sanitari garantendo i livelli uniformi assistenziali relativamente a:

1. assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

I principi di efficacia, efficienza ed economicità si ottengono con l'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali, in rapporto alla complessità dell'azienda ed in funzione delle prestazioni che la stessa eroga tramite le proprie strutture.

L'obiettivo principale dell'azienda sanitaria è il pareggio di bilancio attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi monitorando gli stessi attraverso il sistema di rendicontazione analitica.

Il Decreto di riordino 502/92 pone nel giusto rilievo il fascio dei poteri e delle responsabilità che incombono sul livello regionale e rappresentano le coordinate su cui poggia l'identificabilità di un sistema regionale della sanità al cui interno vanno correttamente dimensionati i profili di autonomia dell'ASP di Catanzaro. Il quadro generale delineato è, pertanto, caratterizzato da:

a) indicazione di alcuni principi essenziali, quali:

- il rispetto dei diritti e la salvaguardia delle esigenze degli utenti dei servizi;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nelle aziende, nonché delle risorse tecnopatrimoniali.

b) indicazione dei criteri per l'individuazione delle strutture organizzative, quali:

- la flessibilità organizzativa in relazione alle esigenze dell'utenza ad alle modificazioni dei sistemi di produzione ed erogazione dei servizi;
- il rispetto della unitarietà dell'azienda;

- l'articolazione delle strutture organizzative tenendo conto dei livelli minimi di attività da svolgere;
 - il dimensionamento delle dotazioni organiche delle strutture organizzative in base alla rilevazione dell'attività svolta e degli eventuali programmi di sviluppo dell'attività medesima;
 - l'ordinamento funzionale delle strutture organizzative sanitarie in forma dipartimentale;
 - l'attribuzione di autonomia tecnico-funzionale alle strutture organizzative per le attività infermieristiche, tecnico-sanitarie e di riabilitazione.
- c) criteri per la individuazione dei livelli di responsabilità, quali:
- individuare la responsabilità e la correlata autonomia dei diversi livelli organizzativi in relazione al perseguimento degli obiettivi nel rispetto delle risorse assegnate;
 - distinguere, nell'organizzazione delle strutture dell'azienda, le funzioni direzionali, relative al governo ed al controllo di gestione, dalle funzioni gestionali tecniche e di erogazione delle prestazioni.
- d) raccordo tra funzioni, quali:
- l'integrazione tra le funzioni sanitarie e le funzioni socio-sanitarie nonché quelle socio-assistenziali laddove i Comuni abbiano conferito all'azienda sanitaria la delega.
 - In questo quadro di riferimento spetta poi al direttore generale delle singole aziende stabilire la più coerente articolazione organizzativa interna ed in particolare:
 - individuare le articolazioni organizzative
 - stabilire l'organigramma aziendale
 - definire il sistema delle deleghe operative ai direttori ed ai dirigenti dei dipartimenti aziendali.

1.3 Motivare e supportare il personale dell'organizzazione e agire come modello di ruolo

La struttura organizzativa dell'ASP di Catanzaro è:

- a) coerente con le caratteristiche intrinseche delle aziende di servizi;
- b) in linea con l'evoluzione dei moderni sistemi sanitari, caratterizzata in particolare dal rafforzamento del ruolo del cittadino utente nell'orientamento del sistema di offerta, attuato attraverso strumenti che rivalutano la libera scelta del luogo di cura e di assistenza;
- c) adeguata alle nuove maggiori dimensioni delle aziende sanitarie ed alla introduzione di meccanismi di competizione interna e tra aziende;
- d) in armonia con i dettami della riforma del pubblico impiego.

Il disegno organizzativo e di motivazione del personale si basa fondamentalmente su tre elementi sostanziali:

- 1) una struttura organizzativa snella con un numero limitato di livelli di direzione (strategica e centro di controllo direzionale, dipartimentale, di presidio ospedaliero e di distretto)
- 2) una struttura decentrata che presuppone ampia delega delle responsabilità e quindi dei poteri e sviluppo di sistemi operativi di programmazione e controllo responsabilizzanti sui risultati raggiunti a fronte dell'uso delle risorse utilizzate.
- 3) una alta visione con l'orientamento organizzativo ai bisogni dell'utenza e la consapevolezza della propria missione, tradotta in forza motivante e distintiva.

Sul piano operativo della costruzione del nuovo modello organizzativo si sottolinea come indispensabile la separazione all'interno dell'azienda delle responsabilità di programmazione e controllo (direzione strategica) da quelle di gestione delle attività, decentrate nei distretti e nei presidi ospedalieri.

La direzione strategica promuove le decisioni aziendali prese dal direttore generale, coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e supportato dal centro di controllo direzionale e dallo staff. Le responsabilità di gestione per ciascun distretto e per ciascun presidio ospedaliero sono esercitate da un dirigente medico delegato dal direttore generale.

Il principio della separazione tra funzioni di direzione e funzioni di gestione, verifica e controllo ha come corollari:

- l'unitarietà dell'intervento sanitario su aree territoriali e su aggregati di popolazione significative e peculiari nell'ambito del territorio aziendale
- l'assimilazione del modello di gestione dei presidi ospedalieri a quello delle aziende ospedaliere
- la generalizzazione della gestione per budget, attraverso la corretta conoscenza dei dati sanitari, quale strumento di unificazione del ciclo programmazione - controllo - riprogrammazione, affidando al direttore generale le decisioni relative all'assegnazione delle risorse ai distretti e presidi ospedalieri e prevenzione;
- l'organizzazione in forma dipartimentale del coordinamento tecnico - organizzativo ed il controllo delle attività e degli operatori per aree tematiche omogenee su base aziendale;
- la definizione di un organigramma della dirigenza adeguato ai dettami della riforma del pubblico impiego, mediante una più marcata differenziazione fra i responsabili generali di dipartimento aziendale, di distretto e di presidio ospedaliero ed i dirigenti, di settore di divisione o di servizio, con funzioni tecniche e di consulenza.

L'equilibrio del modello si fonda sulla pari valorizzazione di tutti i suoi elementi. Il direttore generale dell'azienda saprà interpretare correttamente l'essenza del proprio ruolo, se svolgerà appieno le proprie funzioni equilibratrici, mediante gli strumenti gestionali classici della programmazione, controllo e della corretta interpretazione dei bisogni della società nelle sue diverse articolazioni rappresentative.

L'articolazione dell'azienda in distretti, presidi ospedalieri ed area della prevenzione, richiede in primo luogo una coerente interpretazione dei ruoli organizzativi assegnati e una corretta impostazione dei rapporti tra i diversi ambiti e livelli di responsabilità.

Il distretto ed il presidio ospedaliero sono sedi di allocazione complessiva ed integrata di risorse e quindi sono centri unitari di responsabilità dei quali il dirigente risponde in termini di risultati di gestione complessivi (rapporto risorse/obiettivi).

La stretta correlazione tra responsabilità e risorse permette attraverso il centro di controllo direzionale il corretto rapporto con la direzione strategica aziendale (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario).

Ne consegue che:

- a) la scelta dei responsabili della gestione di ciascun distretto e presidio ospedaliero nonché dei dirigenti dei dipartimenti la cui caratterizzazione organizzativa funzionale si presenta come tipicamente manageriale appartiene al direttore generale, che la esercita delegando propri poteri;
- b) la chiara individuazione del distretto come sede di salvaguardia della unitarietà dell'intervento assistenziale e socio assistenziale deve far emergere modelli operativi che non riproducano la logica della rigidità e della separazione fra i servizi distrettuali che dovranno privilegiare l'accorpamento di attività anche diverse, caratterizzate però da una profonda interdipendenza reciproca in quanto finalizzate al perseguimento dello stesso obiettivo strategico, distrettuale o aziendale;
- c) le funzioni amministrative, sia aziendali che distrettuali che di presidio, dovranno assumere la loro naturale funzione di service di supporto rispetto ai soggetti titolari dei vari livelli di responsabilità gestionale;
- d) l'organizzazione dipartimentale per aree tematiche tende ad assicurare sull'intero territorio un adeguato coordinamento tecnico, modelli operativi, standard, criteri, interpretazioni normative, ecc.

Distretti e presidi da una parte, dipartimenti dall'altra devono garantire l'equilibrio fra esigenze di coordinamento su base aziendale fra attività omogenee ed esigenze di interazione su base territoriale e sub aziendale.

Garante di tale equilibrio è il vertice strategico aziendale il quale potrà agire su alcune leve organizzative e direzionali fondamentali quali:

- la frequente periodicità delle riunioni della direzione aziendale con la partecipazione, oltre delle strutture del centro di controllo direzionale, dei dirigenti dei dipartimenti aziendali e di quelli di

ciascun presidio ospedaliero e distretto; tali riunioni dovranno rappresentare il momento normale e periodico di confronto e di elaborazione decisionale delle strategie e della scelte aziendali di fondo, strategie e scelte la cui esplicazione e condivisione ai diversi livelli organizzativi, potrà più facilmente garantire l'equilibrio fra le diverse esigenze.

- la disponibilità di un sistema di indicatori per la raccolta dei dati e la relativa elaborazione per un corretto controllo di gestione capace di correlare obiettivamente ed in modo misurabile i risultati di attività conseguiti in termini quantitativi e qualitativi e le risorse impiegate.

La direzione aziendale allargata, anche in funzione delle continue riunioni con la direzione strategica dell'ASP è caratterizzata da una grande coesione tra i suoi componenti; tale coesione è da intendersi come risorsa finalizzata all'efficacia della funzione direzionale per il raggiungimento degli obiettivi erogativi sui bisogni di salute richiesti dai clienti.

1.4 Gestire i rapporti con i politici e gli altri portatori di interesse al fine di assicurare la condivisione delle responsabilità

Secondo le Linee di indirizzo della Regione Calabria, richiamate nel Piano di Rientro del deficit sanitario, il ruolo che l'ASP di Catanzaro é chiamata a ricoprire e quello di garante del cittadino ed erogatore/acquirente delle prestazioni attraverso il rafforzamento della funzione di programmazione, erogazione, acquisto, vigilanza e controllo delle attività sanitarie e socio-sanitarie.

Il ruolo dell'ASP di Catanzaro si identifica, quindi, nel governo di un sistema a rete che, in termini quali-quantitativi appropriati rispetto alle risorse disponibili e per mezzo dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, concorre a garantire il benessere della popolazione.

La funzione di governance orienta e promuove, pertanto, lo sviluppo ed il consolidamento delle capacità di programmazione, erogazione, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, concentrandosi sulle funzioni di governo del sistema e sviluppando politiche di promozione della salute. Tutto questo lo si raggiunge attraverso la disponibilità di un sistema informativo evoluto ed adeguato alle necessita di conoscenza, indirizzando verso percorsi informativi aziendali chiari, condivisi su archivi unici centralizzati per disporre di dati tracciabili e certificabili.

La raccolta, l'elaborazione e la restituzione delle informazioni strutturate in report ed analisi specifiche, supportano le azioni manageriali di programmazione, gestione e controllo, integrate da un monitoraggio epidemiologico che si completa nell'analisi dei bisogni e della domanda espressa, nonché nella valutazione delle prestazioni erogate.

"Governance" e quindi anche un costante lavoro di relazione e comunicazione con gli Stakeholder-Portatori di Interesse, una capacità di rilevare ed interpretare la necessità di bisogno di salute degli assistiti coinvolgendo gli attori del sistema sanitario dell'ASP di Catanzaro nella prospettiva di sistema integrato e condiviso di programmazione.

CRITERIO 2: POLITICHE E STRATEGIE

Introduzione

In generale si evidenzia una notevole criticità e ritardo, nell'implementazione dei sistemi dei controlli di efficienza, efficacia e performance negli apparati organizzativi e funzionali delle singole ASL e AO, non essendo ancora matura la percezione del valore aggiunto dei controlli stessi che potrà favorire il corretto soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed una loro maggiore partecipazione per implementare meccanismi di auto-regolazione del servizio sanitario erogato.

Tale percorso può essere più agevolmente completato se la strategia del controllo sarà vissuta come un "*quid pluris*" rispetto agli strumenti di governo e non come sovrastruttura che si aggiunge ai normali compiti istituzionali appesantendoli inutilmente. Per raggiungere questo risultato occorrono "prodotti" validi e soprattutto strumentali alle funzioni ed ai compiti istituzionali dei vertici politici ed amministrativi e di tutti gli stakeholder, al fine di creare un circolo virtuoso che misuri la coerenza programmatica e di risultato del servizio erogato e rendi univoca l'azione dispiegata in un sistema in cui i vari elementi interagiscono in un equilibrio dinamico orientato allo stesso fine.

2.1 Raccogliere informazioni relative ai bisogni presenti e futuri dei portatori di interesse

La prima necessità che si palesa in una corretta strategia aziendale è la conoscenza oggettiva ed oggettivabile dei dati, intesa non come mera raccolta ed elaborazione ma come indicatore di monitoraggio continuo sul corretto utilizzo delle risorse per il corretto soddisfacimento delle aspettative degli stakeholder.

Dalle analisi dei clienti emergono diversi bisogni differenti in funzione dell'età e delle patologie anche per fasce di età.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Prima di delineare il contesto dei bisogni degli stakeholder dell'ASP di Catanzaro si ritiene utile fornire alcuni dati che riguardano e, i contesti nazionali e regionali all'interno dei quali l'Azienda in concreto opera e dai quali è ovviamente influenzata, e per confrontare lo "**stato di salute**" della popolazione dell'ASP con quello nazionale e regionale.

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA NAZIONALE

La lenta ma persistente riduzione delle nascite, iniziata alla fine degli anni 70, sta producendo come diretta conseguenza il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, con gravi conseguenze in termini economici e sociosanitari. L'ammontare della popolazione italiana, pari a 60.340.328 abitanti, continua a registrare un lieve accrescimento demografico (circa 120.000 unità), effetto combinato di una componente naturale negativa - 0,4 per 1.000 e di una componente migratoria positiva circa + 2,1 per 1.000 (fonte ISTAT 2010). Il quoziente di natalità e il quoziente di mortalità, pari rispettivamente a 9,4 e 9,8 per 1.000 abitanti, anche se indicatori grossolani per l'informazione che forniscono, in quanto influenzati dalla struttura per età e sesso della popolazione, rimanendo sostanzialmente stabili in questi ultimi tre anni, confermano le tendenze della dinamica demografica. Il processo di invecchiamento demografico, conseguenza di una sensibile diminuzione della propensione a fare figli e di un costante aumento della sopravvivenza in tutte le classi di età, sta incrementando nella popolazione il contingente degli anziani, soprattutto donne, in termini assoluti e relativi. La quota di giovani sotto i 15 anni è di circa il 14,1% e va lentamente riducendosi, al contrario delle persone con più di 65 anni che rappresentano il 20,2% della collettività. L'indice di vecchiaia, che permette il confronto immediato tra i due contingenti, è decisamente aumentato in questi ultimi anni, indicando che ci sono oltre 131 anziani ogni 100 bambini. Ovviamente in posizione decisamente contrapposta si situano le regioni del Centro-Nord da quelle del Sud-Isole, prevalentemente anziane le prime, più giovani le seconde. L'indicatore di dipendenza economica, che in Italia è attualmente del 49% indica anche se in maniera approssimativa il carico che grava

sulla popolazione attiva per il mantenimento di quella inattiva. Pur non tenendo conto dell'effettivo grado di partecipazione alla vita attiva da parte di coloro che sono nell'età per farlo né del fatto che ci sono persone con più di 65 anni e con meno di 15 che svolgono un'attività lavorativa, è comunque sostanzialmente indicativo del significativo mutamento che si sta evidenziando nella realtà economica e sociale del nostro Paese. La tabella sottostante mette in luce la composizione della popolazione italiana distinta per classi di età e sesso.

Tabella 1 - Popolazione per fasce di età e sesso: dati nazionali

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-4	1.436.262	4,92	1.348.987	4,33	2.785.249	4,62
5-14	2.980.646	10,20	2.824.287	9,07	5.804.933	9,62
15-44	12.720.377	43,54	12.542.305	40,29	25.262.682	41,87
45-64	7.433.778	25,45	7.785.600	25,01	15.219.378	25,22
65-74	2.811.118	9,62	3.416.209	10,97	6.227.327	10,32
75 +	1.830.554	6,27	3.210.205	10,31	5.040.759	8,35
Totale	29.212.735	100	31.127.593	100	60.340.328	100

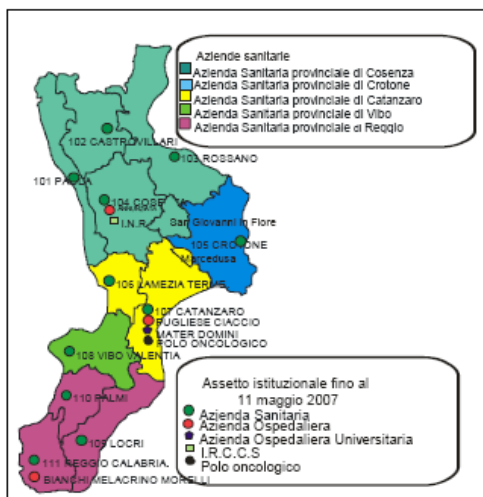
Tabella 2 Principali indicatori demografici nazionali

Indice di vecchiaia	Quoziente natalità	Quoziente di mortalità	Indice di dipendenza economica
131,38	9,4	9,8	49,02

Gli indicatori di cui sopra traducono in cifre quanto detto finora: l'Italia è sostanzialmente un paese che sta invecchiando, con popolazione stabile (i quozienti di natalità e mortalità sono del tutto simili) a maggiore sopravvivenza femminile dopo i 65 anni.

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA REGIONALE

La regione Calabria copre un territorio di 15.080,32 kmq e presenta una struttura morfologica alquanto complessa che rende favorevoli le condizioni di vita soprattutto nelle aree pianeggianti e di mezza montagna. Risulta suddivisa in 5 Aziende Sanitarie Provinciali, la cui dislocazione territoriale è illustrata nella cartina in basso.



La densità abitativa media è di 133 abitanti per kmq, con un massimo di 178 abitanti nella ASP di Reggio Calabria ed un minimo di 101 abitanti nell'ASP di Crotona. La popolazione residente risulta oggi composta da 2.011.466 unità. Il livello di natalità si mantiene a livello nazionale elevato (oltre 9 nati vivi per 1.000 abitanti) e l'indice di vecchiaia evidenzia una popolazione sostanzialmente giovane: la ASP di Crotona ha il valore più basso dell'indice con 41 anziani ogni 100 bambini adolescenti, l'ASP di Reggio Calabria quello più alto con circa 78 ultrasessantacinquenni per 100 bambini di età inferiore a 15 anni. Il tasso di mortalità, pari a 8,5 per 1.000 abitanti, risulta inferiore al valore medio nazionale, favorito dalla più giovane struttura per età della popolazione. La tabella 3

evidenzia la composizione strutturale della popolazione calabrese:

Tabella 3 - Popolazione per fasce di età e sesso: dati regionali

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-4	49.846	5,07	48.067	4,68	97.913	4,87
5-14	121.926	12,39	116.019	11,29	237.945	11,83
15-44	437.612	44,48	439.052	42,79	876.664	43,58
45-64	226.221	22,99	229.069	22,29	455.290	22,63
65-74	89.313	9,08	104.558	10,17	193.871	9,64
75 +	58.889	5,99	90.894	8,84	149.783	7,45
Totale	983.807	100,0	1.027.659	100,0	2.011.466	100,0

La distribuzione per fasce di età indica che la popolazione in età pediatrica risulta essere il 16,7% del totale regionale (335.858 unità), contro il 17,09% rappresentato da quella anziana (343.654 ultra64enni). Vi è un sostanziale equilibrio tra giovani ed anziani.

Tabella 4 Principali indicatori demografici regionali

Indice di vecchiaia	Quoziente natalità	Quoziente mortalità	di	Indice di dipendenza economica
102,32	9,2	8,5		51,02

Confrontando, inoltre, gli indicatori demografici delle rilevazioni nazionali e regionali si evidenzia che la Calabria ha una popolazione notevolmente più giovane rispetto all'andamento nazionale, con una maggiore natalità e un minor quoziente di mortalità. Tuttavia, la popolazione non più attiva, dal punto di vista lavorativo, pesa di più sulla popolazione potenzialmente attiva rispetto all'indice nazionale di circa 5 punti percentuali in più.

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA AZIENDALE

Per quanto riguarda la composizione della popolazione si osservi la seguente tabella:

Tabella 5 - Popolazione per fasce di età e sesso: dati ASP di Catanzaro

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-4	8.945	4,99	8.844	4,69	11.870	4,83
5-14	21.863	12,2	21.078	11,1	28.560	11,6
15-44	79.753	44,5	80.513	42,6	106.931	43,6
45-64	41.937	23,4	42.335	22,4	56.101	22,9
65-74	16.093	8,98	19.466	10,3	23.730	9,67
75 +	10.609	5,92	16.783	8,88	18.260	7,44
Totale	179.200	100	189.019	100	368.219	100

Tabella 6 Principali indicatori demografici Aziendali

Indice di vecchiaia	Quoziente natalità	Quoziente mortalità	di	Indice di dipendenza economica
100,7	9,0	8,6		49,8

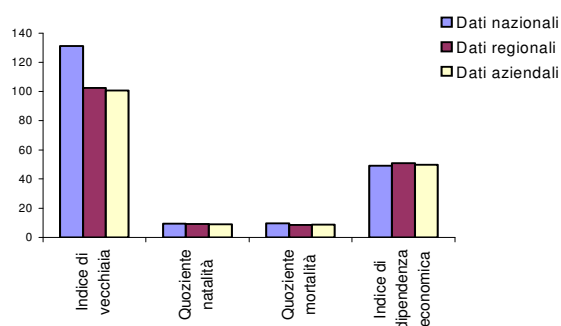
Dal confronto tra gli indicatori demografici dell'ASP di Catanzaro con quelli regionali e nazionali si rileva come la nostra popolazione risulta più giovane rispetto a quella nazionale e con un tasso di mortalità è inferiore a quello nazionale.

Tabella 7 - Indicatori demografici: dati nazionali, regionali, aziendali

Indici	Dati nazionali	Dati regionali	Dati aziendali
Indice di vecchiaia	131,38	102,32	100,7
Quoziente natalità	9,4	9,2	9,0
Quoziente mortalità	9,7	8,5	8,6
Indice di dipendenza economica	49,02	51,02	49,8

I dati di cui sopra sono messi in luce anche nel seguente grafico:

Grafico 1 - Confronto indicatori demografici: dati nazionali, regionali, aziendali



ANALISI SWOT

Il legislatore ha definito il controllo strategico come attività che consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza degli eventuali scostamenti tra obiettivi e risultati.

Esso è strettamente collegato alla valutazione di impatto dell'ASP su tessuto sociale e sanitario della cittadinanza che si rivolge all'organizzazione. Nella nostra ASP l'implementazione del controllo strategico mira al conseguimento di obiettivi predefiniti i cui risultati devono essere misurati in termini di coerenza e congruenza considerando anche le ricadute sul bisogno di salute espresso dai clienti.

Il controllo strategico supporta l'attività di indirizzo politico amministrativo ed è svolto dalle strutture che rispondono direttamente ai predetti organi, ponendosi, inoltre, come elemento di snodo tra indirizzo politico e gestionale. Il punto di partenza è la definizione degli obiettivi dell'organizzazione nel rispetto delle esigenze sanitarie ed epidemiologiche della popolazione assistita e delle relative risorse da utilizzare. La conoscenza dei dati provenienti dalle erogazioni sanitarie e dalle analisi dell'esigenza dei clienti assicura l'efficiente uso delle risorse stesse e come sottoprodotto anche la valutazione della performance dei dirigenti di linea; pervenendo ad una valutazione complessiva sia delle scelte compiute a monte sia della congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti. Se il primo prodotto di tale controllo è costituito dalla direttiva di indirizzo annuale emanata dagli organi di vertice, il secondo è rappresentato dal monitoraggio continuo che consiste in una rilevazione metodologicamente impostata, rispondente a criteri oggettivi in quanto elaborata sulla base di indicatori correttamente individuati e correlati alle esigenze degli stakeholder (clienti, organi politici regionali). Tale monitoraggio opera sia a livello strategico coniugando indirizzo politico e strategie gestionali che a livello operativo a livello di strutture dipartimentali.

La valutazione opera sui risultati ma può afferire anche all'indirizzo e alla programmazione strategica (errata pianificazione strategica, carenze di risorse mancata risposta delle unità amministrative di supporto mancata coerenza di indirizzo programmatico rispetto alle priorità indicate dal vertice politico ed altro). La corretta gestione dei dati che implementano il controllo strategico permette di evidenziare le eventuali carenze erogative o le inefficienze sviluppando delle politiche di appropriatezza.

In definitiva, il controllo strategico ha come parametro di riferimento il cliente nella sua globalità ed in quest'ottica che si centra il profilo dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione erogativa.

2.2 Sviluppare, rivedere e aggiornare politiche e strategie tenendo in considerazione i bisogni dei portatori di interesse e le risorse disponibili

Il sistema implementato nella nostra ASP per la verifica delle performance erogative parte dall'analisi dei bisogni uniformando i dati provenienti dagli stakeholder in termini di soddisfacimento dei bisogni.

L'uomo si è reso conto da molto tempo della necessità di misurare le cose; le dimensioni di un podere, la quantità di grano in una cesta, la distanza fra una città e un'altra o il tempo necessario per fare un certo viaggio. Queste antiche necessità e i metodi primitivi ideati per poter specificare la quantità di qualcosa si sono trasformati per gradi in una scienza precisa delle misurazioni. Per un sistema di misurazioni è fondamentale disporre di unità ben definite e di campioni precisi e riproducibili. La difficoltà di creare delle unità standard di misura nel campo della sanità è evidente. Si possono misurare il numero di visite oncologiche eseguite o il numero di emocromo con formula prodotti da un'unità operative, ma non disponendo di un sistema di misura atto a collocare le due grandezze è matematicamente impossibile associare queste due quantità. Per risolvere la questione analizziamo cosa vogliamo ottenere dalle due misure dinnanzi descritte: avere un'indicazione sull'efficienza, economicità ed appropriatezza.

. Ecco che all'interno della mera numerazione di grandezze sanitarie esiste implicitamente un sistema di unità di misura che al pari dei sistemi fisici MKS o CGS per la sanità è il sistema EEE. In tal modo il problema della omogeneizzazione di quantità diverse è, apparentemente, risolto. Si deve ridurre il prodotto misurato in efficienza, efficacia, economicità o in elasticità. In tal modo si possono trattare matematicamente grandezze non omogenee.

A questo punto ci si pone un ulteriore dilemma: in sanità possiamo misurare tutto? Fino a che si tratta di numerare pezzi produttivi, prestazioni, ricoveri, atti clinici o amministrativi, le cose sembrano funzionare, ma quando passiamo alla misurazione di grandezze non facilmente numerabili (servizi, qualità, organizzazione del lavoro) le cose cambiano. In questo lavoro cercheremo di dare una formulazione matematica il più possibile semplice e nello stesso tempo soddisfattiva di misurazione e riconduzione delle grandezze misurate all'interno del sistema EEE.

Questo il sistema di ottimalità implementato nella nostra ASP ci permetterà di dire ai cittadini: le vostre richieste di salute sono eccessive, richiedete spesso prestazioni inutili od inappropriate e non ascoltate il vostro medico, vi fate prescrivere molti medicinali, ricorrete molto spesso all'ospedale per malattie e sintomi che non richiedono ricovero, tenete presente che i soldi disponibili per finanziare la sanità devono essere adoperati razionalmente, altrimenti occorrerà aumentare Irpef ed Irap regionali, prelevandole da stipendi e pensioni e dalle Imprese. E questo crea disagio sociali, malumori e proteste.

Nel progetto di ottimalità i dirigenti ed il personale dell'ASP possono governare il bisogno di salute e l'appropriatezza erogativa prevedendo ricoveri limitati alle patologie richiedenti effettivamente assistenza ospedaliera e comunque il periodo di degenza dev'essere rapportato a reali esigenze diagnostico-terapeutiche del paziente. L'analisi dei dati in nostro possesso ci indicano che occorre aumentare la produttività erogativa delle strutture e del personale, incentivare il percorso diagnostico con il ricorso a tecnologie efficaci, coordinare l'attività degli ospedali con i

servizi sanitari esistenti sul territorio ed integrare compiutamente il percorso sanitario con quello sociale. Incrementare la produttività vuol dire anche contenere, se non eliminare, le liste di attesa, disciplinando razionalmente anche l'attività libero-professionale dei medici all'interno ed all'esterno degli ospedali.

Nel rapporto costi benefici nelle analisi del fabbisogno farmaceutico valutiamo l'incidenza di tali costi in rapporto all'attività complessiva della azienda, ed attuamo delle politiche alternative del farmaco quali la gestione diretta.

2.3 Implementare le strategie e le politiche nell'intera organizzazione

Posto che il controllo di gestione è strettamente connesso alla programmazione strategica, alla quale conferisce spessore concreto e la supporta con dati reali ed aggiornati, nella nostra ASP è stato definito un percorso oggettivo e controllato per l'acquisizione dei dati utilizzati anche per flessibilizzare il bilancio e passare da una logica incrementale ad una logica gestionale nella programmazione delle risorse, nell'ottica di coniugare in modo sempre più stretto, coerente e congruente obiettivi e risorse. Il nostro controllo si basa sui punti di ottimalità erogativa permettendo di affiancare i dati gestionali a quelli della programmazione quindi di monitorare a livello di struttura le attività, i costi e le ricadute sugli stakeholder. Va da sé che un'attività di così ampia portata non può prescindere da un corretto impianto informatico e da un flusso di dati costante.

I requisiti del nostro sistema informativo consente di monitorare ed acquisire dati di performance e di valutazione d'impatto secondo i requisiti delineati dall'art. 4 del D.Lg.vo n. 286 del 1999 e ribaditi da D.Lg.vo 150/2009. Gli strumenti operativi che consentono di dare attuazione ai principi su cui si basa il modello della gestione dell'ottimalità prestazionale sono costituiti dal budget, dalla pianificazione strategica, dal sistema organizzativo e dalla verifica e controllo.

2.4 Pianificare, attuare e rivedere le attività per la modernizzazione e l'innovazione

I sistemi sanitari delle nazioni europee hanno tempi e modi sviluppo molto simili. Vi è la fase dell'espansione che si caratterizza per l'enorme diffusione a tutti i livelli della necessità di sanità con un marcato sviluppo della domanda reale ed espressa. Si aumentano i medici a disposizione degli individui si rafforzano le strutture di erogazione delle prestazioni questo grazie ad un sempre maggiore investimento pubblico e si sviluppa l'offerta reale ed indotta. Poiché le risorse finanziarie della comunità non sono infinite, la fase espansionistica ha portato inevitabilmente verso quella del contenimento dei costi. In questa fase si attua il controllo della spesa sanitaria attraverso l'introduzione di listini prezzi i nomenclatori tariffari che indicano quanto pagare per una singola prestazione. Si introduce in questo fase il concetto di azienda o meglio di pseudo-azienda che insiste su di un pseudo-mercato. L'impossibilità di governo economico con le tecniche aziendalistiche porta alla fase della valutazione e misurazione. Si cambia la logica non più cercare di contenere i costi ma soddisfare la necessità di salute della popolazione con le risorse messe a disposizione dal SSN. La necessità di salute può essere espressa come gli interventi massimi che si devono realizzare per evitare un aumento non necessario della spesa sanitaria.

L'ASP di Catanzaro dispone di una rete territoriale diffusa su 43 siti territoriali di erogazioni di prestazioni sanitari per i tre livelli: prevenzione, distrettuale, ospedaliero. La rete è una intranet/internet con sistemi di sicurezza mutuati dalla tecnologia SPC

La nuova logica di gestione delle aziende appartenenti al SSN ripone il principio generale del suo funzionamento nella corretta gestione dell'informazione. Infatti non serve solo avere la "coscienza" di situazioni all'interno dell'azienda ma occorre avere la "conoscenza oggettivabile" di situazioni aziendali. Questo lo si ottiene tramite una informazione automatizzata. In altri termini conviene avere un flusso d'informazioni dalle varie strutture e sottostrutture aziendali e gestirlo in modo

automatizzato per poter misurare, correlare e controllare fenomeni all'interno di una stessa tipologia d'insieme o tra insiemi differenti. Il ritorno e l'utilizzo di queste informazioni, consente al top management ed management intermedio di avere il "polso" della situazione dell'azienda o della U.O./servizio. Soltanto così si potrà tamponare situazioni a rischio e nello stesso tempo promuovere iniziative atte ad avere ricadute aziendali positive. Le aziende appartenenti al SSN sono una specie di "pseudo-industria" che fornisce salute insistendo su di un "pseudo-mercato". Questo perché le regole non sono esattamente comparabili a quelle della domanda e dell'offerta. Infatti il "mercato" sanità non è libero ma si muove secondo schemi legislativi ben precisi, venendo a mancare il prezzo inteso come strumento flessibile che si adatta alla mutazione della domanda. Una variabile, imposta dall'obbligo legislativo e gestionale passa attraverso i costi ed i ricavi. Ai costi contribuiscono tutte le Unità Operative e tutti i Servizi, ai ricavi contribuiscono le Unità Operative ed i Servizi che erogano sanità. Ovviamente l'Azienda si automantiene solo se i ricavi + assegnazioni \geq costi. Ovviamente la precisa conoscenza dei costi e dei ricavi non può prescindere da una corretta gestione ed elaborazione dell'informazione.

Altro aspetto non meno rilevante nell'ambito della conoscenza informativa è quello atto a fornire informazioni sulla distribuzione dei bisogni reali di salute. L'epidemiologia è un punto nevralgico nella misura dell'eziologia e patogenesi delle malattie e fornisce indicazioni per la gestione, la valutazione e la programmazione dei servizi di prevenzione, cura e controllo.

CRITERIO 3: PERSONALE

Introduzione

L'azienda è in primo luogo un'azienda territoriale e come tale la sua vocazione non è quella di offrire servizi di alta specialità medica e chirurgica, ma è quella di soddisfare, al più alto livello qualitativo possibile e a costi compatibili, prioritariamente la domanda sanitaria di I livello. La distribuzione del bacino di utenza dell'azienda su un territorio vasto e disomogeneo, diviso in cinque distretti, con poche aree di sovrapposizione con altre aziende sanitarie e la caratteristica specifica del territorio aziendale di essere attraversato da due arterie principali su cui si snoda la mobilità dell'utenza, caratteristica che costituisce un elemento fondamentale nella dislocazione dei principali centri di erogazione dei servizi sanitari dell'azienda, sono stati considerati i punti di forza sui quali impostare le strategie aziendali. La presenza sul territorio di competenza di due aziende ospedaliere autonome, sei case di cura accreditate e due presidi ospedalieri a gestione diretta, relativamente vicini, indifferenziati e dislocati perifericamente rispetto al territorio dell'azienda costituiscono, invece, gli elementi di maggiore criticità nell'azienda. Il focus dell'attività è quindi prevalentemente territoriale, mentre il presidio ospedaliero aziendale deve rispondere a criteri di localizzazione ed a esigenze sanitarie prioritariamente di I livello.

La scelta strategico-organizzativa di configurazione gestionale del presidio "stroke" centrato su Lamezia Terme sarà, pertanto, orientata al recupero di efficienza attraverso l'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, l'integrazione e differenziazione degli altri stabilimenti aziendali, lo sviluppo delle capacità di attrazione, il miglioramento dell'immagine degli ospedali, lo sviluppo della capacità competitiva.

La scelta strategico-organizzativa di configurazione gestionale dei distretti, del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione sarà orientata al miglioramento ed alla tutela della salute, attraverso il miglioramento della qualità e della efficienza sanitaria, il potenziamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la motivazione e valorizzazione del personale. Assumono altresì valore di obiettivi strategici:

- la **riorganizzazione logistica-oroografica** della sede e delle strutture aziendali in ragione dell'attuale quadro organizzativo e funzionale non rispondente a criteri di efficienza;
- una **politica del personale** intesa come strumento cardine di un processo di sviluppo aziendale;

3.1. Pianificare, gestire e potenziare le risorse umane in modo trasparente in linea con le politiche e le strategie

L'azienda riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, nella quale intravede il vero capitale della sua dotazione, al di là delle scelte operate nella determinazione della struttura organizzativa al fine di precostituire i presupposti strutturali, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nelle responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto della formazione e dell'aggiornamento finalizzato. Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della direzione generale e dei livelli dirigenziali dell'azienda, si sviluppa nel rispetto della normativa e delle disposizioni nazionali e regionali e dei CCNL, riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'azienda, coinvolge le OO.SS., è coadiuvato dalle specifiche iniziative del collegio di direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

L'azienda nell'ambito della sua autonomia ha attivato al suo interno le seguenti forme di controllo:

- **l'autovalutazione** dei professionisti quale espressione della responsabilizzazione diretta degli stessi nella gestione delle attività e nella partecipazione alla realizzazione della missione aziendale da attuarsi nel quadro delle iniziative suggerite dalla letteratura in materia;

- il **controllo ordinario** di natura amministrativa e contabile finalizzato a garantire il rispetto della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa, rimesso ai direttori delle strutture;
- il controllo di gestione finalizzato alla verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della economicità delle attività aziendali ed alla garanzia della ottimizzazione del rapporto tra risorse impiegate e risultati conseguiti;
- il **controllo strategico** finalizzato alla valutazione della appropriatezza, della coerenza e della compatibilità delle scelte effettuate in sede di attuazione dei programmi aziendali e delle determinazioni inerenti all'esercizio dell'indirizzo politico-amministrativo della direzione aziendale;
- il **controllo di qualità** finalizzato alle verifiche di adeguatezza dell'assistenza sanitaria erogata dall'azienda e della sua capacità di conseguire il miglior bilancio tra benefici prodotti e rischi corsi, espressi in termini di salute, con piena soddisfazione dell'utenza e secondo modalità coerenti sia con i principi di moralità, sia con quanto reso disponibile dalle conoscenze medico-scientifiche;
- il **controllo e la valutazione delle prestazioni** e del potenziale del personale come strumenti di misurazione dei risultati, come strumento di misurazione dell'efficienza e dell'efficacia, come presupposto per una corretta applicazione di un sistema premiante o sanzionatorio;
- il **controllo sull'operato** degli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati accreditati, relativamente alla rilevazione ed alla valorizzazione delle prestazioni compresa la qualità dell'assistenza e all'appropriatezza delle prestazioni rese;
- il **controllo dal punto di vista dell'utenza** finalizzato all'acquisizione delle valutazioni, delle proposte, dei reclami, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sulle attività dell'azienda ed alla assunzione delle iniziative opportune o necessarie conseguenti.

La nostra ASP si è posta tre grandi sfide:

- La **prima** sfida è quella di rendere attrattiva l'azienda per i talenti migliori. Se la qualità del personale rappresenta la variabile fondamentale per determinare gli effetti delle politiche sanitarie, allora la nostra azienda deve recuperare una capacità competitiva sul mercato del lavoro per attrarre i giovani migliori. Si tratta del percorso già intrapreso di valorizzare il rapporto con le università, di migliorare le logiche di reclutamento e selezione, di favorire più adeguate condizioni di lavoro, di mostrare all'opinione pubblica la rilevanza, la varietà e le opportunità che l'azienda può offrire.
- La **seconda** sfida riguarda la capacità dell'azienda di sviluppare un maggiore senso di appartenenza e motivazione tra le persone che operano nei servizi sanitari e di supporto. Troppo spesso, nel passato, è stato possibile osservare personale demotivato che lamenta di non essere stato coinvolto nei profondi processi di riforma e programmazione che magari percepisce l'ASP come "l'inferno" giornaliero, nella sostanza ha solamente subito l'azienda. E' stato necessario avviare percorsi di ascolto e coinvolgimento dei lavoratori, valorizzando le esperienze riconoscendo ai migliori una differenziazione di condizioni e una visibilità esterna dei risultati ottenuti, investire sull'immagine dei dipendenti e sulle professionali e leadership dei dirigenti.
- La **terza** sfida che ci siamo posti è quella dell'adeguamento delle capacità e delle competenze degli operatori. Ai lavoratori della sanità si richiedono spesso saperi e capacità professionali di alto profilo e per questo non basta la laurea o il diploma. Gli scenari che l'ASP si trova a dover affrontare richiedono di investire nella formazione del personale e in percorsi di apprendimento capaci di sviluppare nuove competenze, capaci di andare oltre ai tradizionali saperi e conoscenze, per entrare anche nello sviluppo delle qualità personali. Sempre più ad esempio un dirigente (medico, veterinario, sanitario o TPA) di alto profilo deve sapere governare sistemi complessi di relazioni o contribuire attraverso una visione sistemica ad elaborare politiche sanitarie efficaci. Questo è stato fatto con successo nella

nostra azienda attraverso la programmazione annuale dei bisogni formativi espressi nel “Piano di Formazione”, dove si dettagliano i percorsi e le risorse investite.

Gli obiettivi previsti nelle nostre tre sfide richiedono politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane articolate e complesse. Negli anni passati l’attenzione si è concentrata sull’adeguamento di alcuni meccanismi normativi e contrattuali per rendere più dinamici e competitivi il rapporto di lavoro, le modalità di accesso all’amministrazione, i percorsi di carriera e le retribuzioni. I risultati sono stati a luci ed ombre. Le opportunità offerte dalle norme di flessibilità del lavoro sono state colte solamente in parte, più che ad una vera strategia di impiego degli strumenti, si è assistito ad una certa casualità dove l’attenzione si è particolarmente rivolta alla percorribilità giuridica di alcuni istituti normativi piuttosto che a valutare quali erano le ottimali condizioni di trade-off tra flessibilità, discrezionalità e precarizzazione. Da un lato, infatti, i nuovi istituti hanno permesso di rinnovare gli organici, di introdurre nuove competenze, tradizionalmente assenti nel mercato della sanità, di aumentare i margini di discrezionalità nella gestione del personale. Dall’altro, però, l’approccio ha più riguardato il “cosa si può fare” piuttosto che il “cosa conviene fare” con il rischio di non sviluppare competenze o sviluppare competenze precarie non capitalizzabili in futuro, di stabilire condizioni critiche nella gestione di una pluralità di rapporti scarsamente trasparenti in termini di equità e di difficile governo complessivo.

Il nuovo sistema di inquadramento professionale ha permesso di muovere posizioni di lavoro bloccate nello sviluppo da anni, di rispondere a tensioni retributive e di migliorare in parte la flessibilità dei ruoli organizzativi. D’altra parte ha anche reintrodotti meccanismi di avanzamento basati sull’anzianità (vedi accordi decentrati nell’area del comparto), ha prodotto uno spostamento di risorse salariali da voci variabili a voci fisse e ricorrenti, ha messo in luce le carenze gestionali nelle logiche di definizione dei profili e delle famiglie professionali, di programmazione e sviluppo del personale, di coerenza tra percorsi di valutazione e formazione. Ma le norme, per quanto possano avere aperto nuove opportunità, richiedono culture, strategie e logiche d’azione per individuare gli obiettivi e i contenuti di cui si vogliono riempire gli spazi che si aprono. Nel corso del 2010, pur nei limiti e nelle ristrettezze di bilancio e con un Piano di rientro dal deficit sanitario, abbiamo introdotto i meccanismi d’innanzi descritti nell’intento di recuperare quella risorsa enorme e fondamentale che è il personale.

3.2. Identificare, sviluppare ed utilizzare le competenze del personale allineando gli obiettivi individuali a quelli dell’organizzazione

Il personale costituisce una spesa fissa del bilancio dell’azienda. Nell’ASP di Catanzaro la spesa per il personale ha inciso nel 2009 per un 42,79% sul bilancio complessivo il che è inferiore alla media nazionale attestata sul 45,2%. Nel caso del personale più che di contenimento di spesa si deve parlare di razionalizzazione nell’utilizzo in modo da distribuire le professionalità sul territorio in funzione del soddisfacimento dei bisogni sanitari. A questo si deve aggiungere che l’azienda ha in nuce la possibilità di istituire una sede unica amministrativa/erogativa nel comune di Catanzaro, consentendo così dei notevoli risparmi in termini di affitti pagati e nel contempo evitando spese di trasferimento dei dipendenti tra la sede centrale e le sedi periferiche. Il piano triennale delle assunzioni permetterà di eliminare le figure professionali di cui l’azienda non ha più bisogno (anche in funzione dell’affidamento all’esterno di alcuni servizi) privilegiando figure sanitarie che permettano la continuità assistenziale o il miglioramento territoriale delle produzioni di primo livello.

Nell’ambito della logica manageriale il dirigente dell’ASP è obbligato ad ispirare la propria funzione a:

- a) superare il puro e semplice riferimento alla correttezza formale della produzione di atti e del continuo richiamo ai vincoli posti dal limite della competenza formalmente assegnata, per individuare, invece, l’idoneità degli atti stessi al raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia erogativa;

- b) superare la propensione a valutare la positività di un risultato esclusivamente sulla base della sua efficacia, prescindendo da ogni considerazione relativa all'efficiente uso delle risorse impiegate, attraverso una riconsiderazione degli obiettivi di efficienza non secondo in una grossolana logica di massimo risparmio, ma secondo la necessità di garantire l'uso essenziale delle risorse necessarie per l'erogazione di trattamenti appropriati;
- c) superare il semplice ascolto dei bisogni misurando il soddisfacimento degli stakeholder attraverso le relazioni con gli sportelli URP territoriali.

Al dirigente compete lo svolgimento delle seguenti funzioni ed attività:

1. direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture organizzative, professionali o funzionali cui è preposto e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
2. individuazione in base alla legge n. 241/90 e s.m.i., dei responsabili dei procedimenti di competenza dell'unità operativa e verifica, anche su richiesta di terzi interessati, il rispetto dei termini e di ogni altro adempimento;
3. svolgimento di attività di elaborazione, consulenza, studio o ricerca, di funzioni ispettive e di controllo, di attività di natura tecnico-professionale;
4. responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati e adozione degli atti di gestione organizzativa del personale che non comportino modifiche di posizione funzionale;
5. organizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento dei diritti degli utenti;
6. partecipazione alle procedure informative, nonché verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

Le funzioni, i compiti e le responsabilità, sono meglio descritti nel regolamento di organizzazione e funzionamento, restando comunque definite secondo le disposizioni normative ai sensi del D.lg.vo 165/2001 e legge 15/2009. Ai fini dell'espletamento delle attività e funzioni descritte, le tipologie di incarico conferibili si distinguono in due gruppi: di direzione di struttura complessa o semplice ovvero di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, di verifica e controllo.

Il Piano di Formazione ed Aggiornamento viene rivisto ogni anno, concordando con i dirigenti responsabili delle strutture/Unità Operative dell'ASP i fabbisogni formativi. Nel corso dell'anno si tengono delle riunioni periodiche tra il Servizio Formazione ed Aggiornamento del Personale ed i dirigenti con responsabilità di direzione di Macroarticolazione (Distretti, Dipartimenti, Staff, Supporto). A queste riunioni segue la concertazione con le OO.SS. nella quale oltre agli obiettivi generali del Piano di Formazione, vengono definite le risorse economiche da destinare all'investimento formativo. Il 90% dei corsi di aggiornamento che riguardano tutte le categorie di personale dipendente, sono effettuate on-site, presso aule appositamente attrezzate all'interno delle strutture dell'ASP. Al personale Medico, Veterinario e Sanitario vengono rilasciati i crediti ECM (Crediti Ministeriali per la Formazione Continua in Medicina), in modo da garantire i crediti minimi annuali necessari al mantenimento della qualifica e/o dell'incarico assegnato.

I criteri generali per il conferimento o il rinnovo degli incarichi, come da previsione legislativa, sono definiti da fonte legislativa e contrattuale e, per la parte non soggetta a riserva sono integrati in concertazione decentrata aziendale. La pesatura degli incarichi professionali è determinata da fattori differenti da quelli utilizzati per classificare le Unità Operative e di Servizi. Sono state assegnate anche funzioni a personale non dirigente del comparto (quadri), uffici, nell'ambito della normativa contrattuale di istituzione delle cosiddette "posizioni organizzative", ovvero le posizioni di "alta professionalità".

Controllo di valutazione della dirigenza come valorizzazione delle risorse umane

Nell'ASP di Catanzaro abbiamo implementato un sistema di controllo ad *personam*, diretto ad esaminare l'operato del singolo ed a valutare la sua responsabilità o il suo merito per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione dei programmi, attraverso apposite schede di valutazione. Nel definire la valutazione dei dirigenti, il normato del D.lgvo 150/2009 delinea un

duplice oggetto di verifica, indicando, in primo luogo, le prestazioni dei dirigenti (in relazione agli obiettivi assegnati) e, in secondo luogo, le competenze organizzative. Esso si compone essenzialmente di due settori valutativi: obiettivi assegnati e comportamento organizzativo e l'aspetto qualità con l'indicazione di alcuni parametri. La rilevanza del processo di valutazione dei dirigenti consiste nel far emergere dati, esperienze e capacità per poter passare dall'amministrazione delle risorse umane alla gestione delle stesse in un'ottica di utilizzare la persona giusta al posto giusto nell'interesse dell'amministrazione ed in ultima analisi dei cittadini. accrescendo, nel contempo, il grado di consapevolezza del singolo del suo modus operandi.

L'integrazione sociosanitaria di livello gestionale e professionale, è assicurata direttamente in ambito aziendale dal Direttore di Distretto. L'integrazione di livello istituzionale, invece, è garantita unitariamente dall'Azienda (per il tramite dei Direttori di Distretto) e dagli Enti Locali (per il tramite del Comitato dei Sindaci di Distretto), negli ambiti distrettuali già definiti sotto l'aspetto territoriale ed intesi quali "centro di riferimento sanitario" delle rispettive comunità locali. La garanzia di unitarietà del percorso decisionale è assicurata, su base programmatica, attraverso il Programma delle Attività Territoriali (PAT), che costituisce sintesi delle strategie gestionali messe a punto dall'Azienda per il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari delle popolazioni afferenti ad ogni singolo Distretto, ed il Piano di Zona, che costituisce sintesi degli intenti programmatici istituzionali per la realizzazione di un sistema integrato di gestione dei servizi sociali. I due strumenti programmatici (PAT – Piano di Zona) esprimono i contenuti dell'Accordo di Programma, stipulato ai sensi di legge tra i soggetti istituzionalmente e territorialmente competenti, che individua le modalità di realizzazione e le relative responsabilità per il conseguimento degli obiettivi fissati, in termini di promozione e tutela della salute dei soggetti (persone e famiglie) nella comunità locale.

3.3 Coinvolgere il personale attraverso lo sviluppo del dialogo e dell'empowerment

L'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e si impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, anche al di là del puro rispetto della normativa, verso obiettivi strategici e gestionali condivisi e da realizzare attraverso una partecipazione alle scelte strategiche attuative della missione aziendale ed alle conseguenti opzioni operative, con particolare riguardo alle tematiche dell'organizzazione e della sicurezza del lavoro.

Il personale dell'ASP di Catanzaro, (circa 3500 dipendenti) è distribuito sui presidi territoriali di competenza dell'azienda. Una delle prime difficoltà affrontate è stata quella della comunicazione. Nel 2002-2003 abbiamo avviato il progetto INTERCOMUNIC@, l'iniziativa nata e progettata dal Servizio Informativo Aziendale aveva come obiettivo la diffusione della telefonia mobile e dell'utilizzo di intranet/posta elettronica, per tutti i dipendenti dell'azienda. In tal modo l'interazione tra U.O./servizi e dipendenti è stata evidente fin da subito. I dirigenti possono interloquire con i propri collaboratori anche al di fuori delle strette mura dell'azienda.

Il progetto parte con l'adesione alle convenzioni CONSIP Telefonia mobile del 2002-2003 e la relativa contrattualizzazione con la società WIND di un apposito accordo, che aveva l'obiettivo di comunicazione il dipendente dell'azienda e gli stakeholder esterni/interni. Nel 2005 la nostra azienda ha emanato un regolamento che favoriva la diffusione delle sim aziendali alle dipendenti donne. Questo ha permesso alle dipendenti, di avere una facilità di comunicazione con l'azienda attraverso una rete di telefoni mobili anche quando, per motivi legati alla flessibilità d'orario o di famiglia, si trovavano fuori dalla sede lavorativa. Nel regolamento è stato previsto anche l'utilizzo della sim per chiamate personali con fatturazione separata, ciò ha permesso la comunicazione posto di lavoro – casa- familiari. Vi era anche la necessità di tutela delle dipendenti, che lavoravano in posizioni svantaggiate (guardie mediche, 118, Pronto Soccorso), garantendo l'uso di telefoni cellulari aziendali con di chiamata rapida (breve codice composta da 4 numeri) alle altre colleghe/i. Infine, la rete di telefoni mobili/fissi doveva diventare anche rete di diffusione dati, on-line oltre che essere utilizzata con i software della rete per teleconferenze.

Un altro obiettivo principale è stato quello di garantire soprattutto alle dipendenti donne la possibilità di comunicare con l'azienda e con l'esterno attraverso la telefonia mobile. Il nostro regolamento, approvato con apposita delibera nel 2005, prevedeva di raggiungere il target di diffusione delle sim alle dipendenti con una copertura di almeno il 75%. Altro importante obiettivo era quello di risparmiare l'efficienza produttiva di almeno il 48% calcolandola dai costi del personale che assentandosi dal lavoro per motivi di famiglia. In termini economici questo corrisponde a circa € 134.000,00 annui. L'evoluzione ed introduzione delle nuove tecnologie di comunicazione ha fatto sì che le dipendenti si possano tenere in contatto con la famiglia attraverso le sim che sono state abilitate attraverso codici di fatturazione separata alle chiamate personali. Il miglioramento degli scambi dei dati attraverso il collegamento sim/web che le dipendenti possono effettuare da casa, la trasformazione degli attuali programmi di gestione informatica utilizzati in azienda in web-oriented garantirà al dipendente di lavorare continuare al lavorare con un ulteriore risparmio dell'8% sull'efficienza ed una migliore comunicazione scambio di dati ICT.

Oggi possiamo dire che La rete di sim aziendali che collega il mondo lavorativo con quello di casa ha effettivamente raggiunto e superato le aspettative iniziali. Le dipendenti, dirigenti o funzionarie, non possono staccarsi o fare a meno di dialogare con l'azienda anche quando sono fuori da questa. Il nostro principale obiettivo era quello di evitare il "cut off" tra la sede degli affetti e quella del lavoro. Volevamo gettare un ponte tra queste due realtà permettendo alla lavoratrice madre una migliore flessibilità ed organizzazione del lavoro. La conferma di questo è data dall'attuale copertura delle sim consegnate alle dipendenti che sfiora quota 90%.

L'obiettivo del miglioramento dell'efficienza è stato raggiunto e superato attualmente i risparmi calcolati derivanti dall'utilizzo massivo del progetto INTERCOMUNIC@, sono attestati sui € 157.000,00. A questi vanno aggiunti ulteriori € 23.000, di risparmio utilizzando le sim aziendali per lo scambio dati wap/internet che la nostra dipendente utilizza da casa.

Ad oggi l'uso della WEBMAIL aziendale, dei cellulari aziendali e delle nuove forme di comunicazione, è entrato nella "cultura" di tutti i dipendenti dell'ASP. Soprattutto nel corso del 2010, l'estensione delle caselle di posta istituzionale, dal dipendente qualifica di ausiliario fino al direttore di struttura complessa, per le comunicazione tra vertice strategico (direttore Generale) e dipendenti ha dato dei frutti inaspettati in termini di suggerimenti propositivi sulla migliore strategia aziendale. Oggi pervengono giornalmente alla casella di posta elettronica della direzione strategica non meno di 10-15 e-mail contenenti argomenti svariati, dalla semplice richiesta per l'acquisto di materiali di consumo, al suggerimento sulle modifiche di alcuni processi aziendali per migliorare l'erogazione di servizi sanitari ai clienti.

La struttura dell'ASP di Catanzaro, proprio per la sua complessità, è di tipo verticale. Le strutture organizzative definite come macroarticolazioni che fungono da collegamento tra il vertice strategico (direzione strategica, Staff) con le unità operative, esercitando un ruolo di collegamento e di integrazione sono: Presidi ospedalieri (Ospedale di Soverato e di Lamezia Terme), Distretti socio-sanitari, Dipartimento prevenzione, Dipartimento di salute mentale.

Ai direttori delle macroarticolazioni aziendali sono attribuite le seguenti funzioni organizzativo-gestionale:

- a) la predisposizione del programma annuale dell'attività nell'area di competenza tenuto conto degli obiettivi stabiliti dalla direzione strategica e la condivisione con le U.O./servizi sott'ordinati;
- b) la funzionalità della macro articolazione e lo svolgimento di tutte le attività utili per l'erogazione integrata delle prestazioni di competenza attraverso l'individuazione e la promozione di modelli operativi flessibili, interdisciplinari e orientamenti allo svolgimento delle attività per progetti e/o per problemi, nella salvaguardia del bene primario della salute dei cittadini, secondo il criterio della riduzione dei costi e del miglioramento dell'efficienza;
- c) titolarità della assegnazione da parte della direzione strategica delle risorse umane dell'area ed assegnazione delle stesse alle unità operative o funzioni della macroarticolazione in relazione al budget ed ai criteri definiti nel regolamento generale di organizzazione;

- d) l'utilizzo delle risorse comuni (personale, spazi, attrezzature, ecc.) individuate in base ai criteri definiti nel regolamento generale di organizzazione ed assegnate in sede di negoziazione del budget;
- e) la formulazione delle proposte al Direttore Generale per l'adozione di progetti, programmi e criteri di organizzazione della macroarticolazione;
- f) la proposta, d'intesa con i responsabili delle unità operative e/o dipartimenti, di acquisizione di impianti, attrezzature e arredi, indicando le priorità;
- g) il coordinamento dell'attività di vigilanza sugli approvvigionamenti occorrenti al funzionamento della macroarticolazione;
- h) la verifica, il controllo e la raccolta dei dati provvedendo alla loro trasmissione alla unità di staff Servizio Informativo Aziendale;
- i) la formulazione d'interpretazioni uniformi di norme tecnico organizzative e di legislazione favorendo l'adozione di regole condivise di comportamento;
- j) la responsabilità del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano nella macroarticolazione, nonché del rispetto delle disposizioni di legge relative alla sicurezza;
- k) la promozione e la verifica periodica dei processi di miglioramento della qualità dei servizi;
- l) la valutazione e verifica quali-quantitativa dell'assistenza fornita, dei percorsi diagnostico-terapeutici, della formazione permanente del personale e dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- m) la valutazione dei comportamenti organizzativi – gestionali dei dirigenti e comunicazione gli stessi ai competenti organismi aziendali di valutazione;
- n) l'organizzazione dell'attività libero professionale;
- o) lo stimolo alla partecipazione dei cittadini, individuando programmi di informazione e/o attività di prevenzione;
- p) la valutazione dei dirigenti di U.O./servizi sott'ordinati che a loro volta valutano il personale assegnato, secondo i criteri dell'atto deliberato sul "Sistema Premiante" ;
- q) l'adozione con determina degli atti di gestione di propria competenza.
- r) ogni altro compito e/o attività derivati da direttive aziendali o dall'applicazione di disposizioni nazionali o regionali in materia.

Nella macroarticolazione è previsto un dirigente per l'esercizio delle funzioni amministrative e per realizzare il necessario supporto all'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed all'unitarietà dei processi e delle procedure amministrative. In particolare il dirigente amministrativo concorre, per quanto di competenza, al conseguimento degli obiettivi assegnati in sede di budget nell'ottica della caratterizzazione generale delle funzioni amministrative rispetto ai soggetti titolari di responsabilità gestionale, con specifico riferimento al governo economico della macroarticolazione ed in particolare all'equilibrio tra i costi di produzione/erogazione dei servizi ed il sistema di remunerazione in vigore o tra i costi di produzione/erogazione dei servizi ed il budget assegnato, con riferimento alla popolazione assistita, ed ai livelli assistenziali garantiti, direttamente o tramite altri soggetti erogatori. Al dirigente amministrativo sono inoltre assegnate funzioni amministrative e tecniche specificamente individuate nel regolamento di organizzazione e funzionamento.

Nel corso del 2011 si avvierà un progetto interno all'ASP per determinare le performance eccellenti nelle U.O./Servizi. Utilizzeremo a tale scopo, disgiuntamente o congiuntamente tra loro, due diversi criteri: individuare coloro che nella valutazione (scheda valutazione individuale) hanno avuto il punteggio più elevato, ovvero che hanno avuto una performance che presenta tratti di eccellenza (Premiazioni nazionali o regionali sull'innovazione). Le risorse destinate a questa forma di incentivazione saranno contrattate con le OO.SS. devono essere determinate dalla contrattazione collettiva nazionale.

Nel caso del personale del comparto (dipendenti sanitari non dirigenti) come normato dal D.Lgvo. 150/2009 ne corso del 2011, nell'ambito dei sistemi premianti connessi alla qualità della

performance inseriremo anche le **progressioni economiche** (o orizzontali) e quelle di **carriera** (o verticali). Si tratta di istituti che attualmente hanno una natura integralmente contrattuale e di disciplina contrattuale, ma sulla base di una prescrizione legislativa che derivano dai concorsi interamente riservati al personale interno all'azienda. I parametri di performance a cui riferirsi per l'esecuzione delle progressioni sono: natura di dipendente pubblico del premiato (i dirigenti, infatti, sono esclusi da questa forma di incentivazione), le competenze professionali maturate nel corso degli anni, i risultati individuali e collettivi ottenuti e le valutazioni positive all'interno della U.O./servizio.

Unico limite da superare rimane sulle progressioni verticali (passaggi di fascia da C a D etc.) che subiscono una dura limitazione dal decreto Brunetta. L'articolo dettato nella parte sulla meritocrazia stabilisce infatti che, in via di principio, le progressioni a tempo indeterminato nelle Pubbliche amministrazioni devono essere effettuate ricorrendo al metodo del concorso pubblico e solamente una quota non superiore al 50% dei posti banditi al personale interno.

CRITERIO 4: PARTNERSHIP E RISORSE

4.1. Sviluppare e implementare relazioni con i partner chiave

Un'azienda sanitaria con una popolazione distribuita su ampi territori ha una serie diversa di partner strategici: cittadini, istituzioni, società, organizzazioni sindacali, fornitori di beni, fornitori di servizi (case di cura private, aziende ospedaliere), specialisti a contatto, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Farmacie private Tutti i fornitori dell'ASP di Catanzaro sono funzionali alla garanzia ed al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

Fornitori esterni di servizi sanitari

Attualmente l'ASP ha 4 Case di Cura Private Polispecialistiche, 3 Case di Cura Neuropsichiatriche, 42 strutture private di erogazione prestazioni specialistiche, 2 Aziende Ospedaliere pubbliche (l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" ed il Policlinico "Mater Domini").

L'ASP adotta il piano preventivo annuale, relativo alle prestazioni di assistenza ospedaliera, di assistenza residenziale e semiresidenziale e di specialistica ambulatoriale erogabili dalle strutture pubbliche e private temporaneamente accreditate. La negoziazione avviene attraverso appositi contratti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria ed i soggetti erogatori di prestazioni, entro i limiti massimi di spesa sostenibili con la quota parte del FSR assegnata all'azienda dalla Regione Calabria.

Nell'ipotesi in cui le attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale dovessero superare, a consuntivo, i rispettivi limiti massimi di volumi erogabili e di spesa sostenibile, previsti dai contratti, vengono applicati i meccanismi di abbattimento tariffario differenziato secondo i criteri fissati dalla Giunta regionale.

Affinché una struttura pubblica o provata divenga partner dell'ASP di Catanzaro deve rispettare il dettato normativo dell'articolo 8-bis, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., sull'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN con oneri a carico del FSN e precisamente:

- accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater del Dlgs 502/92 e in via temporanea all'accREDITamento provvisorio di cui al comma 6 del citato art. 8-quater.
- stipulazione degli accordi e contratti di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i., pertanto nessuna remunerazione delle prestazioni può essere effettuata al di fuori di entrambe le condizioni sopra richiamate, nonché delle determinazioni assunte nel presente provvedimento.

Alle strutture dell'ASP e precisamente, l'Assistenza Ospedaliera ed i Distretti, sono demandati gli accertamenti di verifica del possesso formale da parte degli erogatori accreditati dell'autorizzazione ed accREDITamento regionale previsti dalla normativa vigente, oltre il possesso dei requisiti organizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi da parte degli stessi. Le sopradette strutture sono tenute alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche ospedaliere delle strutture pubbliche e private accreditate, nel rispetto dei singoli volumi erogativi contrattati e del tetto massimo di spesa previsto.

4.2. Sviluppare e implementare relazioni con i cittadini/clienti

L'ASP di Catanzaro orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo come destinatario naturale delle prestazioni, ma come interlocutore privilegiato, movente ispiratore e stessa "ragione d'essere" della sua presenza istituzionale, garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione delle attività. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è in particolare dedicata l'attuazione della carta dei servizi, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione ed il rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, anche attraverso misurazioni della qualità percepita da utilizzare come strumento di valutazione e miglioramento delle unità operative, nonché dei procedimenti previsti in caso di inadempimento, anche ai fini della ristorazione dei danni ingiustamente arrecati. Ai pazienti ed ai

loro familiari va assicurata l'effettiva fruizione dei diritti già sanciti dalle norme vigenti, quali l'informazione, prima, durante e dopo le attività sanitarie, il consenso informato, ecc.

Per il raggiungimento di queste finalità, l'azienda svilupperà le potenzialità di alcuni istituti di partecipazione quali:

- la carta dei servizi, espressione formale di un patto sulla qualità dei servizi offerti, che sia condiviso e definito nel tempo, contenente impegni e forme concrete di verifica e valutazione, con l'attribuzione di un ruolo centrale ai cittadini;
- i comitati consultivi, nei quali avviene il confronto permanente con le forme associative dei cittadini/utenti, sia in sede di rilevazione dei bisogni di salute delle popolazioni che riguardo alle scelte finalizzate a soddisfare tali bisogni;
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che rappresenta il punto di incontro immediato con i cittadini. L'URP deve garantire una informazione semplice, tempestiva, corretta e unitaria su tutte le prestazioni e/o attività e per tutto il territorio aziendale e regionale, anche al fine di contrastare il fenomeno della migrazione sanitaria; attraverso i reclami e i suggerimenti, deve costituire strumento di ascolto fondamentale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo dei servizi agli utenti.

L'azienda ritiene altresì doveroso contribuire al superamento delle situazioni di deficit o asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti tra strutture sanitarie ed utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, della formazione e dell'aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza, favorendo quanto più possibile momenti istituzionali di incontro ed azioni tese all'affermazione del senso di appartenenza ed al miglioramento continuo dei rapporti.

In definitiva l'ASP di Catanzaro un controllo dal punto di vista dell'utenza finalizzato all'acquisizione delle valutazioni, delle proposte, dei reclami, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sulle attività dell'azienda ed alla assunzione delle iniziative opportune o necessarie conseguenti.

L'azienda nell'esercizio dell'autonomia riconosciutale si propone come interlocutore al servizio delle istituzioni, e si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa preordinati e nello spirito di leale collaborazione istituzionale invocato dal PSN come strumento di innovazione partecipativa alla programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

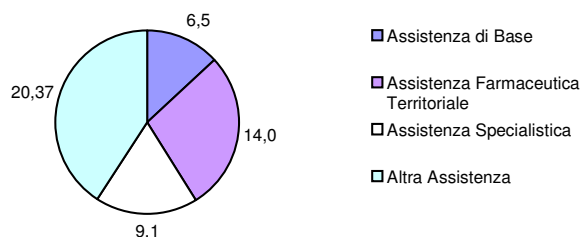
Nell'ASP di Catanzaro è stato deliberato un regolamento di "Pubblica Tutela" che garantisce il monitoraggio delle segnalazioni pervenute all'URP attraverso un rapporto annuale trasmesso ai dirigenti, alle rappresentanze dell'utenza, alle organizzazioni attive nell'Azienda Sanitaria, nonché al consiglio dei sindaci per rendere attivo il modello partecipativo.

4.3. Gestire le risorse finanziarie

L'azienda ASP di Catanzaro ha attribuito alla valutazione economica delle risorse impiegate e dei risultati prodotti una rilevante importanza strategica, anche ai fini della differenziazione delle scelte, soprattutto in presenza di risorse limitate, adottando un sistema di controllo articolato su analisi di minimizzazione dei costi, di costo-efficacia, di costo-utilità, di costo-beneficio, attraverso il PdM del progetto di Ottimalità che è finalizzato a contribuire alle decisioni finali, tenendo presenti anche altri criteri di riferimento ispirati dalla missione aziendale. Più in generale l'utilizzo corretto ed integrato delle risorse economiche finanziarie garantiscono la migliore qualificazione possibile della performance assistenziale e con essa la migliore tutela possibile del bisogno dei cittadini utenti. Ferma restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie assegnata dalla normativa ad enti ed organismi esterni ed al collegio sindacale.

La regolarità amministrativo contabile costituisce la base di tutto il sistema perché va a testare correttezza ed affidabilità di procedure ed atti. In un sistema di valutazione del risultato complessivo dell'azione della P.A. i controlli di regolarità amministrativo contabile costituiscono ulteriore elemento di garanzia per i cittadini ed afferiscono ai principi inderogabili di legittimità, imparzialità e conformità agli strumenti di programmazione amministrativa e contabile. Essa consiste nell'internal auditing ossia in una verifica ex post interna ed indipendente rispetto alla struttura competente allo svolgimento dell'attività amministrativa che esamina e valuta l'attività posta in essere verificando gli aspetti procedurali e la regolarità degli stessi rispetto a standard predefiniti. In genere si attiva con un monitoraggio a campione che verifica le procedure per i vertici politici ed amministrativi, ivi compresi i dirigenti titolari delle procedure monitorate.

Il piano di auditing è portato a conoscenza degli interessati della funzione sottoposta a monitoraggio per la verifica della coerenza dei provvedimenti adottati rispetto a disposizioni



normative, regolamentari e direttive di indirizzo interne.

Il monitoraggio si sostanzia in report di tipo statistico che segnalano irregolarità ed analisi delle stesse per consentire interventi correttivi delle procedure o delle disposizioni a monte. La differenza con un controllo esterno quale quello del Collegio sindacale consiste nel fatto che quest'ultimo riferisce delle irregolarità all'esterno per interventi sanzionatori, mentre la filosofia sottesa all'internal auditing è quella di operare in un'ottica di prevenzione degli errori e di assistenza all'organizzazione per ottimizzare ed omogeneizzare progressivamente i comportamenti amministrativi.

L'ASP di Catanzaro conforma i propri bilanci alle normative nazionali e regionali in materia di finanza pubblica ed in particolare articola la gestione delle risorse finanziarie secondo quanto di seguito descritto.

Bilancio Economico Preventivo

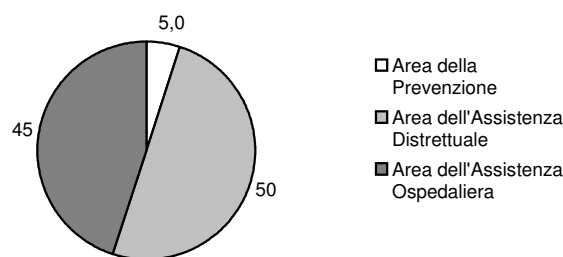
Il preventivo economico è l'espressione della responsabilità aziendale per l'esercizio di riferimento, in funzione degli obiettivi definiti per la tutela della salute del singolo e della collettività. In definitiva il bilancio preventivo valuta la performance dell'azienda sulla base di obiettivi responsabilizzanti, non solo come la dimostrazione delle entità delle entrate o delle spesa da impegnare ma più compiutamente come insieme delle azioni e degli obiettivi che si intendono assumere per l'anno di riferimento.

Relazione Illustrativa

E' un documento che se pur redatto in ottemperanza ad una disposizione legislativa, rappresenta una metodologia e uno strumento tecnico di rilevazione delle informazioni economiche in grado di quantificare e qualificare le risorse produttive utilizzate dalle diverse unità organizzative o governate dai diversi centri di responsabilità all'interno dell'ASP di Catanzaro. Questo sistema di rilevazione in grado di fornire informazioni di tipo economico, costituisce il necessario complemento alle informazioni finanziarie (che riguardano, appunto, la struttura finanziaria dell'azienda: liquidità, mezzi propri, indebitamento, rischio), alle variazioni di capitale e quindi ai flussi di cassa e alla pianificazione degli investimenti.

Bilancio Economico Pluriennale

E' un bilancio riferito ai trienni successivi del Bilancio di Previsione (attualmente è il triennio 2010-



2011-2012) che traduce in termini economici, patrimoniali e finanziari le indicazioni del Piano Attuativo Locale (PAL), con particolare riguardo agli investimenti programmati per il triennio considerato. A tal fine, il bilancio pluriennale, evidenzia distintamente per ogni anno lo Stato Patrimoniale e il Conto Economico e la descrizione analitica delle iniziative da intraprendere e le relative modalità di finanziamento.

Conto Economico

Il Conto Economico illustra i ricavi e i costi che si ritiene avranno la loro manifestazione nel corso dell'esercizio. Il metodo scalare, adottato dalla nostra legislazione, consente di evidenziare, sostanzialmente, i risultati differenziali, idonei a consentire l'immediata percezione dell'andamento economico della gestione, nonché la determinazione del risultato di esercizio.

Stato Patrimoniale

Lo stato Patrimoniale consta di due parti contrapposte (Attivo e Passivo) le cui voci risultano raggruppate opportunamente allo scopo di consentire l'immediata individuazione delle principali poste costituenti la struttura patrimoniale dell'unità sanitaria locale.

L'attivo è costituito dalle immobilizzazioni, distinte in immateriali, materiali e finanziarie, dall'attivo circolante, costituito dalle scorte, dai crediti, dalle attività finanziarie e dalle disponibilità liquide, dai ratei e risconti e dai conti d'ordine.

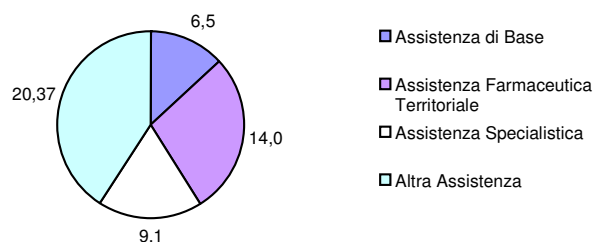
Il passivo è costituito dal patrimonio netto, dai fondi per rischi e oneri, dai debiti, dai ratei e risconti e dai conti d'ordine.

Oltre a questi documenti l'ASP di Catanzaro ha attivato una serie di meccanismi per la rendicontazione dei prezzi di trasferimento interni "virtualmente" pagati nelle transazioni fra le varie U.O./Servizi a tale scopo si è strutturata un'apposita scheda di budget (all'interno del piano di miglioramento della misura dei punti di Ottimalità) che permette di valutare la performance della U.O./Servizio stesso. Ovviamente ogni U.O./servizio vende a quello successivo ed i prezzi non influenzano il bilancio dell'intera impresa ma determinano solo il "bilancio di budget" figurativo.

La "consapevolezza" di utilizzo ottimale delle risorse, oltre che assegnata alla responsabilità del dirigente della U.O./servizio è diffusa anche al personale esecutivo attraverso la metodologia del calcolo del punto di ottimalità (minimizzazione dei costi, massimizzazione dei risultati). Di fatto questo costituisce uno dei capisaldi del sistema di audit finanziario da noi definito "service audit" (analisi complessiva del servizio erogato), che assieme all'azione di controllo previsto dall'organo del Collegio Sindacale (Revisori Contabili) e quello esercitato dalla Regione Calabria, garantiscono la sicurezza ed il capillare controllo a tutti i livelli gerarchici dell'azienda.

La somma destinata all'ASP di Catanzaro dal Fondo Sanitario Regione viene ripartita nei livelli di assistenza con le seguenti percentuali: alla prevenzione spetterà il 5%, all'area distrettuale toccherà il 50% del totale della quota capitaria, l'area ospedaliera pari al 45%. Le percentuali di cui sopra sono comprensive dei costi generali di gestione delle attività.

Al finanziamento, all'Area Distrettuale Territoriale toccherà il 50% delle risorse, pari nell'ASP di Catanzaro a € 227.133.764,70 da distribuirsi tra i sotto-livelli disaggregando l'importo complessivo della quota capitaria per il numero di abitanti nelle seguenti percentuali:



Nel corso del 2011 In questo l'ASP di Catanzaro attiverà per il personale il **premio di efficienza**. Concordemente con le OO.SS. si tratta della possibilità di utilizzare una quota fino al 30% dei risparmi sui costi di funzionamento conseguiti dall'azienda da destinare all'incentivazione del personale. Destinatario di tale beneficio è il personale direttamente e proficuamente coinvolto nel programma di efficienza. L'utilizzazione di questo strumento premiante è condizionato dall'accertamento che i risparmi sui costi di funzionamento derivino da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione all'interno delle pubbliche amministrazioni. Condizione fondamentale per l'erogazione del premio è, in primo luogo, di essere in presenza di un **risparmio** che ha un carattere strutturale e non occasionale. Tali economie inoltre devono incidere sui costi di funzionamento, quindi anche sulla spesa di competenza corrente.

4.4. Gestire le informazioni e la conoscenza

La complessità della nostra azienda, oltre alla necessità di introdurre sistemi gestionali efficaci, rende indispensabile l'adozione di strumenti che tengano sotto controllo la qualità dei servizi forniti, ponendo al centro dell'attenzione il cittadino-utente a cui i servizi sono diretti.

A questa necessità si aggiunge l'importanza di far convivere l'aspetto sanitario in senso stretto (monitoraggio della qualità dei servizi erogati) con l'aspetto economico che riguarda invece il governo della spesa sanitaria (monitoraggio dei costi e controllo sulla ripartizione delle risorse nonché la costante verifica della produttività delle risorse impiegate).

Al fine di poter gestire tale complessità abbiamo progettare un sistema che è grado di:

- accedere alle diverse sorgenti informative interne (ed eventualmente anche esterne) ed integrarne i contenuti;
- rendere, attraverso un processo di controllo e validazione, consistenti ed attendibili i dati elaborati, anche dal punto di vista storico;
- fornire meccanismi di accesso alle informazioni in modo sicuro, privilegiando il punto di vista dell'utente che interroga il sistema;
- fornire strumenti di accesso di facile utilizzo ed in grado di soddisfare richieste anche complesse di elaborazioni ed analisi dei dati sanitari.

La risposta a tali esigenze, è stata data con il PdM introdotto dal Progetto di misura del punto di ottimalità prestazionale.

Inoltre la difficoltà di trasparenza sui report e sui dati trasmessi dall'azienda è stata più volte manifestata dai portatori d'interesse interni/esterni. La reportistica interna non è chiara e comprensibile, spesso riporta dei dati che non risultano ai responsabili delle U.O./servizi. Dalla nostra analisi è emerso che la difficoltà risiede nella lettura dei dati stessi e di come questi possano essere significativi di una misura delle linee di prodotto della U.O./servizio. Difficoltà maggiore si è riscontrata per i portatori d'interesse esterni, vuoi per la difficoltà di comunicazione fruibile sulla gestione complessiva dell'azienda che per l'impossibilità di avere un "numero" che possa esprimere l'ottimalità di una prestazione erogata.

Attualmente nell'ASP di Catanzaro vi è un'integrazione tra i sistemi di informatizzazione dell'area amministrativa e quelli dell'area sanitaria. I dati informatici trattati sono tutelati attraverso un

sistema di “EDP audit” (detto anche IT audit, ovvero information technology audit, o IS audit information system audit) si identifica l’attività di analisi del processo di elaborazione dei dati, dall’origine del dato, all’archiviazione del risultato dell’elaborazione ed alla sicurezza, finalizzata ad evidenziare gli interventi necessari per garantire che l’elaborazione e la sicurezza sia rispondente a specifiche di progetto.

In particolare, il progetto avviato nell’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha la finalità di fornire strumenti operativi e metodologie per l’individuazione, prioritizzazione e valutazione dei rischi e dei controlli adottati per garantire:

- la riservatezza dei dati (prevenzione dall’utilizzo indebito di informazioni – riservate – da chi non ne ha un bisogno operativo);
- l’integrità dei dati (protezione dei dati e delle informazioni nei confronti delle modifiche del contenuto effettuate da una terza parte, essendo compreso nell’alterazione anche il caso limite della generazione ex novo di dati ed informazioni);
- la disponibilità dei dati (prevenzione della non accessibilità delle risorse e delle informazioni, ai legittimi utilizzatori, quando informazioni e risorse servono).

Gli attuali sistemi informatici, attraverso l’introduzione dei meccanismi di sicurezza sono accessibili solo dai dipendenti interessati. Il sistema informativo attualmente è diffusivo su tutta l’azienda grazie ad una interconnessione di rete intranet/internet basata sulla tecnologia SPC (Sistema Pubblico di Connettività) definito dalla CNIPA nel 2006. Il sistema oggi collega circa 750 Personal Computer, 7 Server e due procedure in WEB-ORIENTED (una per il sistema della prevenzione, e l’altra per il sistema CUP e prestazioni specialistiche).

Nella progettazione della nostra azienda assume un ruolo di primo piano l’informazione come specializzazione dei compiti e l’interdipendenza tra essi attraverso l’elevato coordinamento decisionale e operativo garantito dal Servizio Informativo Aziendale. In particolare, nell’attuazione del processo di direzione strategica, nelle sue fasi di organizzazione, programmazione, conduzione e controllo dell’attività aziendale, richiede l’assunzione di decisioni e la trasmissione delle decisioni stesse agli organi esecutivi. Questo è stato garantito attraverso dei flussi d’informazioni raccolte, elaborate e inviate a tutti coloro che operano all’interno della struttura aziendale. La diffusione della rete di posta elettronica a tutti i dipendenti dell’azienda permette di interloquire ed informare tutti in tempo reale. A questa circolazione interna delle informazioni si aggiunge uno scambio continuo di notizie con l’ambiente, con l’effetto che l’intera vita aziendale è contrassegnata da un continuo fluire di dati provenienti da varie fonti e destinati a molteplici utilizzatori.

La gestione di tale flusso con i numerosi nodi di interconnessione ed integrazione dei dati, ha implicato necessariamente la dilatazione dei circuiti di comunicazione, assumendo un aspetto circolare, nel senso che si ha un ciclo continuo nelle varie U.O./servizi nel quale dall’informazione si passa alla decisione, dalla decisione — attraverso la comunicazione delle scelte adottate — all’esecuzione, dall’esecuzione — mediante la trasmissione dei risultati — al controllo, dal controllo — per mezzo delle informazioni così ottenute — all’assunzione di altre decisioni. Tale ciclo è di tipo aperto in quanto il patrimonio informativo prodotto nell’azienda è costantemente arricchito con l’acquisizione di nuovi dati provenienti dagli stakeholder esterni e dall’ambiente in generale. Questa interazione informativa ha di fatto permesso di avviare la Supply chain collaboration. Con questa espressione si intende la possibilità di stabilire una maggiore interazione tra l’azienda e i diversi soggetti coinvolti nella catena del processo di soddisfacimento del bisogno di salute: operatori interni, clienti, fornitori e terzisti.

La nostra progettazione del sistema informativo e del trattamento dei dati e la misura del punto di ottimalità è attualmente avviata sui tre livelli di erogazione prestazionale Distrettuale, Ospedaliero e Prevenzione. Proprio in quest’ultima area abbiamo implementato il progetto PREC@L sviluppato con un partner esterno che è la società Edinform di Lecce, con l’obiettivo di costituire lo Sportello Unico della Prevenzione per offrire, attraverso il canale Web, un unico punto di accesso ai servizi informativi, di comunicazione e di interazione dei cittadini e degli operatori dei diversi Enti con tutti i servizi del Dipartimento di Prevenzione. Il portale unico di accesso rappresenta il collettore

per agevolare la fruizione dei servizi di Prevenzione ed integra strumenti avanzati per la promozione delle aggregazioni spontanee d'interesse (Comunità virtuali) per una partecipazione attiva degli utenti (e-democracy), realizzando la massima trasparenza sull'operato dell'amministrazione e garantisce il diritto alla Pubblica Amministrazione Digitale semplificando le procedure per cittadini e imprese (e-government).

Il nostro progetto ha avuto due **importanti riconoscimenti**. Il primo in ambito **EIPA** nel concorso EPSA 2009 con la pubblicazione nell' European Public Sector Award 2009 Project Catalogue all'interno della categoria Performance Improvement in Public Service Delivery. Il secondo all'interno dello **SMAU 2010** come finalista del Premio Innovazione ICT nella categoria Sanità.

4.5. Gestire la tecnologia

Le Tecnologie della Comunicazione e la Sanità è un sodalizio antico e consolidato. Storicamente poniamo l'inizio nel 1905 quando il dr. Einthoven trasmise, utilizzando il cavo telefonico, gli elettrocardiogrammi dall'ospedale al suo laboratorio ad un chilometro e mezzo di distanza.

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche ha portato alla fine del XX secolo alla "compenetrazione" delle comunicazioni e dell'IT nell'ICT. Come negli anni '80 il lavoro d'ufficio e lentamente passato "dalla carta al digitale" (Office Automation), un analogo processo sta procedendo nella sanità. Health Automation, abilitando nuovi processi e nuovi servizi sfruttando:

- La multicanalita informazioni fruibili sempre e con qualsiasi dispositivo
- La multimodalità dalla voce ai dati alle Immagini al video La multi-generazione delle informazioni Web 2.0

Lo sfruttamento tecnologico ha raggiunto nella nostra azienda un buon livello di diffusività e pervasività, garantendo attraverso l'ICT agli stakeholder interni/esterni (vedi 3.3) un livello di comunicazione ed interazione elevato.

Tenendo presente l'analisi dell'infrastruttura tecnologica, di rete e di apparecchi elettromedicali e diagnostici oggi esistenti nell'ambito dell'azienda, abbiamo:

1. ridisegnato la rete interna, creando un impianto per la trasmissione dati adeguato per garantire alta velocità di scambio dei dati all'interno delle circa 45 strutture che compongono l'ASP di Catanzaro;
2. ammodernato le tecnologie e le attrezzature per l'accesso alla rete e per la trasmissione di dati e informazioni di tipo multimediale (acquisto di nuovi computer, switch ed apparecchiature elettromedicali);

In particolare, la realizzazione della Intranet ha rappresentato per l'ASP di Catanzaro una soluzione di vaste potenzialità. Infatti, attraverso la sua realizzazione abbiamo massimizzato lo scambio di informazioni e l'interazione interne/esterne.

L'impatto è stato anche notevole sul versante della produzione e trasferimento di conoscenza, sull'efficienza ed, in genere, sull'efficacia delle performance. Oggi abbiamo all'interno dell'ASP uno sviluppo "endogeno" dei "virtual teams" e "gruppi di lavoro" che operano attraverso lo spazio, il tempo e i confini organizzativi, grazie all'insieme di reti e di tecnologie di comunicazioni.

La rete Intranet aziendale utilizzando la tecnologia "via Internet" fornisce una serie di strumenti che possono essere utilizzati per migliorare l'accesso alle risorse informative, presenti all'interno dell'azienda permettendo una migliore gestione ed integrazione di complessi sistemi informativi.

In particolare, nell'ambito delle strutture ospedaliere e di erogazione sanitaria distrettuale, la realizzazione della nostra architettura di rete ha permesso l'interconnessione dei personal computer, periferiche e apparecchiature diagnostiche, soprattutto nei reparti di cardiologia, radiologia ed ortopedia. L'utilizzo dello swap automatico Intranet/Internet, garantisce una più razionale gestione della comunicazione e fornisce una apertura verso l'esterno mediante l'utilizzo della Web attraverso i collegamenti connessioni dedicate ad affrontare aspetti di teleconsulto e telediagnosi. La gestione informatizzata dei servizi di diagnostica per immagini (PACS) potrà migliorare la qualità dell'assistenza e produrre notevoli economie. Questo permette di avere un

medico radiologo in guardia attiva nei due ospedali di Soverato e di Lamezia Terme che attraverso il teleconsulto referta radiografie/tac fatta nei distretti territoriali.

L'uso di Internet e delle Intranet aziendali permette, in ambito ospedaliero di condividere le informazioni sanitarie fra i vari servizi e di aumentare la cooperazione fra i diversi operatori. I servizi, come il laboratorio, possono ricevere le richieste via rete e inserire le risposte ed i referti direttamente in cartella. Il flusso viene automaticamente monitorato: in ogni momento è possibile sapere lo stato di una richiesta. E' possibile ottimizzare il consumo di risorse ed i tempi di risposta. Si possono istituire profili predefiniti per esami di laboratorio o strumentali che ottimizzano il tempo di gestione clinico-diagnostica degli assistiti.

Ciascun reparto ospedaliero ha la possibilità di implementazione della cartella clinica SDO che completa le informazioni provenienti dai servizi e dagli altri reparti (es. consulenze).

Attraverso l'utilizzo di adeguate politiche di sicurezza sulla rete interna (autenticazione degli utenti) e di firewall sulla rete esterna siamo giunti anche ad un buon compromesso tra la necessità di garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni cliniche e diagnostiche.

4.6. Gestire le infrastrutture

L'ASP di Catanzaro avendo un territorio così vasto non può avere un unico punto di erogazione delle prestazioni sanitarie. Le esigenze di salute della nostra popolazione è di prossimità, livelli erogativi il più vicino ai cittadini. I poli territoriali servono a soddisfare questo bisogno di prestazioni specialistiche (visite, analisi) e preventive (vaccinazioni, veterinaria, igiene). I poli sono: Catanzaro, Taverna, Tiriolo, Borgia, Botricello, Catanzaro Lido, Sersale, Badolato, Chiaravalle Centrale, Girifalco, Soverato, Squillace, Lamezia Terme, Soveria Mannelli. A questi aggiungiamo gli ospedali di Soverato, Lamezia Terme, Soveria Mannelli. Inoltre la distribuzione capillare dei servizi di prevenzione che è presente sui poli prima segnati, oltre che con strutture di raccordo sparsi sul comune di Catanzaro. Inoltre l'ASP di Catanzaro ha una serie di postazioni di emergenza urgenza 118 e di guardie mediche.

Il cliente dell'ASP di Catanzaro tramite il sistema di CUP può prenotare la richiesta sanitaria su una qualsiasi struttura dell'azienda. La possibilità di muoversi con i servizi pubblici all'interno del territorio garantiscono agli stakeholder il raggiungimento del servizio erogativo richiesto. Inoltre l'apertura dei servizi per due pomeriggi a settimana fino alle 18:00 soddisfa le esigenze dei lavoratori che possono avvalersi di questa fascia oraria. E' naturale che comunque all'interno delle strutture ospedaliere, delle guardie mediche e dei 118 l'erogazione delle prestazioni su richiesta o su emergenza è garantita nelle 24h per 365 giorni all'anno.

Tutti gli edifici di proprietà o in affitto dell'ASP vengono mantenuti e sono messi a norma secondo i criteri previsti nel documento di rischio della D.L.626/96 ed 81/2009.

I rifiuti speciali (chimici, biologici e fisici) vengono smaltiti con delle ditte specializzate che periodicamente o su richiesta prelevano il rifiuto e lo conferiscono secondo i dettami della norma.

Tutti gli edifici, le persone che ci lavorano e gli utenti sono coperti da una polizza assicurativa che copre tutti i rischi.

CRITERIO 5: PROCESSI

5.1. Identificare, progettare, gestire e migliorare i processi su base sistematica

Processi Strategici

L'ASP di Catanzaro è in primo luogo un'azienda territoriale e come tale la sua vocazione non è quella di offrire servizi di alta specialità medica e chirurgica, ma è quella di soddisfare, al più alto livello qualitativo possibile e a costi compatibili, prioritariamente la domanda sanitaria di I e II livello. I bisogni complessi di salute dei cittadini utenti vengono soddisfatte nelle due aziende ospedaliere (A.O. "Pugliese-Ciaccio e A.O. Policlinico Universitario "Mater Domini") attraverso appositi accordi di partnership con la nostra azienda (vedi 4.1). La distribuzione del bacino di utenza dell'azienda su un territorio vasto e disomogeneo, diviso in cinque distretti, attraversato da due arterie principali su cui si snoda la mobilità dell'utenza, caratteristica che costituisce un elemento fondamentale nella dislocazione dei principali centri di erogazione dei servizi sanitari dell'azienda, è stato il punto di forza sul quale si è impostato la strategie aziendali.

L'azienda nel definire i processi strategici ha individuato due principali aree:

- 1) **processi di area ospedaliera**, sono quelli svolti negli ospedali di Lamezia Terme, Soverato e Soveria Mannelli, orientati al recupero di efficienza attraverso l'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, l'integrazione e differenziazione delle erogazioni dei tre stabilimenti aziendali, lo sviluppo delle capacità di attrazione, il miglioramento dell'immagine degli ospedali, lo sviluppo della capacità competitiva;
- 2) **processi di area territoriale**, sono quelli svolti nei distretti, nel dipartimento di salute mentale e nel dipartimento di prevenzione orientati al miglioramento ed alla tutela della salute, attraverso il miglioramento della qualità e della efficienza sanitaria, il potenziamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la motivazione e valorizzazione del personale.

Premesso che i livelli essenziali di assistenza devono essere definiti a livello nazionale e regionale, l'azienda nell'ambito dei propri processi ha specificato i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) sulla base della realtà territoriale definendo le modalità operative per il loro perseguimento, indipendentemente dal fatto che la risposta ai bisogni individuati venga fornita dall'azienda o da terzi soggetti erogatori. A tal fine l'azienda si avvale nell'analisi del singolo processo delle indagini epidemiologiche con l'obiettivo di supportare l'azione di programmazione e di valutazione sistematica sul grado di perseguimento dell'erogazione LEA.

In particolare i macroprocessi strategici primari sono:

- a) riorganizzazione logistica-orografica delle strutture aziendali in ragione dell'attuale quadro organizzativo e funzionale rispondente a criteri di efficienza;
- b) una politica del personale intesa come strumento cardine di un processo di sviluppo aziendale;
- c) erogazione di servizi sanitari di prossimità.

I macroprocessi strategici di supporto sono:

- obiettivi in termini di tutela della salute e i livelli di prestazioni da erogare,
- piano dei servizi/attività da istituire, dimettere o da riallocare sul territorio;
- piano degli investimenti sia strutturali che professionali;
- previsione pluriennale dei costi, dei ricavi e dei proventi al fine di assicurare l'equilibrio della gestione economica e delle risorse disponibili,
- miglioramento del sistema di erogazione dei servizi,
- piano qualità,
- piano di formazione e aggiornamento;
- sistemi di monitoraggio delle attività ospedaliere, territoriali e di prevenzione.

Il piano attuativo è sottoposto al parere della conferenza dei sindaci.

Pianificazione strategica del processo

L'azienda adotta il metodo della pianificazione strategica delle proprie attività di macroprocessi intesa come correlazione tra gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.

Il **processo di pianificazione** è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- individuazione delle aree di bisogno e di domanda,
- definizione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale,
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità,
- conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti,
- controllo dei risultati conseguiti a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi-risultati.

Il **processo di programmazione** dà attuazione agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica mediante l'individuazione delle modalità tecniche/organizzative alle U.O./servizi necessarie ed opportune per il conseguimento degli stessi, ed è articolato in fasi successive ed integrate che sono:

- presa d'atto della valutazione e delle scelte strategiche,
- valutazione delle modifiche/innovazioni/integrazioni da portare all'assetto organizzativo e funzionale dei singoli servizi in ragione delle nuove scelte strategiche,
- predisposizione consequenziali dei programmi di attività e di azioni da sviluppare previa definizione analitica dei fabbisogni di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie da impiegare nell'U.O./servizio.

Il **processo di budgeting** tende in particolare a definire a livello dei singoli centri di responsabilità individuati, obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto, con il supporto delle funzioni di staff. Il processo di budgeting si articola a sua volta in fasi successive ed integrate che sono:

- definizione delle linee guida del processo,
- formulazione delle proposte di budget a cura dei dirigenti interessati,
- definizione negoziata delle proposte definitive,
- approvazione del budget.
- Il processo di reporting è finalizzato a:
 - realizzare un costante e capillare confronto tra obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti anche ai fini di eventuali azioni correttive,
 - valutazioni significative sul potenziale organizzativo delle aree interessate,
 - identificazione dei destinatari delle specifiche finalità e caratteristiche dei reports, nonché dei parametri per la valutazione.

L'azienda mediante l'attivazione dei processi suddetti ed il loro progressivo affinamento intende realizzare la più significativa espressione della integrazione operativa tra la direzione generale e tutte le articolazioni organizzative, dando spazio e significato strategico alla responsabilizzazione diretta dei professionisti ed identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione delle offerte di servizio e per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione delle finalità istituzionali.

Progetto di Ottimalità per valutare le performance, l'efficienza e l'outcome dei processi prestazionali.

Analizzando i dati provenienti dalle U.O./servizi che riguardano i processi dividendoli in costi ed in prestazioni, abbiamo ritenuto valevole l'introduzione di metodologia esemplificativa che partendo dall'enorme complessità dei dati trattati nell'azienda sul processo, li potesse riportarli con un sistema di funzioni grafiche ad un valore semplice e facilmente comprensibile da tutti. Inoltre la difficoltà di lettura dei report trasmessi dall'azienda è stata più volte manifestata dai portatori d'interesse interni/esterni. Dalla nostra analisi è emerso che la difficoltà risiede nella lettura dei dati stessi e di come questi possano essere significativi di una misura delle linee di prodotto della

U.O./servizio. Difficoltà maggiore si è riscontrata per i portatori d'interesse esterni, vuoi per il "bagaglio culturale", che per la scarsa visione complessiva dell'azienda. In tal modo nel nostro PdM abbiamo cercato di ridurre processi ad un "numero" che possa esprimere i servizi ottimali erogati all'interno del processo stesso.

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di ricavare per ogni singolo processo il "Punto di Ottimalità" nell'intorno del quale deve posizionarsi il numero di prestazioni componenti il processo erogate dall'U.O./Servizio per le quali viene garantito il corretto utilizzo delle risorse a fronte di prodotti qualitativamente elevati per soddisfare la domanda di salute. Questa conoscenza permetterà di misurare complessivamente per U.O./Servizio Efficacia, Efficienza, Equità, Soddisfazione, Appropriatazza ed Accessibilità.

Grazie a questa sintesi di un numero come valore espressione del processo, i portatori d'interesse riescono a giudicare se il servizio erogato è soddisfacente e di qualità. Queste informazioni al cittadino utente che ricorre all'azienda per il soddisfacimento della domanda di salute, lo garantirà sull'esercizio del principio di Sussidiarietà, nella consapevolezza che i soldi disponibili per finanziare la sanità devono essere adoperati razionalmente. Inoltre il cittadino verrà edotto della migliore (ottimale) processo che può essere erogato dall'Azienda Sanitaria, contribuendo con la sua partecipazione attiva a migliorarlo. Alla stessa stregua ai medici, di Medicina Generale, la nostra metodologia permetterà di fare un serio discorso, ancorché impopolare: egregi signori medici, dovete "responsabilizzarvi" di più, limitare prescrizioni di esami e medicinali alle reali esigenze di salute dei vostri assistiti, convincendoli ad adottare la prevenzione le malattie con stili di vita più corretti, a seguire regole elementari di educazione sanitaria (lotta contro il fumo, contro un'alimentazione scorretta, sedentarietà), che alla fine incidono positivamente proprio sulla spesa sanitaria. Signori medici, dovete evitare di sottostare passivamente a richieste incongrue di prestazioni da parte dei pazienti e convincerli che dev'essere il medico il soggetto attivo di richieste di prestazioni, evitando richieste inappropriate od inutili di esami a fini diagnostici e di controllo. Anche gli attori principali che sono i dirigenti delle aziende sanitarie ed ospedaliere con la nostra metodologia avranno contezza che: i ricoveri vanno limitati a patologie che richiedono effettivamente assistenza ospedaliera e comunque il periodo di degenza dev'essere rapportato a reali esigenze diagnostico-terapeutiche del paziente ed in alternativa erogare la prestazione attraverso modalità alternative. Occorre comunque aumentare la produttività delle strutture e del personale, incentivare il percorso diagnostico con il ricorso a tecnologie efficaci, coordinare l'attività degli ospedali con i servizi sanitari esistenti sul territorio ed integrare compiutamente il percorso sanitario con quello sociale. Incrementare la produttività vuol dire anche contenere, se non eliminare, le liste di attesa, disciplinando razionalmente anche l'attività libero-professionale dei medici e dei sanitari all'interno degli ospedali e degli ambulatori territoriali.

Dopo questa sintesi affrontiamo le motivazioni di questo intervento progettuale che nascono da due motivazioni principali: miglioramento dei servizi erogati e della soddisfazione dei clienti e riduzione dei costi di funzionamento. Il primo intervento ha come indicatore l'aumento dei clienti/pazienti che partecipano con la metodologia della conoscenza oggettivabile all'appropriata ottimalità delle prestazioni sanitarie erogate. Questo avverrà attraverso la diffusione via informatica (attraverso il sito istituzionale dell'ASP di Catanzaro), tramite i mass-media e con conferenze-congressi. Il target dei potenziali clienti interni/esterni si aggira sulle 50.000 unità. Dal nostro progetto ci aspettiamo sia un aumento di pazienti che si rivolgono ai nostri servizi che hanno ottenuto punti di ottimalità alti (> 7% rispetto all'anno di riferimento 2008) che una diminuzione di quelli insoddisfatti (< 3% rispetto alle lamentele ed disfunzioni segnalate pervenute all'URP o segnalate attraverso il questionario di cui alla FASE 1). Dai clienti interni (dipendenti dell'ASP, MMG, specialisti a contratto) ci aspettiamo una risposta positiva indotta dalla metodologia oggettiva proposta. In questo caso gli indicatori di soddisfazione del cliente interno sarà > 10% di quello misurato allo start della nuova metodologia dell'ottimalità (la rilevazione avverrà attraverso la somministrazione del questionario previsto nella FASE 1). Analogamente contiamo di contenere gli insoddisfatti intorno al 2%.

La riduzione dei costi la si ottiene attraverso una corretta riprogrammazione delle prestazioni sanitarie che si allontanano dal punto di ottimalità. In questo contesto tutte le prestazioni che presenteranno un alto costo unitario di prodotto ed un punto di ottimalità lontano da quello proprio della prestazione, con la nostra metodologia oggettiva verranno riportati all'interno dell'ottimalità cercando di abbattere i costi di funzionamento, attraverso la percentuale normalizzata, al di sotto del 15% del costo prima dell'intervento di verifica dell'ottimalità.

In definitiva la nostra metodologia progettuale garantirà per i tre livelli essenziali ed appropriati di assistenza l'ottimale utilizzo delle risorse investite in funzione del miglior livello qualitativo di erogazione. Con questa conoscenza la direzione generale dell'azienda sanitaria potrà in "corsa" mutare obiettivi ed allocazione delle risorse nella chiara consapevolezza di utilizzo ottimale delle stesse.

5.2. Sviluppare ed erogare servizi e prodotti orientati al cittadino/cliente

La sanità non è una scienza esatta, purtroppo errori, sottovalutazioni o problemi congeniti, fanno da corollario alla soddisfazione del bisogno di salute del cittadino/cliente.

La nostra azienda si muove secondo degli schemi dettati dai PSN e PSR rispettando i LEA, ovvero: **Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Dipartimento di Prevenzione), articolata nei sottolivelli:**

- profilassi delle malattie infettive
- tutela dei rischi connessi all'ambiente
- tutela dei rischi vita e lavoro
- sanità pubblica e veterinaria
- tutela igienico sanitaria degli alimenti

Assistenza distrettuale (Distretti, Dipartimento di Salute Mentale), articolata nei sottolivelli:

- assistenza sanitaria di base
- assistenza farmaceutica
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza territoriale e semiresidenziale
- assistenza residenziale sanitaria

Assistenza Ospedaliera (Ospedali a gestione diretta, Case di Cura Private, Aziende Ospedaliere Pubbliche), articolata nei sottolivelli

- assistenza per acuti, DH e DS
- assistenza post acuzie

Nell'ASP di Catanzaro è attivo un meccanismo di ascolto e trattamento dei dati e suggerimenti provenienti dai cittadini/utenti, definito nel "Regolamento di Pubblica Tutela" che ha l'obiettivo di trattare, elaborare e migliorare le segnalazioni ed ogni tipo di comunicazione del pubblico presentata all'azienda dal cittadino che ha come oggetto il servizio reso.

Con la segnalazione si portano all'attenzione dei responsabili: disfunzioni, problemi nell'erogazione delle prestazioni, questioni che riguardano l'accesso ai servizi, violazioni dei diritti dei cittadini, ma anche proposte di miglioramento o indicazioni di soddisfazione. La segnalazione può assumere, pertanto, il valore di osservazione, protesta, denuncia, reclamo, memoria, documento, di encomio e di proposta migliorativa di un servizio/erogazione.

La segnalazione dell'utente è risorsa preziosa per lo studio del miglioramento continuo della qualità pertanto l'azienda la favorisce e la incoraggiata con ogni mezzo e (per regolamento) tutti i servizi aziendali sono tenuti a collaborare per la ricerca e la messa a punto delle soluzioni e delle strategie di miglioramento derivanti.

I rapporti delle segnalazioni validi per l'analisi e la verifica della qualità percepita dagli utenti troveranno opportuna discussione in riunioni del management aziendale previste dalle procedure di verifica della comunicazione interna, in "riunioni pubbliche con la partecipazione di utenti di una determinata zona o di una determinata unità di erogazione del servizio" e nella "Conferenza dei

Servizi” indetta annualmente o periodicamente in base a opportune valutazioni aziendali per la consultazione con i cittadini , entro cui troverà spazio di socializzazione e valutazione ogni indagine di soddisfazione od iniziative di miglioramento curate e promosse dall’ URP o dai servizi lungo l’erogazione delle loro prestazioni.

L’Azienda incontra periodicamente il MFD Tribunale per i diritti del malato e quando questo ne fa richiesta per rilevare ogni altra segnalazione che l’Associazione di tutela ritenga necessario evidenziare al Direttore Generale in rapporto a quanto osservato lungo appositi monitoraggi od attraverso le indicazioni degli utenti.

Capitolo a parte merita il progetto avviato di relazione cittadino con il Dipartimento di Prevenzione denominato PREC@L. Con l’obiettivo di snellire e velocizzare il coordinamento delle attività svolte dagli operatori adibiti al Dipartimento di Prevenzione e con l’intento di migliorare lo scambio di informazioni con i cittadini, l’azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, a partire dal 2005, ha proceduto a una riorganizzazione complessiva dei propri sistemi informativi, che, dopo l’avvio di una procedura informatica basata sull’infrastruttura client-server, ha portato, nel corso del biennio 2009/2010, alla realizzazione e alla messa in opera del progetto PREC@L.

Nello specifico, si tratta di un servizio basato su tecnologia Web oriented che crea un punto di accesso unificato alle informazioni relative ai lavori di profilassi delle malattie infettive e di tutela igienico attraverso lo Sportello Unico della Prevenzione e aperto agli operatori stessi del Dipartimento, agli addetti delle altre strutture che compongono la Azienda sanitaria provinciale, alle imprese e ai cittadini.

Lo Sportello Unico della Prevenzione, infatti, si compone di tre parti: una Intranet, che permette agli altri dipartimenti della ASP di Catanzaro e agli eventuali enti comunali, provinciali e regionali coinvolti nelle operazioni di prevenzione sul territorio di entrare in contatto e di interoperare; una Extranet, che, previa abilitazione tramite password, fornisce a operatori specializzati o a cittadini che ne fanno richiesta informazioni specifiche e puntuali relative ai progetti e alle attività svolte dal Dipartimento; un sito Internet, in cui sono visibili e consultabili tutti i servizi ad accesso libero. L’implementazione del servizio web è avvenuta grazie alla collaborazione un partner esterno, che si occupa sia dello sviluppo software sia della gestione e dell’hosting del sistema informativo.

Il nuovo sistema informativo sta migliorato l’efficienza e la rapidità degli interventi eseguiti dal Dipartimento, in particolare grazie alla possibilità, per gli operatori sanitari in mobilità sul territorio, di interagire in tempo reale con l’Azienda sanitaria provinciale. Inoltre, l’integrazione tra i sistemi informativi dei dipartimenti e delle amministrazioni pubbliche locali contempla anche funzionalità di elaborazione e analisi delle informazioni presenti nei database in ottica di Business intelligence, oltre alla tracciabilità documentale prevista dalla normativa.

Integrazione Socio-Sanitaria

L’integrazione sociosanitaria deve essere garantita, ai sensi dell’art. 3septies del Dlgs n. 502/92 e s.m.i., in ogni Distretto, la cui esatta definizione deve perciò intendersi “Distretto sociosanitario” (DSS), coincidendo peraltro territorialmente gli ambiti operativi con quelli di competenza degli Enti Locali, ai sensi dell’art. 9 della L.R. n. 23/2004. A tal fine è istituita in ogni Distretto la U.O. Servizi Sociali. Le prestazioni sociosanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute e della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono :

- 1) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (attività finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite). Sono garantite dall’Azienda nei Distretti.
- 2) le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dall’art.2 DPCM del 14.02-01 e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza. Sono assicurate dall’Azienda nei Distretti, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai Piani Nazionale e

Regionale, nonché dai Progetti Obiettivo di livello nazionale e regionale. Sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie degenerative. Possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o in strutture residenziali o semiresidenziali.

- 3) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (prestazioni del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute). Sono di stretta competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento. Nei casi previsti dal comma 3 dell'art.3, comma 2, del decreto legislativo di riordino, l'Azienda potrà assumere la gestione di attività o servizi su delega degli Enti Locali, con oneri a carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione.

L'integrazione sociosanitaria di livello gestionale e professionale, è assicurata direttamente in ambito aziendale dal Direttore di Distretto. L'integrazione di livello istituzionale, invece, è garantita unitariamente dall'Azienda (per il tramite dei Direttori di Distretto) e dagli Enti Locali (per il tramite del Comitato dei Sindaci di Distretto), negli ambiti distrettuali già definiti sotto l'aspetto territoriale ed intesi quali "centro di riferimento sanitario" delle rispettive comunità locali. La garanzia di unitarietà del percorso decisionale è assicurata, su base programmatica, attraverso il Programma delle Attività Territoriali (PAT), che costituisce sintesi delle strategie gestionali messe a punto dall'Azienda per il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari delle popolazioni afferenti ad ogni singolo Distretto, ed il Piano di Zona, che costituisce sintesi degli intenti programmatici istituzionali per la realizzazione di un sistema integrato di gestione dei servizi sociali. I due strumenti programmatici (PAT – Piano di Zona) esprimono i contenuti dell'Accordo di Programma, stipulato ai sensi di legge tra i soggetti istituzionalmente e territorialmente competenti, che individua le modalità di realizzazione e le relative responsabilità per il conseguimento degli obiettivi fissati, in termini di promozione e tutela della salute dei soggetti (persone e famiglie) nella comunità locale.

5.3. Innovare i processi coinvolgendo i cittadini/clienti.

Gli utenti dell'ASP di Catanzaro, continuano ad indicare la percezione della qualità e l'innovazione introdotta sia nella semplificazione che nella fruibilità dei processi, attraverso l'invio di reclami, segnalazioni ed elogi. Cresce l'aspettativa negli stakeholder di possibili miglioramenti sollecitati con i reclami.

L'atteggiamento di critica costruttiva è presente nella generalità dei casi, c'è manifestamente intenzione da parte dei cittadini a partecipazione al cambiamento della sanità anche e soprattutto a vantaggio di altri cittadini meno consapevoli ed informati, perché non debbano vivere analoghi disagi.

Si ascolta e si raccoglie lo sgomento e la paura dei cittadini che i servizi sanitari nel dell'ASP di Catanzaro possano subire una battuta di arresto a causa del Piano di Rientro Sanitario a cui è sottoposta la Calabria.

Resta in molti utenti la tendenza a richiedere l'ascolto dell'URP ed un possibile aiuto sui problemi riscontrati ma senza formalizzare il problema per atteggiamenti di chiusura o timore.

L'ascolto attento e l'esito positivo favorisce la fidelizzazione degli utenti ma a garanzia dei diritti dei cittadini e dell'efficienza del sistema sanitario si attendono decisioni risolutive per il potenziamento del personale sanitario ed amministrativo nonché l'acquisto delle apparecchiature carenti, o l'integrazione di servizi carenti.

Nel corso del 2010 abbiamo applicato il modello CAF al Progetto del Piano di Miglioramento basato sull'Ottimalità di erogazione del processo produttivo.

Il modello CAF si presta bene alla nuova logica di gestione delle aziende sanitarie, in quanto ripone al suo interno il principio generale della corretta gestione dell'informazione complessiva al fine di

ripensare alla TQM nell'erogazione dei servizi. Infatti non serve solo avere la "coscienza" di situazioni all'interno dell'azienda ma occorre avere la "conoscenza oggettivabile" di situazioni aziendali. Questo lo si ottiene tramite una diffusione della cultura di qualità attraverso una misura con le metriche CAF, attraverso un flusso dinamico di autovalutazione in continua provenienza dalle informazioni delle varie strutture e sottostrutture aziendali e gestirlo in modo automatizzato per poter misurare, correlare e controllare fenomeni all'interno di una stessa tipologia d'insieme o tra insiemi differenti. Il ritorno e l'utilizzo di queste informazioni, consente al top management ed al management intermedio di avere il "polso" della situazione dell'azienda o della U.O./servizio. Soltanto così si potrà tamponare situazioni a rischio e nello stesso tempo promuovere iniziative atte ad avere ricadute aziendali positive. Questa è stata la leva che ha fortemente motivato il Servizio Informativo Aziendale a cimentarsi nell'applicazione del processo di autovalutazione CAF.

Per raggiungere quest'obiettivo, come dirigente del servizio informativo Aziendale ho iniziato a studiare già dal 2005 la TQM ed i piccoli risultati li ho condivisi con i miei collaboratori. Purtroppo i continui cambiamenti di vertice (un direttore generale cambiato in media ogni 9 mesi) nella nostra azienda, non hanno consentito una diffusa condivisione della metodica della qualità. Nel corso del 2009 la partecipazione al concorso Premiamo i Risultati, mi ha stimolato all'applicazione del Common Assessment Framework come strumento di misura della Qualità all'interno del PdM della teoria dell'ottimalità prestazionale.

L'applicazione dell'autovalutazione è stata fatta nel corso del 2010, non senza alcuni problemi, sfruttando l'occasione della partecipazione dell'azienda al Concorso Premio Qualità PA, in tal modo con la condivisione dell'attuale direttore generale, si è proceduto ad applicare l'autovalutazione con la metodologia CAF ad una parte significativa di servizi erogati dalla nostra azienda.

E' del tutto evidente che questi ultimi elementi di criticità, emersi dall'autovalutazione CAF, sono ancor più difficile superamento in un ambiente, come quello dell'azienda sanitaria, affetto da formalismi, rigidità, lentezza se non difficoltà di risposta decisionale (media di permanenza di un Direttore Generale nell'ASP di Catanzaro 9 mesi).

Per completare l'analisi degli elementi di criticità dell'ASP di Catanzaro (ed in generale del SSN) va, infine, rilevato che la stessa struttura istituzionale dell'azienda, fondamentale connotata, come prima esposto da un principio di decentramento decisionale, di partecipazione democratica, di concorrenza tra diversi livelli di autonomia, da una dialettica sindacale articolata, rappresenta di per sé un elemento di complessità che se non ben governato determina ulteriori inefficienze ed incapacità di risposta alla domanda di servizi e qualità degli stessi; al contrario, se opportunamente governato, tale fattore può rappresentare una ricchezza in quanto preziosa risorsa nella gestione razionale del Sistema inteso come articolazione democratica della Società.

Tali problematiche - tutte attinenti l'equilibrio ottimale tra efficienza organizzativa (riduzione dei costi), efficacia dei servizi erogati (capacità di prevenzione delle patologie e cura delle stesse) e qualità percepita dai cittadini (soddisfazione dell'utente) - sono affrontate nel piano di miglioramento derivante dalla metodologia dell'autovalutazione CAF e ciò ha permesso di esplicitare i punti di forza dell'ASP di Catanzaro che sono così riassunte:

1. la valorizzazione del capitale umano presente nel SSR, e nelle istituzioni correlate;
2. il governo della struttura di erogazione dei servizi attraverso la condivisione tra tutti gli stakeholder di obiettivi, procedure e risultati (governo dei L.E.A.);
3. la valorizzazione della partecipazione dell'utente/assistito e delle componenti sociali come risorsa utile ad introdurre maggiore efficienza nel sistema;
4. la collaborazione e cooperazione tra operatori del sistema sanitario come strumento in grado di assicurare più elevati livelli di efficacia e di efficienza.

L'attuazione concreta di tali obiettivi è stata resa possibile attraverso l'infrastruttura ed i servizi forniti dal Servizio Informativo Aziendale, in grado di favorire, gestire e governare la formazione di una Comunità Virtuale tra gli operatori e tra le utenze della ASP.

Com'è noto le Comunità Virtuali, secondo le più recenti impostazioni metodologiche, consistono in un insieme di regole, di metodologie e di tecnologie che determinano un ambiente virtuale capace di complementare e valorizzare (mai sostituire in toto) il capitale e le reti sociali (istituzioni, sistemi produttivi, sistemi professionali, soggetti sociali e cittadini-utenti) che influiscono sui flussi espliciti e impliciti di attività e conoscenze.

Tale visione OLISTICA vede l'insieme dei sistemi, dei problemi e delle funzionalità di qualità come un unico organismo. Tale approccio considera la complessità dell'area esaminata, le molteplici interdipendenze tra entità di business coinvolte, gli attori sociali e gli approcci tecnologici con una visione di integralità sostanziale, come un materializzarsi o una *reductio ad unum* dell'insieme di ecosistemi collaborativi.

In relazione a ciò, nella metodologia dell'autovalutazione CAF si è partiti dalla considerazione della struttura oggettiva, complessa e composita della Comunità del Sistema Sanitario che insiste all'interno dell'area dell'ASP di Catanzaro, che annovera componenti aziendali, istituzionali e sociali che influiscono e determinano la gestione, tra cui:

- Enti sovraordinati (Ministero e Regione);
- organi per l'amministrazione e il governo della struttura (Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria, Direzioni U.O., Direzione Dipartimenti; ecc.);
- varie U.O.;
- funzioni professionali interne ed esterne (medici di base, farmacie, strutture convenzionate, ecc.);
- organizzazioni istituzionali di raccordo con il territorio (conferenza dei Sindaci, Comuni e Sindaci come Autorità Sanitaria Locale);
- organizzazioni sociali (sindacati e rappresentanti delle forze produttive, organizzazioni di volontariato, associazioni dei consumatori, ecc.);
- cittadini e rappresentanze degli assistiti (Tribunale del malato, Comitato Consultivo Misto).

A partire da tale contesto, in considerazione della complessa articolazione dell'ASP sul piano funzionale e territoriale, abbiamo inserito il piano di miglioramento della teoria dell'ottimalità. Il progetto di autovalutazione intrapreso ha l'obiettivo di gestire i rivenienti della creazione di una comunità virtuale tra operatori sanitari, e tra queste e le espressioni sociali e le utenze, la cui costituzione, gestione e sviluppo sarà facilitata dalla realizzazione di una infrastruttura ICT (Information Communication Technology) a supporto dei servizi di prevenzione, di assistenza di base, specialistica, farmaceutica e altre prestazioni nell'ambito dei servizi territoriali erogati dalla ASP stessa, che sia è in grado di assicurare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- il miglioramento dei servizi;
- il contenimento della spesa farmaceutica ed il controllo sulla stessa;
- la riduzione dei tempi d'attesa per le prenotazioni delle prestazioni specialistiche e diagnostiche strumentali;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e convenzionate agli assistiti e del grado di soddisfazione degli stessi (rispetto ai servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, anche attraverso l'introduzione di forme innovative di gestione del rapporto struttura sanitaria/assistiti);
- la fornitura agli operatori sanitari di strumenti in grado di facilitare la propria attività professionale e di promuovere la crescita professionale attraverso lo scambio e l'arricchimento delle conoscenze;
- formazione;
- l'integrazione delle attività svolte dalle strutture sanitarie pubbliche e convenzionate con il lavoro svolto dall'organizzazioni di volontariato e di cooperazione e controllo sociale, allo scopo di valorizzarne i risultati, promuovendo sinergie e forme di cooperazione e collaborazione integrata.

L'Azienda, in armonia con i principi di trasparenza e di partecipazione, con l'introduzione e diffusività dell'autovalutazione CAF ha attivato ed implementerà un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra organizzazione erogatore di servizi e l'utenza.

La funzione della partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di anche attraverso le seguenti modalità:

- predisposizione di progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- rilevazione del gradimento dei processi erogativi, da parte dell'utenza feritrice della prestazione sanitaria.

L'Azienda, ha provveduto a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi. La rilevazione del gradimento e della qualità, misurata sulla base degli standards indicati dalle normative nazionali vigenti ed in armonia con altre fonti significative (leggi regionali sui diritti dei cittadini, Carte dei diritti del cittadino malato, ecc.) prendere in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale e il comfort offerto. Il controllo di qualità, con la misura dell'ottimalità prestazionale, inoltre, dovrà essere effettuato sia in fase di prenotazione ed erogazione della prestazione, sia a prestazione avvenuta, avendo cura di considerare i punti di vista espressi dai vari soggetti interessati (cittadini e personale). La qualità del servizio erogato è stata, altresì, essere valutata, oltre che attraverso i classici strumenti di rilevazione (griglie e questionari), anche mediante il monitoraggio e secondo il metodo dell'analisi dei dati e dei fatti osservati, documentati o riferiti.

Infine l'assistenza (domiciliare semplice, domiciliare integrata, in casa protetta, in RSA, ecc.) rappresenta il "prodotto" a più alta interazione con i cittadini/clienti.

Il bisogno di assistenza viene rilevato dal medico di medicina generale, dall'ospedale al momento della dimissione, ma anche dalla famiglia o dall'assistente sociale, convenientemente informato.

Il bisogno, individuato, si formalizza in una richiesta di assistenza. Per comodità dell'utenza, si ritiene che la richiesta debba essere formulata ad un unico soggetto interlocutore: il Distretto Sanitario.

Allo scopo il Distretto Sanitario ha allestito uno sportello di accoglienza delle istanze di assistenza. Il personale front line, dopo una prima disamina della richiesta, trasferisce immediatamente la stessa ad un unico Dirigente Medico afferente al Distretto Sanitario. Il Dirigente medico preposto valuta se la domanda presenta connotato di urgenza o meno, se sono richieste cure domiciliari o ricovero in RSA, ed attiva le relative procedure.

PROGETTO TRIENNALE DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE CHIAVE

I risultati esterni: output e outcome riferiti agli obiettivi.

Nell'ASP di Catanzaro attiveremo tre sistemi di monitoraggio per verificare se l'azione erogativa, svolta dalle U.O./servizi, soddisfa il bisogno di salute del cliente utente, che sono:

- 1) **verifica** del raggiungimento degli obiettivi consegnati dalla direzione strategica alla macroarticolazione (confrontandolo negli anni);
- 2) **misura** dei singoli prodotti delle U.O./servizi in termini quantitativi (confronto negli anni);
- 3) **applicazione** della teoria dell'ottimalità prestazionale per verificare se il singolo servizio prodotto nella U.O./servizio è improntato a criteri di efficienza, economicità, appropriatezza e qualità.

Il trattamento di questa mole di dati avviene all'interno del Servizio Informativo Aziendale, che interfaccia le varie banche dati aziendali ed i dati provenienti dalle U.O./servizi.

Obiettivi

L'obiettivo si intende stato raggiunto quando la percentuale di realizzazione supera l'80%.

Abbiamo diviso gli obiettivi del PAL annuale in sei macroaggregati per tema trattato.

Aggregati per tema	2007			2008			2009		
	Nr. Obiettivi Assegn.	Nr. Obiettivi Raggiunti	% Obiettivi realizzati	Nr. Obiettivi Assegn.	Nr. Obiettivi Raggiunti	% Obiettivi realizzati	Nr. Obiettivi Assegn.	Nr. Obiettivi Raggiunti	% Obiettivi realizzati
Programmazione Sanitaria	21	13	71,4%	14	12	85,7%	10	5	50,0%
Gestionali e Funzionali	10	7	70,0%	20	12	60,0%	14	8	57,1%
Erogativi	14	12	85,7%	17	13	76,5%	12	11	91,7%
Organizzazione	7	6	85,7%	4	3	75,0%	10	6	60,0%
Economico Finanziari	5	3	60,0%	3	1	33,3%	12	5	41,7%
Integrazione Socio Sanitaria	6	4	66,7%	3	3	100,0%	1	0	0,0%

Nell'anno 2009 l'azienda ha puntato maggiormente sugli obiettivi Economico Finanziari, questo è dovuto al piano di rientro dal deficit sanitario che la Regione Calabria ha varato. Pertanto l'obiettivo generale del contenimento dei costi è stato disarticolato nella nostra azienda in 12 obiettivi. Il basso grado di raggiungimento 41,7% indica una difficoltà nell'attuare, all'interno delle macroarticolazioni, meccanismi di contenimento dei costi.

Misura Prodotti U.O./Servizi

Ogni singola U.O./servizio rappresenta una struttura che eroga prodotti sanitari ed amministrativi. Attualmente abbiamo in "anagrafe" 5.788 prodotti. La misura di questi prodotti la si fa ad inizio anno, a sei mesi ed ha consuntivo. La conoscenza dell'andamento per LEA dei prodotti erogati agli stakeholder è un indicatore di efficacia (con un occhio ai costi) fondamentale per far capire alla direzione strategica "cosa" sta facendo l'azienda nell'ambito di erogazione prestazionale.

Alleghiamo un tabella riassuntiva dei prodotti divisi per i tre LEA, ed aggiungiamo i prodotti amministrativi che vengono erogati, non solo nei servizi amministrativi dell'azienda, ma anche nelle U.O./servizi (ed es. certificati, copie cartelle cliniche, ticket, prenotazioni, etc.)

	Nr. Prodotti
Prevenzione	1613
Distrettuale	2356
Ospedaliero	1085
Amministrativo	734
Totali	5788

Teoria dell'ottimalità prestazionale

In generale, il valore dei beni o dei servizi che risultano da un processo produttivo deve essere superiore alla somma dei valori dei fattori produttivi impiegati (costi) per la loro realizzazione. Nella caso di erogazioni di servizi sanitari, le tariffe vengono imposti dal Servizio Sanitario Regionale pertanto per bilanciare costi-ricavi è necessario rendere il sistema di produzione economicamente sostenibile.

Nella nostra azienda abbiamo impostato una teoria basata sull'ottimalità prestazionale ottenuta dalla minimizzazione dei costi e la massimizzazione dei risultati in termini qualitativi.

Il nostro progetto è stato premiato con la Menzione nell'ambito del concorso "Premiamo i Risultati", del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione.

Analizziamo il costo e la produttività, introducendo due funzioni nelle quali la variabile indipendente x indichi il numero di prodotti, mentre le costanti sono valori di costo o ricavo. La teoria che svilupperemo terrà conto dell'efficienza e dell'efficacia per definire le funzioni costo e di produttività.

FUNZIONE DI COSTO

Nella definizione di una funzione che sia soddisfatta del costo sostenuto per una linea di attività si deve tenere conto dei costi fissi + costo delle attrezzature, del costo del personale, del costo delle attrezzature, del costo di produzione + costo energetico, costo di ammortamento + costo di manutenzione. Indicando con:

a = costi fissi + costo delle attrezzature

b = costi del personale

c = costo di produzione + costo energetico

d = costo d'ammortamento + costo di manutenzione

La funzione di costo è:

$$c(x) = a + \frac{b}{x} - cx^2 + dx$$

Come si può vedere la funzione ha un termine costante a ovvero la somma dei costi fissi più il costo delle attrezzature che indipendentemente dai prodotti x rimangono costanti. Il termine di costo del personale viene diviso per i prodotti questo termine diviene piccolo al crescere dei prodotti, ottimizzazione del personale. Il termine di costo di produzione più costo energetico diviene negativo e viene moltiplicato per il quadrato dei prodotti questo permetterà di ridurre i costi del termine a e quelli del termine d (costo d'ammortamento + costo energetico moltiplicato il numero di prodotti).

Questa da un punto di vista matematico rappresenta una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla minimizzazione della funzione di costo nelle U.O./servizi dell'azienda che erogano prestazioni sanitarie.

La derivata prima della funzione di costo è:

$$c'(x) = -\frac{b}{x^2} - 2cx + d$$

per $c'(x) = 0$ vi è un punto di massimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse. L'asintoto verticale è $x=0$.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

- 1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$, nella funzione di costo diventa predominante il costo del personale, in teoria tende all'infinito;
- 2) nel minimizzare i costi si deve avere la $c(x) \rightarrow 0$ (equilibrio dei costi) questo si traduce nel risolvere un'equazione di terzo grado ovvero:

$$cx^3 - dx^2 - ax - b = 0$$

la soluzione di quest'equazione è di tipo grafico a seconda dei parametri di costo associati.

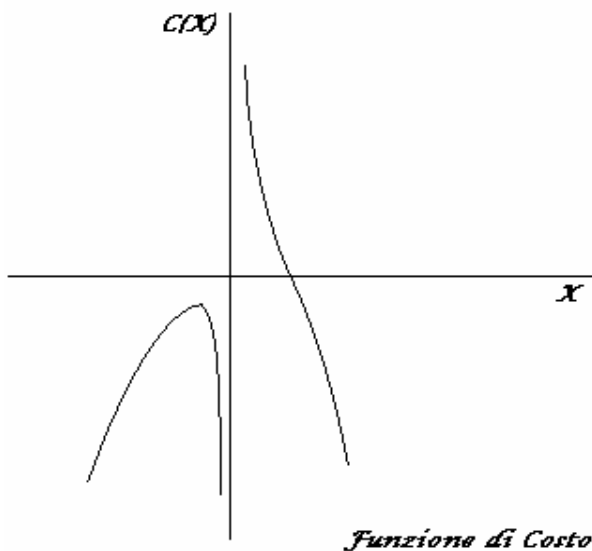
Nell'ipotesi che:

$$d = a$$

$$b = c = n \cdot a$$

ovvero il costo d'ammortamento + costo di manutenzione è uguale ai costi fissi, mentre il costo del personale ed il costo di produzione + costo energetico è uguale ad n -volte a , si verifica che la curva di costo $c(x)$ tenderà a zero (equilibrio) per valori di produzione piccoli al limite nulli per $n \rightarrow \infty$.

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software sviluppato nel SIA. Questo software ci permette di visualizzare graficamente l'andamento della funzione di costo $c(x)$ oltre a calcolare i valori x di produzione che rendono nulli la $c(x)$. Il grafico della funzione è:



FUNZIONE DI PRODUTTIVITA'

La definizione di una funzione di produttività oltre a tenere in considerazione alcuni parametri descritti precedentemente, deve essere comprensiva di fattori qualità e ricavo. Un primo fattore è la produttività media che è rapporto tra il risultato dell'attività economica ed i mezzi impiegati. Il secondo fattore è la bontà dell'esame intesa come rapporto tra la differenza di successi ed insuccessi sul numero totale delle prestazioni. Il terzo fattore è la difficoltà dell'esame o della prestazione che è il rapporto tra il numero di pazienti che hanno concluso l'esame o la prestazione meno il numero di pazienti che non hanno concluso l'esame o la prestazione, sul numero totale dei pazienti trattati. Infine vi è il ricavo dell'esame a costi tariffati. I parametri sono:

a_1 = (risultato dell'attività economica/mezzi impiegati)

b_1 = (successi-insuccessi)/totale prestazioni

c_1 = (Nr. pazienti a conclusione-Nr. pazienti senza conclusione)/Totale pazienti

d_1 = Ricavo della prestazione

La funzione di produttività può così essere scritta:

$$p(x) = a_1 x^2 + b_1 x - c_1/x + d_1 x$$

Questa curva presenta un asintoto verticale per $x=0$

Anche questa da un punto di vista matematico è una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla massimizzazione della funzione di produttività nelle U.O./servizi delle aziende che erogano sanità.

La derivata prima della funzione di produttività è:

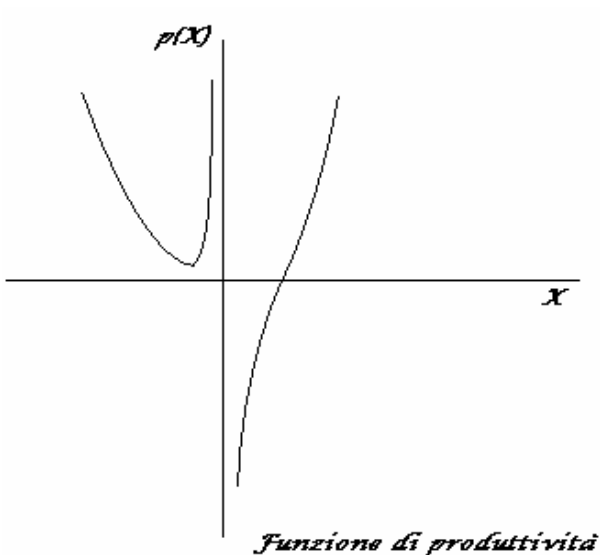
$$p'(x) = 2a_1 x + b_1 + (c_1/x^2) + d_1$$

per $p'(x) = 0$ vi è un punto di minimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

- 1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$ nella funzione di produttività diventa predominante la difficoltà dell'esame, in teoria tende all'infinito. Questo è ragionevole tanto più è difficile l'esame tanto maggiore saranno, al diminuire delle prestazioni effettuate, il numero di prestazioni non completate (ovvero equipe poco preparata);
- 2) nel massimizzare la funzione di produttività si deve avere la $p(x) \rightarrow \infty$ (aumento esponenziale della produttività) questo si traduce nell'aumentare il numero di prodotti x ma non portando gli stessi ∞

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software allegato al presente lavoro che ci permette di visualizzare graficamente l'andamento di $p(x)$.



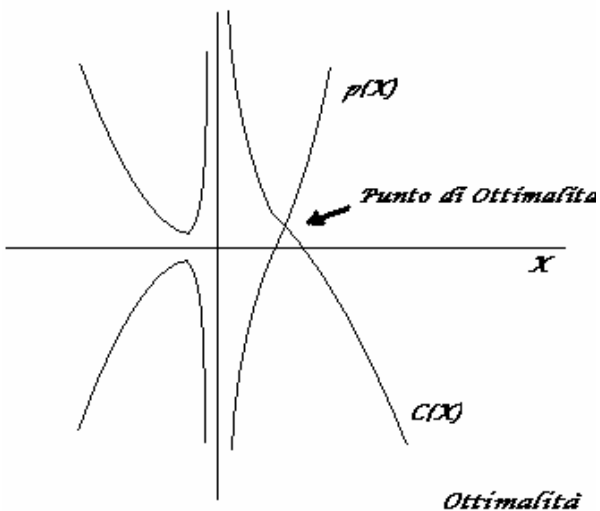
TEORIA DELL'OTTIMALITA'

A questo punto sorge spontanea una domanda: Qual è il punto x nel cui intorno abbiamo una minimizzazione dei costi ed una massimizzazione dei prodotti ?

Questo punto è dato dall'intersezione delle curve $c(x)$ e $p(x)$ in altri termini si tratta di risolvere il sistema:

$$\begin{cases} c(x) = a + \frac{b}{x} - cx^2 + dx \\ p(x) = a_1x^2 + b_1x - \frac{c_1}{x} + d_1x \end{cases}$$

La soluzione matematica è molto complessa la teoria ci dice che vi sono due soluzioni reali una per valori negativi di x , priva di significato nella nostra trattazione, ed una per valori positivi di x . La soluzione numerica è quella perseguibile in funzione dei parametri dati alle due funzioni.



Il valore di x viene calcolato attraverso la minimizzazione della funzione di costo e la massimizzazione della funzione di produttività attraverso il metodo della soluzione di equazioni di terzo grado, relative alle due funzioni derivate prime:

$$c'(x) = -\frac{b}{x^2} - 2cx + d$$

$$p'(x) = 2a_1x + b_1 + \frac{c_1}{x^2} + d_1$$

uguagliando a zero si ha:

$$\frac{b}{x^2} - 2cx + d = 0$$

$$2a_1x + b_1 + \frac{c_1}{x^2} + d_1 = 0$$

riconducibile all'equazione di terzo grado le cui soluzioni sino date da:

$$x = y - \frac{a}{3}$$

$$y = \sqrt[3]{-\frac{q}{2} + \sqrt{\frac{q^2}{4} + \frac{p^3}{27}}} + \sqrt[3]{-\frac{q}{2} - \sqrt{\frac{q^2}{4} + \frac{p^3}{27}}}$$

$$\begin{cases} p = -\frac{a^2}{3} + b \\ q = \frac{2a^3}{27} - \frac{a \times b}{3} + c \end{cases}$$

I dati risultanti permetteranno alla Direzione Strategica di conoscere le prestazioni erogate nelle U.O./servizi che si allontanano dal punto di ottimalità, ciò permetterà stabilire una loro riprogrammazione e riorganizzazione. Questo modo di procedere sicuramente premiante per le U.O./servizi che erogano prestazioni ottimali, diventa spunto per ripensare e riorganizzare gli interventi nelle U.O./servizi che erogano prestazioni di performance lontani dal punto di ottimalità.

CONCLUSIONI

L'applicazione del modello CAF alla valutazione delle PERFORMANCE delle U.O./servizi della nostra azienda, permette di conoscere meglio i punti di forza e di debolezza dell'ASP di Catanzaro. Terremo ben presente il dettato dell'OMS che sottolinea l'influenza del comportamento di ciascuno di noi sulle condizioni della salute non solo del singolo ma anche quella dell'intera popolazione. Soprattutto nei paesi ad elevato livello di sviluppo economico, ove l'accentuato tasso di invecchiamento si accompagna a una pronunciata prevalenza delle malattie cronico-degenerative, la salute, e più in particolare la qualità della vita della popolazione, dipende sempre meno dalla funzionalità dei sistemi sanitari e sempre più da fattori a questi esterni, quali fattori ambientali (la stessa sopravvivenza dell'intera umanità dipende dalla nostra capacità di controllare i processi di inquinamento tutt'ora in atto dell'atmosfera, delle acque, del suolo) e comportamentali. Il nuovo PSN rilancia la salute come un bene, anzi come un capitale che ognuno di noi deve conservare o ancora meglio potenziare, tramite "opportuni investimenti". Sulla base di queste considerazioni il Ministero della Salute ritiene che alla tutela e alla promozione della salute siano chiamate a collaborare attivamente varie branche della Pubblica Amministrazione. Da una parte, dunque, si punta su una responsabilizzazione dei cittadini, personale, diretta e consapevole, nei riguardi del loro benessere fisico, psichico e sociale, e dall'altra, alla valorizzazione delle competenze, della qualità e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori del SSN. Questi ultimi, infatti, rappresentano lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini attraverso l'umanizzazione del rapporto medico/paziente, e più in generale la graduale eliminazione del "rapporto di agenzia".