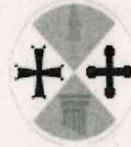




**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO**  
**"Bianchi Melacrino Morelli"**  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 68 DEL 31/01/2025**

Deliberazione adottata dal Commissario Straordinario, ai sensi dell'art. 2, comma 1, del decreto legge n. 150 del 10.11.2020, convertito con modificazioni dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181 e successive modifiche ed integrazioni e dei decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario della Regione Calabria, n. 57 del 17.5.2022, n. 4 del 5.1.2023, n. 193 del 10.7.2023, n. 25 del 29.1.2024 e n. 434 del 31.12.2024.

**Oggetto: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027.**

**STAFF DIREZIONE GENERALE**

Il Direttore f.f. dell'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali, in conformità degli obiettivi assegnati, propone al Direttore Sanitario Aziendale f.f. l'adozione del presente atto.

Il Responsabile del Procedimento  
(Dott.ssa Alessia Borrello)

*Alessia Borrello*

Il Dirigente  
(Ing. Antonio Fazzello)

*Antonio Fazzello*

Il Direttore f.f. U.O.C.  
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.  
(Dr.ssa Giuseppina Albanese)

*Giuseppina Albanese*

Il Coordinatore  
Staff Direzione Generale

**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**

Il Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, vista la proposta di deliberazione come sopra formulata, attesta che il presente atto non comporta costi o spese per l'Azienda.

Il Responsabile del Procedimento

*Francesco Araniti*

Il Direttore U.O.C.  
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie  
(Dott. Francesco Araniti)

*Francesco Araniti*

**PARERE**

**FAVOREVOLE**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE F.F.  
(Dott. Francesco Araniti)

*Francesco Araniti*

**FAVOREVOLE**

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE F.F.  
(Dr. Salvatore Maria Costarella)

*Salvatore Maria Costarella*

## IL DIRETTORE F.F. DELLA U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE E S.I.A.

### Richiamati:

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- la legge regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 "Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nei decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";
- la legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- il decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni";
- il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche";
- il decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le "Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale";
- il decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 57 del 26 febbraio 2020 "Approvazione Programma Operativo 2019-2021 predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.";
- il decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 162 del 18 novembre 2022, recante "Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.";
- il decreto legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 "Valutazione della performance dei dipendenti pubblici - Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015";
- il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia";
- il decreto legge 30 dicembre 2021 n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" ("Decreto Milleproroghe"), convertito con modificazioni dalla legge n. 15 del 25 febbraio 2022;
- il decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)";
- il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 recante il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione";
- il decreto 30 giugno 2022, n. 132 recante il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione";
- la nota circolare n. 2/2022 dell'11.10.2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica contenente indicazioni operative in materia di P.I.A.O., di cui all'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80;
- le delibere della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) in particolare in materia di misurazione e valutazione della Performance;

- i vigenti CC.NN.LL. del Comparto Sanità, della Dirigenza Area Sanità e della Dirigenza Area Funzioni Locali;
- la delibera del Commissario Straordinario n. 48 del 31 gennaio 2024 di adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026";

**Ritenuto:**

- di dover procedere alla formale adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027", allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

**Valutato:**

- che in applicazione dell'art. 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, il P.I.A.O. 2025-2027 dovrà essere pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
- che in attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto 30 giugno 2022, dovrà essere pubblicato sul "Portale P.I.A.O.", raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>, messo a disposizione delle amministrazioni dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- che il presente atto non comporta costi o spese per l'Azienda;

**Precisato** che la documentazione richiamata nella presente deliberazione è agli atti presso l'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale;

**Propone** al Commissario Straordinario l'atto deliberativo come sopra formulato attestandone la piena legittimità, la correttezza formale e sostanziale, nonché la regolarità tecnico - procedurale e la conformità agli obiettivi;

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Vista** la motivata proposta di delibera del Direttore f.f. della U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale riferita all'oggetto;

**Vista** la disposizione di servizio prot. n. 20896 del 19.5.2022 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Sanitario Aziendale f.f. al Dr. Salvatore Maria Costarella;

**Vista** la disposizione di servizio prot. n. 20897 del 19.5.2022 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Amministrativo Aziendale f.f. al Dott. Francesco Araniti;

**Visti** i pareri del Direttore Sanitario Aziendale f.f. e del Direttore Amministrativo Aziendale f.f.;

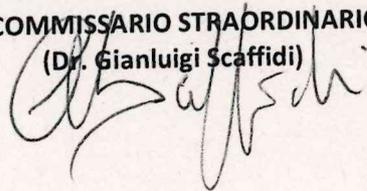
**DELIBERA**

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e trascritti:

- di adottare il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027", allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027", in applicazione dell'art. 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nell'area "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
- di disporre, in attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto 30 giugno 2022, il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027", la pubblicazione sul "Portale PIAO", raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>, messo a disposizione delle amministrazioni dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- di prendere atto che la presente deliberazione non comporta costi o spese per l'Azienda;
- di notificare il presente atto, a cura della U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, al Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione ed al Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(Dr. Gianluigi Scaffidi)

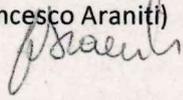


**RELATA DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione con l'indicazione dell'oggetto è stata affissa all'albo pretorio di questo Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria con repertorio n. 23 del 05 FEB 2025 e vi è rimasta per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 05 FEB 2025.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE F.F.  
(Dott. Francesco Araniti)



Trasmessa al Dipartimento Salute e Welfare - Regione Calabria

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

ESECUTIVA il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Reggio Calabria, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

# ***PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.) 2025-2027***

*Art. 6 decreto legge 9 giugno 2021, n. 80. Legge 6 agosto 2021, n. 113.*

## Sommario

INTRODUZIONE .....	3
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA .....	4
1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA .....	4
1.2 DATI STRUTTURALI E DI ATTIVITÀ .....	5
1.3 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI .....	6
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	14
2.1 VALORE PUBBLICO .....	14
2.2 PERFORMANCE .....	36
2.2.1 Gli indicatori di performance .....	37
2.2.2 L'evoluzione dei ricavi e del valore della produzione .....	43
2.2.3 Risorse, Efficienza ed Economicità .....	45
2.2.4 Programmazione delle misure Riforma 1.11 del PNRR "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie" .....	47
2.2.5 Le criticità e le opportunità .....	48
2.2.6 La pianificazione triennale .....	52
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	67
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO .....	103
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	103
3.1.1 Organigramma .....	103
3.1.2 Risorse umane .....	112
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	114
3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile .....	115
3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile .....	116
3.2.3 La misurazione e valutazione della performance .....	119
3.2.4 Gli impatti del lavoro agile .....	121
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	123
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre 2024 .....	123
3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale .....	124
3.3.3 Formazione del personale .....	126
SEZIONE 4. MONITORAGGIO .....	129

## INTRODUZIONE

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

Il P.I.A.O. è pubblicato sul sito internet istituzionale e sul portale dedicato del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Secondo le previsioni normative il Piano deve definire:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all’art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b. la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
  - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
  - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
  - all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e di valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili destinata alle progressioni di carriera;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- e. l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con l’introduzione del Piano, il legislatore ha compiuto la scelta di riformare e semplificare gli atti di programmazione delle Pubbliche Amministrazioni in un documento unico che dovrebbe ricomprendere quelli precedentemente adottati come documenti singoli (Piano della Performance, Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Piano per la Transizione Digitale, ecc.).

## SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

### 1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

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

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

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

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

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

## 1.2 DATI STRUTTURALI E DI ATTIVITÀ

Si riporta di seguito la distribuzione dei posti letto del G.O.M., così come definita con il D.C.A. n. 78 del 26 marzo 2024 di riordino della rete ospedaliera regionale, ed approvata con la delibera del Commissario Straordinario n. 793 del 5 dicembre 2024.

Area	Cod. disciplina	Progressivo disciplina	Subcodice Presidio	Presidio Ospedaliero	Disciplina	Day Hospital	Day Surgery	Degenza ordinaria	Degenza semi-intensiva	Posti Letto totali	Posti letto tecnici
CHIRURGICA	07	01	01	Presidio Riuniti	CARDIOCHIRURGIA	-	-	15	-	15	-
	09	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	-	-	32	-	32	-
	13	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA TORACICA	-	-	10	-	10	-
	14	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA VASCOLARE	-	-	19	-	19	-
	30	01	01	Presidio Riuniti	NEUROCHIRURGIA	-	-	20	-	20	-
	34	01	01	Presidio Riuniti	OCULISTICA	-	2	-	-	2	-
	36	01	01	Presidio Riuniti	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	-	28	-	28	-
	38	01	01	Presidio Riuniti	OTORINOLARINGOIATRIA	-	6	4	-	10	-
	43	01	01	Presidio Riuniti	UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	2	18	-	20	-
	48	01	01	Presidio Riuniti	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	-	2	-	2	-
	98	01	01	Presidio Riuniti	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	-	6	-	-	6	-
	01	01		<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>		-	16	148	-	164	-
EMERGENZA URGENZA	51	01	01	Presidio Riuniti	MEDICINA D'URGENZA	-	-	30	-	30	-
	51	02	01	Presidio Riuniti	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (O.B.I.)	-	-	-	-	-	12
	02	01		<b>TOTALE AREA EMERGENZA-URGENZA</b>		-	-	30	-	30	12
MATERNO INFANTILE	31	01	01	Presidio Riuniti	NIDO	-	-	-	-	-	20
	37	01	01	Presidio Riuniti	OSTETRICA E GINECOLOGIA	-	4	36	-	40	-
	39	01	01	Presidio Riuniti	PEDIATRIA	1	-	19	-	20	-
	62	01	01	Presidio Riuniti	NEONATOLOGIA	1	-	16	-	17	-
	65	01	02	Presidio Morelli	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2	-	4	-	6	-
	73	01	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	-	10	-	10	-
	01	01		<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>		4	4	85	-	93	20
MEDICA	02	01	01	Presidio Riuniti	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	4	-	-	-	4	-
	02	02	02	Presidio Morelli	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	6	-	-	-	6	-
	08	01	01	Presidio Riuniti	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	2	-	22	-	24	-
	18	01	02	Presidio Morelli	EMATOLOGIA	8	-	24	-	32	-
	21	01	02	Presidio Morelli	GERIATRIA	-	-	10	-	10	-
	24	01	01	Presidio Riuniti	MALATTIE INFETTIVE	-	-	14	13	27	-
	26	01	01	Presidio Riuniti	MEDICINA GENERALE	-	-	40	-	40	-
	29	01	01	Presidio Riuniti	NEFROLOGIA	-	-	18	-	18	-
	32	01	01	Presidio Riuniti	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	-	-	20	-	20	-
	40	01	01	Presidio Riuniti	PSICHIATRIA	-	-	8	-	8	-
	54	01	01	Presidio Riuniti	EMODIALISI	-	-	-	-	-	25
	58	01	01	Presidio Riuniti	GASTROENTEROLOGIA	-	-	10	-	10	-
	64	01	02	Presidio Morelli	ONCOLOGIA	8	-	15	-	23	-
	68	01	01	Presidio Riuniti	PNEUMOLOGIA	-	-	13	14	27	-
71	01	02	Presidio Morelli	REUMATOLOGIA	3	-	3	-	6	-	
97	01	01	Presidio Riuniti	DETENUTI	-	-	2	-	2	-	
01	01		<b>TOTALE AREA MEDICA</b>		31	-	199	27	257	25	
POST ACUZIE	56	01	01	Presidio Riuniti	RECUPERO E RIABILITAZIONE	-	-	15	-	15	-
				<b>TOTALE AREA POST ACUZIE</b>		-	-	15	-	15	-
TERAPIE INTENSIVE	49	01	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA	-	-	14	-	14	-
	49	04	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	-	-	10	-	10	-
	49	02	01	Presidio Riuniti	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	-	-	10	-	10	-
	49	03	02	Presidio Morelli	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	2	-	10	-	12	-
	50	01	01	Presidio Riuniti	UNITA' CORONARICA	-	-	15	-	15	-
				<b>TOTALE AREA TERAPIE INTENSIVE</b>		2	-	59	-	61	-
<b>TOTALE POSTI LETTO G.O.M.</b>						<b>37</b>	<b>20</b>	<b>536</b>	<b>27</b>	<b>620</b>	<b>57</b>

**Tabella 1 – Posti Letto G.O.M. definiti dal D.C.A. n. 78/2024.**

Nella tabella successiva si presentano alcuni dati di attività dell'Azienda (dati 2019-2024).

INDICATORI	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
NUMERO DIMESSI ORDINARI	19.858	15.436	16.086	16.186	16.496	16.012
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	155.875	127.405	134.913	137.033	144.038	144.527
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	73,20%	74,82%	72,74%	71,09%	69,42%	66,97%
% PAZIENTI >75 ANNI	22,37%	21,92%	21,94%	22,88	22,96%	22,81%
DEGENZA MEDIA	7,85	7,29	8,39	8,55	7,66	7,75
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,2728	1,3899	1,505	1,4975	1,4778	1,4920
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 "NEONATO SANO"	1,3888	1,5404	1,653	1,6473	1,6246	1,6205
% DRG ALTA COMPLESSITA'	9,63%	11,49%	12,22%	12,57%	12,34%	12,28
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	30,03%	31,13%	33,49%	32,49%	32,55%	32,48%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI	29,90%	33,18%	33,60%	34,42%	35,50%	37,02%
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	6.281	5.286	6.807	6.018	6.416	6.324
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	26.244	21.562	25.618	26.889	24.955	22.777
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	731.818	564.192	642.745	720.218	697.790	795.382
N. PAC/APA	13.106	12.174	15.622	15.442	16.831	18.862
% FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 2 GG (2016/2022% grezza PNE; 2024 dato G.O.M.)	22,49%	24,15%	82,22%	77,48%	87,61%	88,31%
% PARTI CESAREI PRIMARI (2016/2022% grezza PNE; 2023 dato N.S.G.)	26,48%	27,85%	29,61%	27,82%	27,45%	30,41%
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	72.634	63.668	62.847	65.531	63.434	65.500

**Tabella 2 - Dati di attività anni 2019/2024** (dati 2024 provvisori alla data di approvazione del P.I.A.O.).

### 1.3 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

#### Il contesto esterno di riferimento

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

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

## Territorio di riferimento

La Città Metropolitana di Reggio Calabria si estende su una superficie di 3.210,31 km<sup>2</sup> con una popolazione di 515.153 abitanti (Istat 31.12.2023) ed una densità di 163,16 ab./km<sup>2</sup>.

Il Comune di Reggio Calabria conta nr. 169.679 abitanti con una densità pari a 713,62 ab./km<sup>2</sup>.



## Dati demografici della Città Metropolitana di Reggio Calabria

### Andamento demografico della popolazione



### Andamento della popolazione residente

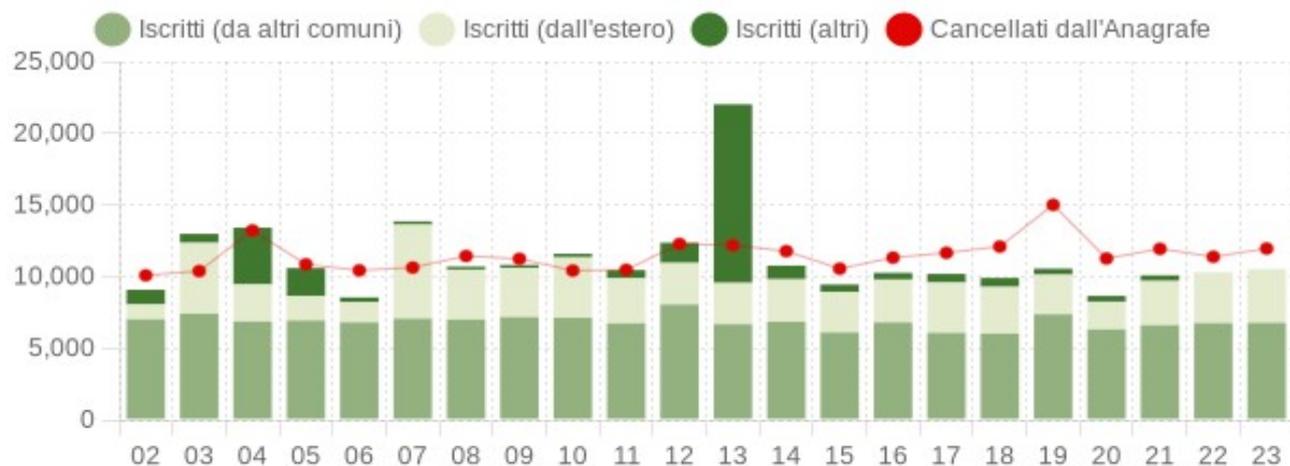
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT  
(\*) post-censimento

*Grafico 1 - Andamento della popolazione residente.*

### Flusso migratorio della popolazione

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

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



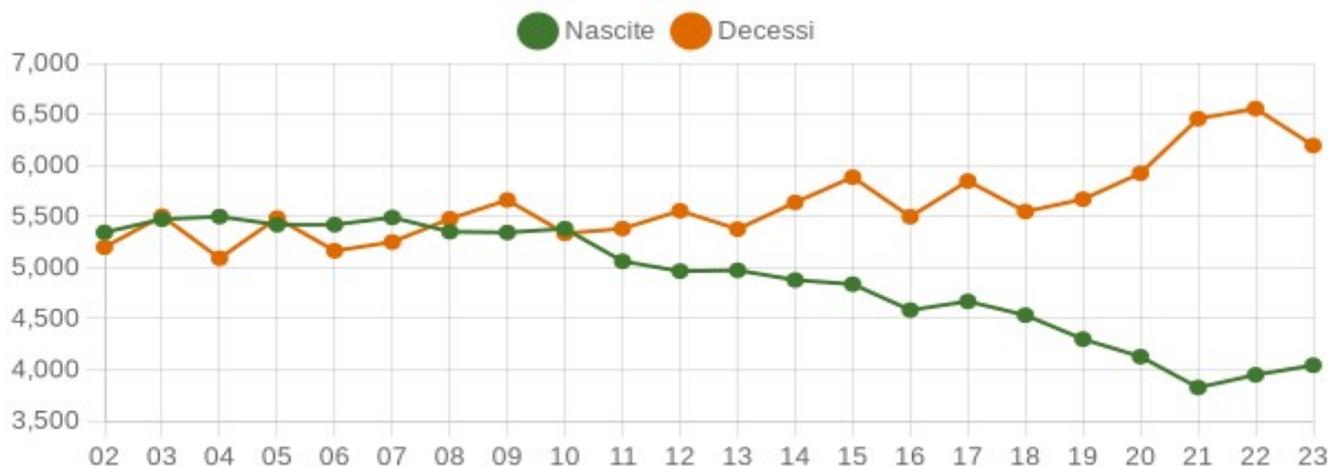
### Flusso migratorio della popolazione

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

*Grafico 2 - Flusso migratorio.*

## Movimento naturale della popolazione

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



### Movimento naturale della popolazione

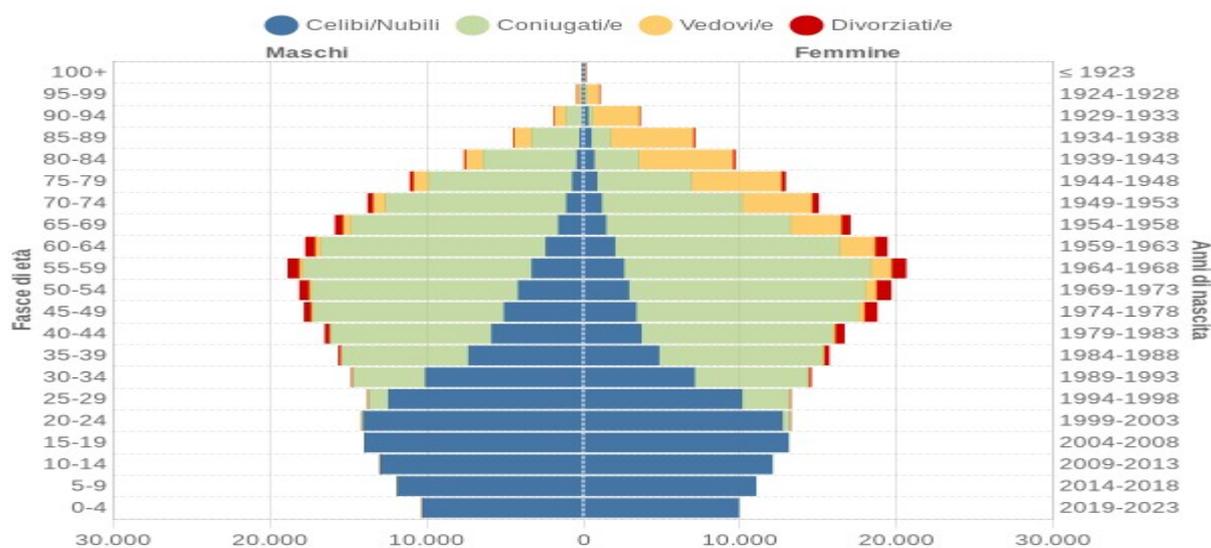
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT (1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

**Grafico 3 - Movimento naturale della popolazione.**

## Distribuzione della popolazione per fasce di età

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria per età, sesso e stato civile al 1 gennaio 2024 e tiene conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

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



### Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

**Grafico 4 - Distribuzione della popolazione per fasce di età.**

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

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



### Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

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

**Grafico 5 - Struttura della popolazione per età.**

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di natalità (per 1000 ab.)	Indice di mortalità (per 1000 ab.)
2002	102,3	9,5	9,2
2003	106,2	9,7	9,8
2004	109,4	9,7	9
2005	112,8	9,6	9,7
2006	116,2	9,6	9,1
2007	119,3	9,7	9,3
2008	121,3	9,4	9,7
2009	123,9	9,4	10
2010	125,1	9,5	9,4
2011	126,4	9,1	9,6
2012	130,3	9	10,1
2013	133,7	9	9,7
2014	136,7	8,7	10,1
2015	140,9	8,7	10,6
2016	143,9	8,3	9,9
2017	147,7	8,4	10,6
2018	150,3	8,3	10,2
2019	154,8	8,1	10,6
2020	160,1	7,8	11,2
2021	163,8	7,4	12,3
2022	168,3	7,6	12,6
2023	173,5	7,8	12,0
2024	178,4	-	-

**Tabella 3 - Indice di vecchiaia, natalità e mortalità.**

Indice di vecchiaia: è il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

Indice di natalità: rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità: rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

## La popolazione straniera

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



### Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

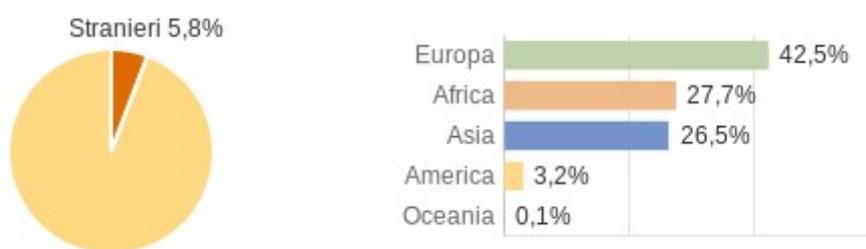
CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT  
(\*) post-censimento

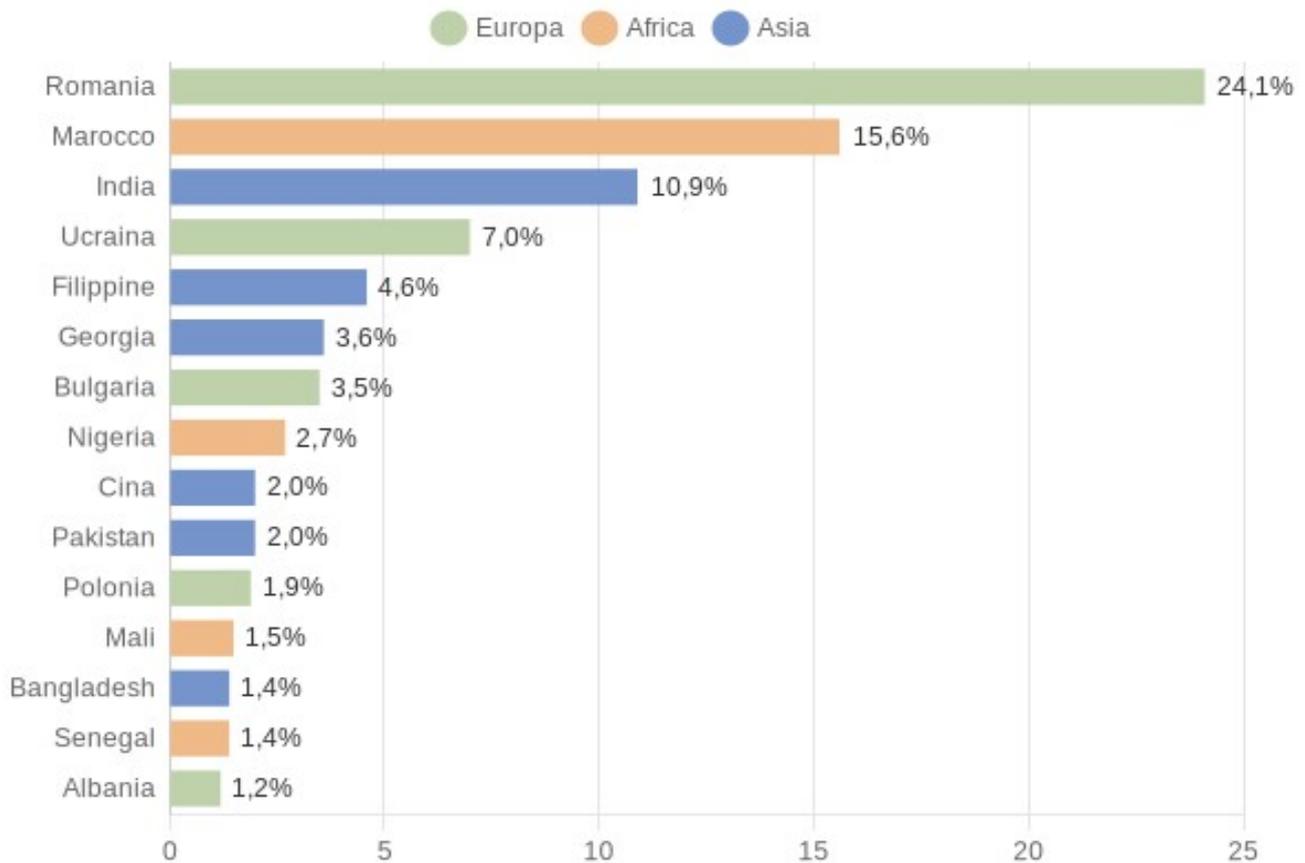
*Grafico 6 – Andamento popolazione straniera.*

Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Reggio Calabria al 1 gennaio 2024 sono, dunque, 29.786 e rappresentano il 5,8% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 24,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (15,6%) e dall'**India** (10,9%).

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





### Cittadini Stranieri per Cittadinanza - 2024

CITTÀ METROPOLITANA DI REGGIO CALABRIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - TUTTITALIA.IT

**Grafico 7 – Distribuzione per area geografica di cittadinanza.**

Come si evince chiaramente dalle precedenti tabelle e dai grafici, la popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria ha subito un progressivo e lento cambiamento a causa della bassa natalità, aumento della età media e della migrazione. Il bacino di utenza, pertanto, richiede una maggiore intensità e qualità di servizi a fronte del peso della popolazione anziana, dei bisogni sanitari (anziani pluripatologici, pazienti fragili), del cambiamento del modello di offerta dei servizi (case management, integrazione sociosanitaria) nella prospettiva di reti integrate sul territorio. Non vanno, inoltre, trascurati fenomeni quali disagio sociale, povertà e presenza di grandi anziani (più di 80 anni) che hanno una diretta ricaduta sulla domanda di servizi sanitari.

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

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda si è impegnata per assumere il ruolo di "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, tale da aumentare le capacità di risposta ai bisogni di salute e trattenere un maggior numero di utenti presso le proprie strutture contrastando i "fenomeni di fuga sanitaria" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria. Gli obiettivi programmati per il triennio 2025-2027 mirano a consolidare la posizione acquisita dall'Azienda e svilupparne ulteriormente la capacità di combinare la dimensione di ospedale ad elevata intensità e complessità tecnologica con quello di ospedale di riferimento per la comunità su prestazioni sanitarie di media - alta complessità ed in stretta integrazione con i servizi sanitari di base, la medicina di base e di comunità.

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

La Regione Calabria, attraverso la Struttura Commissariale per il Piano di Rientro, ha avviato dall’anno 2015 un importante percorso orientato al recupero della mobilità passiva, promuovendo investimenti di personale (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell’offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa). In tale contesto è stata realizzata la nuova rete assistenziale ospedaliera, orientata verso specifici investimenti nell’ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.), con particolare riferimento alla rete oncologica.

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

## SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall’Azienda definendo, attraverso gli obiettivi, le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale all’Azienda stessa da parte dei cittadini, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la digitalizzazione, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

### 2.1 VALORE PUBBLICO

L’art. 6 del D.L. n. 80 del 28 giugno 2021, istitutivo del P.I.A.O. e le relative linee guida ministeriali, mettono in evidenza la necessità per le Pubbliche Amministrazioni di conseguire il Valore Pubblico. Un Ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Misurare il Valore Pubblico permette di capire, in tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, quanto le azioni che l’Azienda sta portando avanti rispondono effettivamente ai bisogni degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale migliorando in modo apprezzabile la qualità della vita. Ma la valutazione del Valore Pubblico è molto utile anche per rilevare a consuntivo o, soprattutto per i servizi, in itinere quanto valore abbiamo generato o stiamo generando per la collettività. Queste informazioni sono preziose sia per rendicontare alla cittadinanza (la cosiddetta accountability), sia per affinare le scelte strategiche e gestionali dell’Azienda.

La misurazione del Valore Pubblico rappresenta una nuova forma di rendicontazione integrata degli impatti economici, sociali, ambientali e sanitari creati dalle attività dell’Azienda in relazione ai suoi Stakeholder interni ed esterni.

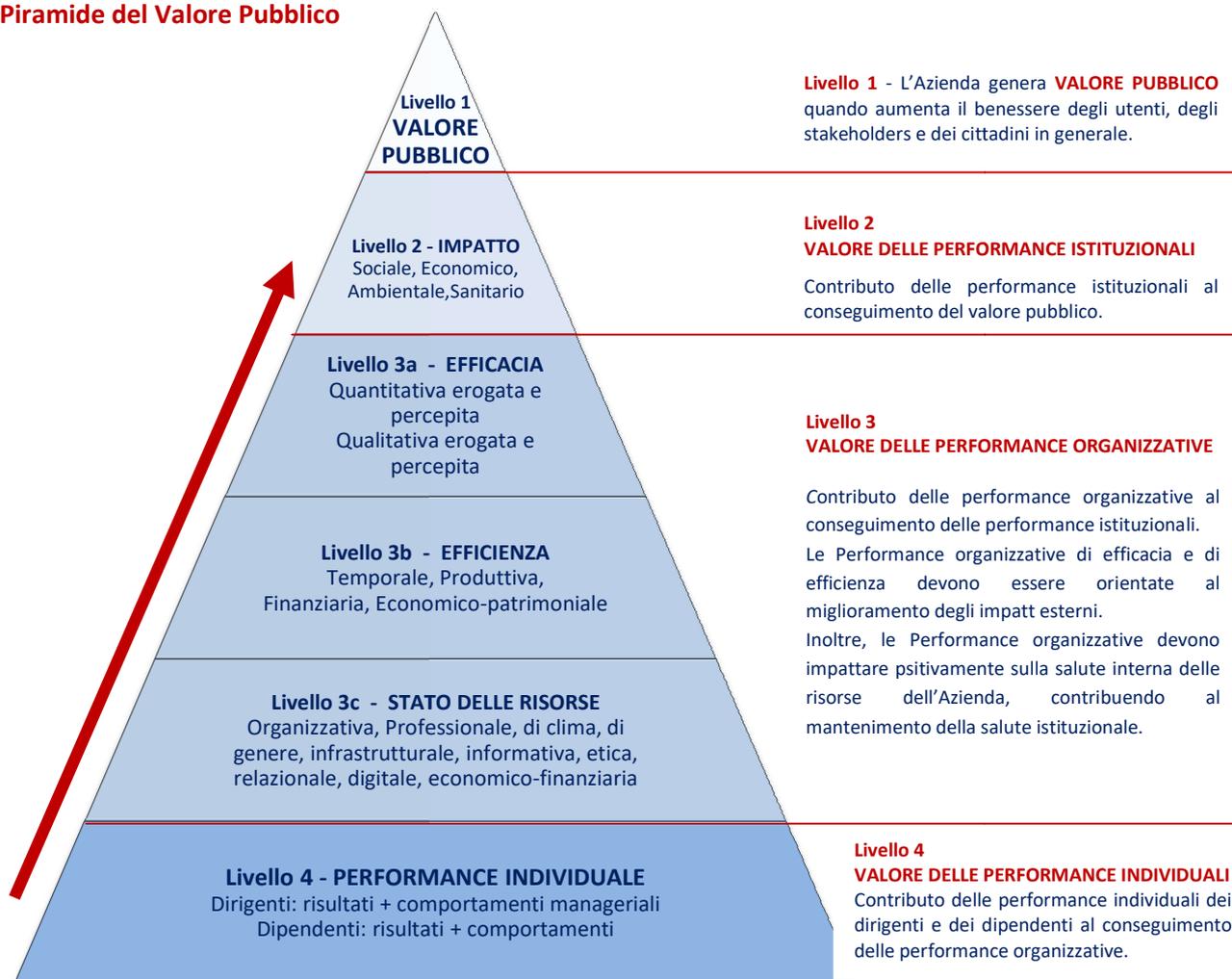
La logica di creazione del valore è rappresentabile tramite la “Piramide del Valore Pubblico”, metodologia elaborata dal CERVAP – il Centro di Ricerca sul Valore Pubblico dell’Università degli Studi di Ferrara, che consente di descrivere il processo utilizzando i 4 livelli della performance e di misurare, attraverso specifici indicatori, il contributo delle performance individuali al conseguimento delle performance organizzative, delle performance organizzative alle performance istituzionali e di queste ultime al “Valore Pubblico” generato.

In fase di programmazione, il “Valore da creare” dovrebbe ispirare le performance istituzionali, queste dovrebbero orientare le organizzative attese che, a loro volta, dovrebbero guidare quelle individuali attese. La Piramide del Valore Pubblico, adattata inserendo per ciascun livello gli strumenti di programmazione e reporting dell’Azienda, permette una lettura bidirezionale:

- nella fase di programmazione il Valore Pubblico ispira gli obiettivi di Performance Istituzionali e degli impatti interni ed esterni attesi che a loro volta orientano la pianificazione delle Performance Organizzative e di Struttura che infine guidano gli obiettivi di Performance Individuale;
- nella fase di misurazione e reporting si misura, quantifica e rendiconta, il contributo delle performance individuali e di quelle di struttura alla performance organizzativa. Viene così analizzato il suo contributo alle performance istituzionale e il suo impatto nella generazione di Valore

Pubblico. L'integrazione delle attività di pianificazione, misurazione, valutazione e reporting costituisce pertanto un percorso, comprendente momenti feedback e feedforward, che monitorano la generazione di "Valore", a prescindere che esso sia Pubblico, Istituzionale, Organizzativo o Individuale.

### Piramide del Valore Pubblico



**Grafico 8 - Piramide del Valore Pubblico.**

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, quale Centro HUB e DEA di II Livello serve un bacino di utenza di circa 515.000 abitanti, con circa 65.000 accessi di Pronto Soccorso l'anno, dotato di tutte le discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali: Cardiologia con emodinamica interventistica e Terapia Intensiva, Cardiochirurgia con Rianimazione Cardiochirurgica, Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Gastroenterologia e Endoscopia digestiva, Terapia Intensiva Neonatale, Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia h24, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, ecc..

Il **Valore Pubblico** per il G.O.M. si esprime come:

**A. Qualità delle cure**

---

**B. Governo delle liste di attesa**

---

**C. Promozione della Ricerca scientifica**

---

**D. Potenziamento della medicina di genere**

---

**E. Prevenzione della corruzione e trasparenza**

---

**F. Ricerca e promozione del benessere lavorativo dei propri dipendenti**

---

**G. Gestione efficiente delle risorse**

---

**H. Qualità e completezza della documentazione clinica**

---

**I. Semplificazione dei processi e accessibilità digitale**

---

**L. Accessibilità fisica ai servizi**

---

**M. Riduzione dell'impatto ambientale**

---

Ciascuna delle dimensioni richiamate è alimentata dalle diverse fonti di programmazione che il P.I.A.O. ricomprende (Piano della Performance, Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza, Piano di fabbisogno del Personale, Piano per la Transizione Digitale, Piano Organizzativo Lavoro Agile, Piano degli Investimenti, Piano della Formazione, ecc).

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

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

La Direzione dell'Azienda ha individuato quale priorità di azione anche per il triennio 2025-2027 il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure, attraverso:

- la misurazione degli esiti e del relativo impatto sui percorsi di cura;
- l'erogazione di prestazioni di alta complessità quale nodo strategico dell'offerta ospedaliera, ponendosi come riferimento sia al livello regionale e nazionale;
- i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.), ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali;
- le misure di Sicurezza dei Pazienti: Rischio Clinico e Prevenzione Infezioni;
- il miglioramento dei tempi di attesa interventi chirurgici/prestazioni ambulatoriali;
- l'aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia,
- la misurazione della qualità percepita.

A tal fine, l'Azienda ha introdotto da qualche anno la misura degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, quale strumento

di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia, efficienza e sicurezza delle cure.

I risultati dell'edizione 2024 del PNE (dati SDO 2023) offrono importanti spunti di riflessione, a partire dai numerosi indicatori di volume, processo ed esito in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti, in quasi tutte le aree cliniche considerate, ascrivibili alle iniziative intraprese dall'Azienda a supporto delle performance assistenziali.

<b>PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2024 - DATI SDO 2023</b>	<b>QUANTITÀ</b>
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	59
AIDS: volume di ricoveri	4
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	14
Artodesi vertebrale: volume di interventi	29
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	4
BPCO: volume di ricoveri in day hospital	3
BPCO: volume di ricoveri ordinari	173
Bypass aorto-coronarico: volume di interventi	127
Bypass totale: volume di ricoveri	155
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	3
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	169
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	169
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	4
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	173
Embolia polmonare: volume di ricoveri	80
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	36
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	278
Frattura della tibia e perone: volume di ricoveri	37
Ictus ischemico: volume di ricoveri	348
Ictus ischemico: volume di ricoveri con trombolisi	54
Infarto Miocardico Acuto a sede non specificata: volume di ricoveri	14
Infarto Miocardico Acuto: volume di ricoveri	612
Infarto Miocardico Acuto: volume di ricoveri con trombolisi	1
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	267
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	53
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	74
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	2
Intervento chirurgico per TM laringe (open ed endoscopico): volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per TM laringe (open): volume di ricoveri	5
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	113
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	10
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	93
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	90
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	36
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	4
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	14
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	4
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	13
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	8
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: volume di craniotomie	56
Intervento chirurgico su orecchio medio: volume di ricoveri	2
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	112
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	13
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	18
Isterectomia: volume di ricoveri	87
NSTEMI: volume di ricoveri	227
Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri	832
Parti: volume di ricoveri	2.071

Prostatectomia: volume di ricoveri	24
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	169
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	315
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	808
Riparazione di aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	32
Riparazione di aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	6
Riparazione di aneurisma cerebrale non rotto: volume di ricoveri	5
Riparazione di aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	13
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	161
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	59
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	5
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	64
Scialoadenectomia: volume di interventi	12
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	156
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	183
STEMI: volume di ricoveri	371
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	18
Tonsillectomia: volume di interventi	26
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	19
Trapianto del rene: volume di ricoveri	16
Trombosi Venose Profonde: volume di ricoveri	3
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	143
Volume di PTCA eseguite per condizioni diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	312
Volume di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	89
Volume di trombectomie in pazienti con ictus ischemico	56

**Tabella 4 – Volumi - PNE 2024 (SDO 2023).**

<b>PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2024 - INDICATORI DI PROCESSO/ESITI</b>	<b>NR.</b>	<b>% GREZZA</b>	<b>% ADJ</b>
Proporzione di PTCA in STEMI su totale PTCA	782	38,62	
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	312	30,77	29,93
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	145	66,21	66,14
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	28	3,57	4,45
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	28	17,86	16,84
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	32	12,5	15,85
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni	203	2,46	1,88
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	203	2,46	1,92
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	39	5,13	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	443	5,87	5,66
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	421	6,41	9,58
Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	46	15,22	
STEMI: Mortalità a 30 giorni	286	4,55	4,61
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	431	5,8	5,57
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	443	5,87	7,02
Mortalità a 30 giorni per IMA NSTEMI	143	9,09	10,38
IMA STEMI: mortalità a 1 anno	246	5,29	7,66
IMA NSTEMI: mortalità a 1 anno	159	7,55	9,75
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	56	1,79	1,81
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	138	5,07	9,65
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	116	8,62	8,42
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero	38	15,79	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	139	2,16	1,77
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	192	18,75	20,03
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	269	18,59	22,94
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	225	8	8,31
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	134	17,16	17,75
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	118	11,02	10,86
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	169	100	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	198	1,01	1,15
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	198	1,01	1,15
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	119	1,68	1,08
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	119	89,08	87,15
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	132	4,55	3,49
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	17	0	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	23	13,04	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	142	8,45	10,42
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	16	0	

Proporzione pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella	105	65,71	
Proporzione pazienti sottoposte a svuotamento ascellare durante ricovero per intervento TM mammella	105	14,29	
Proporzione pazienti con interessamento linfonodale riscontrato durante ricovero per intervento TM mammella	105	11,43	
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	81	0	
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	78	0	
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	1	0	
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	2	0	
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (UO coerente)	113	0	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	85	3,53	4,19
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	19	15,79	
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	113	80,53	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	85	3,53	4,17
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni - con nuove variabili	81	0	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	85	3,53	4,58
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	19	15,79	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	85	3,53	4,52
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 90 giorni	17	0	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 90 giorni	21	19,05	
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	350	2,57	2,73
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1674	27,42	32,16
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	2298	0,35	0,37
Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1439	0,63	0,66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1178	11,8	12,52
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	17	0	
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	213	6,57	6,5
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	228	87,72	88,03
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	228	72,81	73,24
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	79	8,86	7,72
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	57	0	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	11	0	
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	4	0	
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	23	4,35	
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	228	10,97	16,93
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	12	16,67	

**Tabella 5 – Indicatori di processo/esiti - PNE 2024 (SDO 2023).**

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

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

Nell'edizione PNE 2024 (dati SDO 2023):

- due aree cliniche hanno raggiunto livelli molto alti (chirurgia generale e osteomuscolare);
- due aree livello medio (cardiocircolatorio e nefrologia);
- due aree livello basso (gravidanza e parto, nervoso);
- due aree livello molto basso (chirurgia oncologica, respiratorio).

## Presidio Ospedaliero Riuniti

Area proporzionale al volume di attività  
 Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

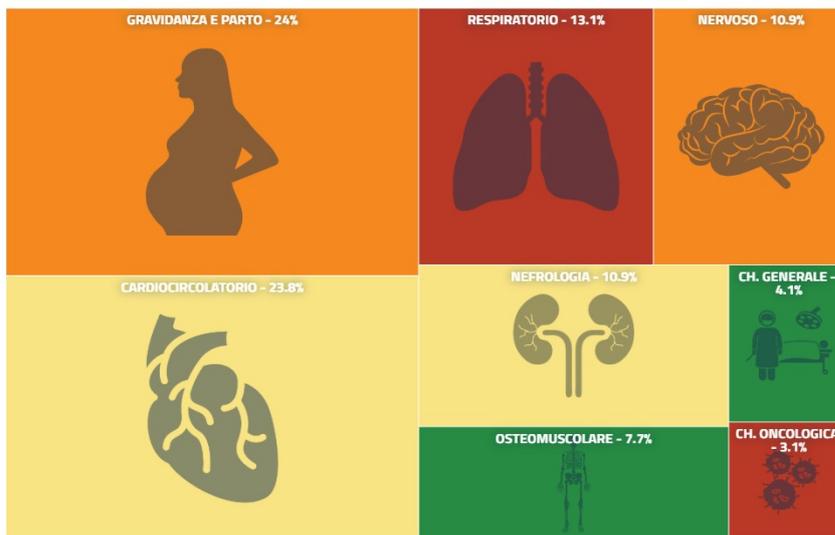
Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 9478

Polo Ospedaliero 9246

- Molto Basso
- Basso
- Medio
- Alto
- Molto Alto
- ND

Presidio Ospedaliero Riuniti



AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	443	7.02	7.13
	<b>By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)</b>	<b>203</b>	<b>1.92</b>	<b>1.80</b>
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	139	1.77	2.21
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	312	29.93	56.14
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	56	1.81	1.49
NERVOSO	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	138	9.65	9.63
	<b>Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni</b>	<b>269</b>	<b>22.94</b>	<b>9.40</b>
RESPIRATORIO	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	132	3.49	2.96
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	134	17.75	9.55
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	119	87.15	84.74
CH. ONCOLOGICA	<b>Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella</b>	<b>85</b>	<b>4.19</b>	<b>5.64</b>
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	17	-	0.86
	<b>Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni</b>	<b>142</b>	<b>10.42</b>	<b>3.69</b>
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1674	32.16	22.66
	<b>Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo</b>	<b>350</b>	<b>2.73</b>	<b>11.57</b>
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1178	12.52	10.54
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	228	73.24	56.27
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	79	7.72	3.12
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	228	16.93	11.47

Grafico 9 - Treemap: aree cliniche proporzionali ai volumi di attività anno 2023 (PNE 2024).

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

DIMENSIONE FUNZIONALE	INDICATORE	FORMULA DI CALCOLO DELL'INDICATORE	VALORE ATTESO
<b>EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA</b>	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 annui.	Nr. Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella.	<b>Anno 2025 &gt; anno 2024.</b>
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario.	Nr. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inapproprietezza/ nr. dimissioni attribuite a DRG non a rischio inapproprietezza.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (0-2).	Nr. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/Nr. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica * 100.	<b>Minimo 70</b>
	Tasso di ricovero di Day Hospital di tipo medico diagnostico in rapporto al totale dei Day Hospital di tipo medico.	Nr. dimissioni diurne di tipo medico-diagnostico/nr. Dimissioni di DH medico * 1.000.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
<b>QUALITÀ CLINICA</b>	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.	N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC/nr. ricoveri * 100.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
<b>EFFICACIA E APPROPRIATEZZA CLINICA</b>	Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	nr. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni)/nr. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.	<b>Minimo 60%</b>
<b>EFFICACIA E APPROPRIATEZZA CLINICA</b>	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello (≥ 1.000 parti).	Nr. parti cesarei primari/nr. parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala * 100.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass isolato aorto-coronarico (BPAC).	Nr. ricoveri con esecuzione di BPAC isolato (non associato ad interventi su valvole cardiache o ad endoarteriectomia) in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento/Nr. ricoveri con esecuzione di BPAC isolato.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
<b>EFFICIENZA NELL'EROGAZIONE</b>	Autosufficienza di componenti driver (globuli rossi).	Nr. unità GR prodotte/Nr. unità GR programmate x100.	<b>Anno 2025 &gt; anno 2024.</b>
	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).	Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno/ KG plasma programmati.	<b>Anno 2025 &gt; anno 2024.</b>
<b>APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA. ADERENZA ALLE LINEE GUIDA E ALLA NORMATIVA</b>	Morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione.	Nr. accertamenti di morte con criteri neurologici/nr. soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta in rianimazione (codice 49).	<b>Minimo 70% di accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici su deceduti in T.I. per gravi lesioni cerebrali acute (dati SDO).</b>
	Donatori di organi in morte encefalica.	Nr. donazioni di organi da cadavere / popolazione residente nell'area di riferimento.	<b>Anno 2025 &gt; anno 2024.</b>
	Nr. donatori di cornee/nr. accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici.	Nr. donatori di cornee/nr. accertamenti di morte.	<b>Anno 2025 &gt; anno 2024.</b>
<b>SICUREZZA</b>	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.	N. dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi in diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico o dalla data di primo ricovero/tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età ≥ 15 anni * 100.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>
	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione).	Nr. parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi)/nr. parti totali.	<b>Anno 2025 &lt; anno 2024.</b>

**Tabella 6 - Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).**

Il monitoraggio di molti di questi indicatori risente di un ritardo strutturale dovuto ai tempi di elaborazione e consolidamento dei dati effettuato dagli organismi deputati alla relativa misurazione

(SISR, AGENAS, Ministero della Salute, ecc). In alcuni casi, l'Azienda sopperisce procedendo al calcolo intraospedaliero delle misure oggetto di osservazione.

**B. Governo delle liste di attesa:** la criticità maggiormente percepita dai cittadini e dai pazienti, relativamente all'accesso alle prestazioni sanitarie, è rappresentata dalle liste d'attesa che compromettono l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare nei tempi previsti.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale, Regionale e Aziendale e, l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA in relazione al potenziale effetto sullo stato di salute e all'incremento dei costi a carico dei cittadini che, a causa delle attese, spesso decidono di ricorrere all'erogazione di prestazioni in regime assistenziale diverso.

Nel contesto sopra delineato, per contribuire ad una riduzione significativa delle attese per le prestazioni sanitarie con il D.C.A. n. 345 del 7.11.2024, dall'oggetto *"Riparto fondi liste di attesa ai sensi del Decreto-Legge 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazioni dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14 Art. 4, commi 9-septies e 9-octies, del Decreto-Legge n. 34 del 2023, art.11, comma 1 e della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1 commi 218-222 e commi 232-233"*, è stata destinata alle Aziende Sanitarie della Regione Calabria la somma complessiva di euro 20.059.767,47 da impiegare per l'effettuazione di prestazioni aggiuntive. Nello specifico, le risorse assegnate al Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria risultano essere pari ad euro 1.185.445,03 per l'assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria, euro 288.698,43 per la specialistica ambulatoriale ed euro 600.000,00 da redistribuzione.

Pertanto, il 27 dicembre 2024 il G.O.M. ha approvato ed adottato i seguenti documenti:

- con la delibera n. 842 del 27.12.2024 è stato adottato il *"Piano Aziendale per l'attività libero professionale (ALPI)"* che, tra l'altro, ai fini dell'allineamento dei tempi di attesa, in occasione della definizione del budget annuale 2025 prevede la negoziazione con i Direttori/Dirigenti responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali dei volumi di attività istituzionale per l'anno 2025, prevedendo il 5% di incremento dell'attività ambulatoriale in regime S.S.N.;
- con la delibera n. 843 del 27.12.2024 è stato adottato il nuovo *"Regolamento per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale della Dirigenza e del Comparto"*;
- con la delibera n. 844 del 27.12.2024 è stato adottato il *"Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2025-2027"*;
- con la delibera n. 845 del 27.12.2024 è stato adottato il *"Piano Operativo aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie ex articolo 3 commi 10 e 11 del D.L. n. 73 del 7 giugno 2024 convertito in legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"*. Tale Piano operativo, come definito nel D.C.A. n. 345/2024, prevede:
  - l'individuazione delle prestazioni chirurgiche e specialistiche (prime visite e esami diagnostici) che presentano maggiori criticità e tempi di attesa oltre i limiti previsti dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA);
  - la definizione di un cronoprogramma esecutivo di attività e di spesa per le finalità di cui sopra;
  - l'attivazione di un sistema di monitoraggio con la rendicontazione dettagliata dell'attività

prodotta e della spesa sostenuta.

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

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

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

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

**D. Potenziamento della medicina di genere** quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

In quest'ambito il G.O.M. ha avviato la Breast Unit, il cui obiettivo è quello di fornire un programma continuo di cura attraverso un team di esperti che guidano le pazienti in ogni aspetto del loro percorso. Ogni paziente pertanto segue un percorso costruito sulla personale storia clinica, agevolato da un'attenta programmazione di accesso alle cure e ai servizi, garantito dal ruolo del Case Manager. Le pazienti che ricevono una diagnosi di tumore al seno vengono valutate in maniera multidisciplinare dal Breast Team. Al Team multidisciplinare partecipano le seguenti U.O. con figure specialistiche dedicate all'attività senologica: Chirurgia Generale, Oncologia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica, Genetica Medica. Altri importanti membri del team che coadiuvano nel lavoro l'equipe multidisciplinare sono i fisioterapisti, gli psicologi e tutto lo staff di supporto del percorso diagnostico-terapeutico.

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

Per rendere strutturale ed evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, si conferma, anche per il triennio 2025-2027, all’interno del sistema di misurazione e valutazione della performance una specifica "Area della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza" al fine di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di violazione del quadro di legalità aziendale e creare un contesto sfavorevole alla corruzione, in riferimento a qualsiasi malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite al dipendente dell'azienda nonché alle attività provenienti dall'esterno dirette ad inquinare l'azione amministrativa, a prescindere dal fatto che queste attività riescano a realizzare effettivamente il proprio illecito risultato;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- garantire la legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, tutela e partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni, delle forze sociali e degli organismi di volontariato, esaustività, tempestività e diffusione dell'informazione e della comunicazione istituzionale.

**F. Ricerca e promozione del benessere lavorativo dei propri dipendenti (clima interno):** consapevole che la soddisfazione dei dipendenti e la loro motivazione influenzano la performance complessiva dell’Azienda, è intenzione della Direzione Strategica promuovere:

- valorizzazione delle risorse umane e professionali e produzione di valore pubblico attraverso la formazione del personale;
- attenzione sostegno ed inclusione dei soggetti fragili: accessibilità fisica ai servizi;
- flessibilità organizzativa, uso appropriato delle risorse disponibili;
- individuazione delle strutture organizzative e delle connesse dotazioni organiche sulla base dell'effettivo fabbisogno nonché delle eventuali prescrizioni normative di rilievo nazionale e regionale;
- indagini mirate ad indagare la percezione del clima da parte dei dipendenti al fine di definire strategie in grado di creare un clima interno più “sereno”.

**G. Gestione efficiente delle risorse:** Per quanto concerne i costi, l’Azienda ha avviato una serie di azioni finalizzate ad innalzare i livelli di efficienza, attraverso un miglioramento delle modalità di acquisizione, di approvvigionamento e gestione di alcuni beni sanitari, soprattutto farmaci e presidi.

Inoltre, ulteriori risparmi, al netto dell’emergenza sanitaria, sono attesi:

- dal più ampio utilizzo di beni e servizi i cui fornitori sono stati individuati da procedure di selezione istruite dalla Consip S.p.A., dalla Stazione Unica Appaltante (istituita con la L.R. n. 26 del 7.12.2007 e successive modifiche ed integrazioni) per quanto possibile ai sensi del D.L. n. 35/2019, convertito con modifiche nella Legge n. 60/2019 (che, comunque, persegue obiettivi analoghi di centralizzazione delle procedure di acquisto) e, in ultima istanza (in esecuzione alla normativa appena citata), dalla stessa Azienda. Tale strumento di selezione dei contraenti sarà, infatti, utilizzato sempre di più, in esecuzione alle disposizioni del D.L. n. 66/2014 che ha

introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni appaltanti di ricorrere a 35 "soggetti aggregatori", tra cui saranno inclusi la Consip S.p.A. ed una centrale di committenza per ogni regione, per effettuare acquisti di beni e servizi al di sopra di una certa soglia. La tipologia di beni e servizi e le soglie al superamento delle quali le amministrazioni appaltanti hanno l'obbligo di ricorrere ai soggetti aggregatori, saranno fissati da un apposito D.P.C.M. che ogni anno ne specificherà i dettagli;

- dalla piena operatività degli armadi farmaceutici informatizzati per tutti i reparti dell'Azienda che consentiranno, oltre ad una maggiore sicurezza per i pazienti e per gli operatori nella somministrazione del farmaco, un'adeguata gestione delle scorte ed un sostanziale azzeramento della quantità di prodotti scaduti;
- dalla verifica di congruità, tramite azioni di "benchmarking" e analisi svolta tramite i "prezzi di riferimento", delle acquisizioni di beni e servizi, con la conseguente rinegoziazione degli stessi;
- dal monitoraggio di specifici protocolli terapeutici per le patologie di maggior impatto sulla popolazione, definiti con i professionisti dell'Azienda sulla base delle più recenti evidenze scientifiche (risultano già approvati nell'ultimo triennio decine di PDTA e linee guida aziendali).

Con delibera n. 692 del 31.10.2024, così come previsto dall'art. 37 comma 6 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, l'Azienda ha approvato il "*Programma triennale delle opere pubbliche 2025-2027*" ed il "*Programma triennale degli acquisti di forniture e servizi 2025-2027*" redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M.

**H. Qualità e completezza della documentazione clinica.** La Direzione Sanitaria Aziendale, ritiene opportuno integrare i documenti di programmazione aziendale e le successive schede di negoziazione del budget 2025 attraverso l'introduzione di specifici obiettivi e indicatori che consentano di orientare il comportamento del personale sanitario e promuovere una responsabilizzazione diffusa sulla corretta e diligente compilazione della documentazione sanitaria. Questo al fine di garantirne una migliore omogeneità, completezza e intellegibilità della stessa e consentire verifiche di qualità e una puntuale valutazione rischi-analisi degli eventi.

Come ampiamente riconosciuto dalla giurisprudenza maggioritaria, "*la corretta compilazione della cartella clinica è alla base della buona pratica medica, sanitaria ed infermieristica e costituisce anche un preciso diritto del paziente, sia per quanto attiene la corretta documentazione della relazione tra il paziente ed il personale sanitario, che per quanto attiene la trasparenza della gestione di tale rapporto durante il ricovero e, successivamente al ricovero stesso, quale strumento per garantire la continuità assistenziale*".

Una gestione impropria o lacunosa della cartella clinica ha, pertanto, importanti ripercussioni legali. In caso di mancanza di prove dirette, a causa di omissioni nella cartella clinica, il Giudice può infatti ricorrere a **presunzioni** per riconoscere la responsabilità del medico. Più volte i Giudici hanno chiarito che la lacunosa tenuta della cartella clinica, da parte dei sanitari, non può risolversi in un pregiudizio per il paziente/danneggiato; per cui, anche se tale circostanza non è la "prova provata" della responsabilità medica, da essa se ne possono trarre significativi indizi che possono influenzare il Giudice nel suo giudizio. In sintesi, secondo la richiamata giurisprudenza, l'incompletezza della cartella è il **primo fattore da valutare** per giudicare la responsabilità medica. A ciò si aggiunga che la Suprema Corte ha sancito che, gravando l'obbligo della corretta tenuta della cartella clinica sulla

struttura sanitaria, la sua violazione può determinare una specifica ed autonoma voce di danno per il paziente.

Dal 1° gennaio 2023, questa Azienda non si avvale di compagnie assicuratrici ma provvede in proprio alla gestione dei sinistri: in regime di c.d. “auto ritenzione” del rischio. Nell’esperienza maturata nel corso delle attività del Co.Va.Si. (Comitato Valutazione Sinistri), si è potuto rilevare che diversi casi esaminati presentano importanti criticità che riguardano proprio **omissioni nella compilazione della cartella clinica**, tali da rendere difficoltosa, se non impossibile, la difesa degli interessi aziendali e, quindi, dei medesimi operatori sanitari.

Stante la natura contrattuale della responsabilità medica nei riguardi della struttura ospedaliera ricade sulla stessa l’onere di fornire prova che gli esercenti la professione sanitaria (nella veste di prestatori d’opera, ausiliari dell’Azienda) abbiano tenuto una condotta diligente, prudente e perita. Vi è, quindi, il concreto rischio che l’Azienda debba subire un rilevante danno economico conseguente alla condanna al pagamento di risarcimenti a causa della non consona modalità con cui, vengono compilate le cartelle cliniche (grafia indecifrabile, dati clinici mancanti, moduli di consensi informati lacunosi o assenti). Tali omissioni vedono quale diretta conseguenza la più che probabile soccombenza in ambito processuale con inevitabile conseguenza doverosa (per l’Azienda) segnalazione alla Corte dei Conti per l’accertamento di ipotesi di responsabilità amministrativa da parte degli esercenti la professione sanitaria.

Spetta alla struttura sanitaria convenuta in giudizio (e ai sanitari) fornire la prova di aver eseguito esattamente la prestazione dovuta, così come prescritto dall’art. 1218 c.c., non potendosi far gravare sul danneggiato le conseguenze processuali dell’irregolare tenuta della cartella (*“La difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può tradursi, sul piano processuale, in un pregiudizio per il paziente – cfr. Cass. n. 1538/2010 – e che è anzi consentito il ricorso alle presunzioni “in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato” – Cass. n. 11316/2003; cfr. Cass. n. 10060/2010 -; tali principi, che costituiscono espressione del criterio della vicinanza alla prova nel più ampio quadro della distribuzione degli oneri probatori, assumono speciale pregnanza in quanto sono destinati ad operare non soltanto ai fini della valutazione della condotta del sanitario (ossia dell’accertamento della colpa), ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la condotta medica e le conseguenze dannose subite dal paziente – cfr., oltre alle citate Cass. n. 11316/2003 e n. 10060/2010, anche Cass. n. 12218/2015”*).

Tutto ciò premesso, nelle more che venga attivata la cartella clinica elettronica (che consentirebbe di rendere automatici i controlli su tutte le cartelle cliniche di ogni Unità Operativa), si propone l’inserimento:

- di uno specifico obiettivo dedicato alla *“corretta compilazione della cartella clinica”*;
- di un correlato indicatore strutturato: *“numero campi compilati” / “numero campi previsti in cartella”*;
- di un valore atteso: 100%, ritenendo come *“non raggiunto”* l’obiettivo nel caso il valore calcolato si attesti al di sotto della soglia del 90%.

Tenuto conto delle valutazioni svolte in ambito del Co.Va.Si. nello scorso anno e sentito a tale riguardo il Medico Legale dell’Azienda si ritiene opportuno stabilire che alcune parti della cartella vengano indicate come imprescindibili, ossia, che la mancanza anche di uno solo dei seguenti campi (laddove previsti nel singolo caso di specie) pregiudichi il raggiungimento dell’obiettivo:

1. apposizione del timbro del professionista al momento della compilazione del diario clinico;
2. indicazione della somministrazione/non somministrazione della profilassi antibiotica preoperatoria;
3. acquisizione del consenso informato riguardo procedure diagnostiche e terapeutiche invasive;
4. descrizione della procedura chirurgica sul modulo del consenso informato;
5. compilazione e sottoscrizione della check list in sala operatoria;
6. acquisizione di consenso riguardo alla somministrazione “*off label*” di farmaci;
7. completezza informazioni anamnestiche all’ingresso in Pronto Soccorso o in reparto;
8. registrazione parametri vitali ed esame obiettivo (locale e generale) del paziente all’ingresso in Pronto Soccorso e in reparto;
9. segnalazione, da parte del richiedente, del sospetto diagnostico/indicazione all’esame nella richiesta di indagini diagnostiche/consulenze specialistiche;
10. indicazione, da parte del medico esecutore, del motivo dell’indagine diagnostica nella descrizione dell’esame;
11. indicazione, sulla lettera trasmessa al medico curante del paziente, di un controllo e relativa tempistica dopo le dimissioni di quest’ultimo.

Si ritiene che la previsione e il monitoraggio periodico di tale obiettivo rappresenti una concreta occasione per migliorare lo standard assistenziale, ridurre sensibilmente il grado di soccombenza dell’Azienda in un eventuale giudizio e, contestualmente, **preservare gli operatori esercenti la professione sanitaria dal rischio di incorrere in azioni di condanna erariale** per responsabilità amministrativa da danno indiretto. Molte delle fattispecie sopra indicate, invero, costituiscono indicatori del grado di gravità della colpa, poiché secondo il Giudice Contabile le carenze nella compilazione della cartella clinica sono indicative di condotte censurabili sul piano della negligenza e dell’imperizia.

**I. Semplificazione dei processi e accessibilità digitale: promozione ed implementazione di sistemi digitali di accesso ai servizi e informatizzazione delle procedure e dei servizi di gestione delle informazioni:** la diffusione, negli ultimi anni, della cultura digitale in tutti gli ambiti della società ed il mutato quadro normativo in materia, rendono estremamente importante e centrale la programmazione e la realizzazione di interventi progettuali che guardino alla Trasformazione Digitale come paradigma per fornire servizi sanitari qualificati, efficienti ed efficaci.

In tal senso il G.O.M. ha intrapreso una serie di iniziative tese al raggiungimento, per step, degli obiettivi di digitalizzazione, affrontando aspetti legati alle infrastrutture abilitanti, alla ottimizzazione dei processi ed al miglioramento della user experience legata alle componenti applicative ed ai dispositivi utilizzati.

L’ambito di applicazione di tali strumenti investe sia la componente clinico-sanitaria sia la componente legata ai processi più prettamente amministrativi e gestionali.

Gli interventi di seguito specificati, sia quelli già avviati che quelli programmati per il prossimo triennio, sono strettamente connessi con la programmazione dei servizi sanitari di cura del paziente e, pertanto, sono progettati per adattarsi alle potenziali nuove esigenze e rimodulazioni dei servizi che, nel futuro, potranno rendersi necessarie, nell’ottica che le tecnologie abilitanti, in ambito

digitale, sono da considerarsi in continua evoluzione ed al servizio dell'utenza e dei processi aziendali.

Appropriatezza, responsabilità e trasparenza sono i principi fondanti delle scelte progettuali avviate dal G.O.M., sempre tenendo presente l'esigenza di conciliare il progresso tecnologico e digitale con l'esigenza di garantire la corretta erogazione del servizio con la graduale introduzione di nuove funzionalità e processi nativamente digitali, in un contesto in cui non tutti gli operatori sanitari sono pronti ad adottare con le stesse tempistiche e con gli stessi risultati, i nuovi strumenti digitali messi a disposizione.

I progetti avviati e programmati dall'Azienda perseguono le seguenti finalità:

- facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;
- migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.;
- promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali.

### ***Progetti di Trasformazione Digitale avviati***

Si rappresentano, di seguito, i principali progetti di Trasformazione Digitale avviati dal G.O.M. già nel biennio 2023/2024 e che nel triennio 2025-2027 saranno in esercizio e gestiti per garantire in continuità i servizi al cittadino, agli operatori sanitari ed ai fornitori:

- FIRMA DIGITALE: diffusione e monitoraggio dell'utilizzo del sistema di firma digitale remota che si affianca ai sistemi di firma tradizionale con smart card, al fine di potenziare ed estendere ad ulteriori processi clinici ed amministrativi la gestione della firma digitale dei documenti, soprattutto in funzione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- PORGETTO SANITÀ CONNESSA: attivazione connettività a banda larga e ridondata sulle tre sedi dell'Azienda (Presidio "Riuniti", Presidio "Morelli" e sede Uffici);
- SD-WAN E SICUREZZA INFORMATICA: implementazione SD-WAN e sicurezza informatica con introduzione di sei nuovi Firewall, sulle tre sedi aziendali (Presidio "Riuniti", Presidio "Morelli" e sede Uffici);
- APP GOM: piattaforma fruibile in modalità APP (store Android e Apple) per fornire informazioni sui servizi del G.O.M. e per guidare il paziente all'interno dei Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli mediante servizio di navigazione interna;
- PORTALE DEL CITTADINO: piattaforma software per l'accesso del Cittadino a servizi quali:
  - prenotazione delle prestazioni sanitarie;
  - pagamento delle prestazioni tramite PagoPA;
  - ritiro referti;
- PORTALE DEL DIPENDENTE: piattaforma software per consentire la dematerializzazione dei processi che riguardano l'interazione tra dipendente ed Azienda (richiesta assenza, cartellino presenze interattivo, consultazione documentazione, etc);
- PORTALE DEL FORNITORE: piattaforma software per consentire ai fornitori la visualizzazione dello stato delle proprie fatture e per comunicare con l'Azienda;
- IDENTIFICAZIONE PAZIENTE: gestione completa del ciclo di identificazione e percorso clinico del paziente all'interno dei Presidi Ospedalieri mediante l'utilizzo di braccialetti identificativi, stampanti di braccialetti, lettori barcode, stampe personalizzate e configurazioni applicative.

### Progetti di Trasformazione Digitale da avviare

Nella tabella seguente sono descritti i principali progetti di Trasformazione Digitale programmati dal G.O.M. per il triennio 2025-2027.

AMBITO DI RIFERIMENTO	PROGETTUALITÀ	OBIETTIVI	DESCRIZIONE
Infrastrutture e dispositivi abilitanti	<b>Aggiornamento tecnologico Postazioni di Lavoro (PDL)</b>	Aumentare/migliorare la dotazione di dispositivi informatici per gli operatori.	Acquisto PDL (PC, monitor, stampanti) ed accessori per il potenziamento delle PDL esistenti in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti.
	<b>Acquisizione notebook</b>	Aumentare/migliorare la dotazione di dispositivi informatici mobili per gli operatori.	Fornitura di notebook ed accessori in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti, con particolare riferimento all'accesso in mobilità ed al letto del paziente.
	<b>Cablaggi e interventi infrastrutturali</b>	Garantire le infrastrutture di rete necessarie per la fruizione dei servizi su banda larga.	Potenziare le infrastrutture di rete del Presidio Ospedaliero "Morelli" mediante rivisitazione della topologia di rete e sostituzione del cablaggio LAN esistente e degli apparati di rete.
	<b>Migrazione al Polo Strategico Nazionale</b>	Rendere maggiormente sicuri dati e processi aziendali.	Migrazione su PSN di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud ed on premise.
<b>Sicurezza informatica</b>	<b>Acquisizione di apparati e servizi per la sicurezza perimetrale delle reti e delle PDL</b>	Potenziare la sicurezza della rete aziendale e delle PDL al fine di prevenire attacchi informatici.	Acquisizione nuovi apparati e servizi per la gestione evoluta della sicurezza perimetrale e sulle postazioni di lavoro (PDL). Realizzazione di procedure e regolamenti interni per la gestione degli incidenti e le azioni correttive.
<b>Portali e servizi al cittadino, al dipendente, al</b>	<b>Integrazione App lo</b>	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio esistenti nazionali.	Integrazione applicativi aziendali con piattaforma nazionale Applo per la gestione delle notifiche di servizi di pagamento ed informativi al paziente.

	<b>Integrazione piattaforme identità digitale SPID e CIE</b>	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio esistenti nazionali.	Integrazione con piattaforme di identificazione digitale SPID e CIE per l'erogazione dei servizi con modalità di autenticazione avanzata.
	<b>Integrazione con piattaforma di pagamento PagoPA</b>	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio esistenti nazionali.	Evoluzione dei servizi di pagamento con integrazione con piattaforma PagoPA.
	<b>Monitor Dinamici Multimediali</b>	Interagire in modo dinamico e proattivo con l'utenza per fornire informazioni e servizi multimediali.	Monitoraggio ed evoluzione della piattaforma multimediale realizzata per la proiezione su Smart TV collocati sui due Presidi Ospedalieri, nelle zone di maggior affluenza e di attesa, di contenuti dinamici e multimediali legati ai servizi localizzati nelle immediate vicinanze degli schermi, contenuti informativi generici del G.O.M. e servizi.
	<b>Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti</b>	Rilevare e quantificare il grado di soddisfazione e la qualità dei servizi resi a cittadini.	Implementazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti.
	<b>Sistema di asset tracking</b>	Localizzazione degli asset ospedalieri	Implementazione di una piattaforma digitale per la gestione e localizzazione degli asset ospedalieri (es. elettromedicali, attrezzature etc.) in mobilità, mediante l'utilizzo della copertura WIFI e bluetooth già realizzata.
<b>Componenti applicative e di servizio</b>	<b>Integrazioni tra sistemi applicativi</b>	Ottimizzare efficienza ed efficacia del sistema informativo aziendale.	Implementazione e consolidamento di integrazioni tra sistemi dipartimentali e clinico sanitari. Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico.
	<b>Adeguamento applicativi</b>	Adeguamento tecnologico in ottica cloud.	Interventi mirati all'evoluzione dei sistemi applicativi per rendere tutte le componenti compliance rispetto al paradigma Cloud.
	<b>Sistema di Business Intelligence</b>	Ampliare i sistemi informatici di controllo di gestione.	Evoluzione della piattaforma di Business Intelligence finalizzata a consentire alla Direzione Strategica di disporre di report e cruscotti per l'analisi dei dati consuntivi ed effettuare previsioni e analisi di tipo statistico accedendo ai dati stessi secondo diverse dimensioni e ambiti.
	<b>Dematerializzazione e conservazione digitale</b>	Potenziare i sistemi di dematerializzazione delle informazioni.	Interventi finalizzati al potenziamento dei sistemi di conservazione digitale e implementazione di workflow e funzionalità applicative per gestire il flusso documentale in modalità nativamente digitale.

**Tabella 7 - Progetti di Trasformazione Digitale programmati dal G.O.M. per il triennio 2025-2027.**

**L. Accessibilità fisica ai servizi:** La normativa vigente relativamente al superamento delle barriere architettoniche prevede la possibilità per tutti i cittadini indipendentemente dalla condizione personale di potere accedere ai luoghi. Per consentire ciò gli elementi costruttivi che impediscono, limitano o rendono difficoltosi gli spostamenti o la fruizione dei servizi, specialmente per le persone con limitata capacità motoria costituiscono barriere architettoniche e, pertanto è necessario mettere in campo azioni finalizzate al superamento delle suddette barriere.

Nei presidi ospedalieri tale problematica è particolarmente sentita atteso che l'accesso deve essere garantito, tra l'altro, a mezzi di soccorso, a pazienti dializzati, a pazienti con problemi di deambulazione.

Nella programmazione dei lavori, il G.O.M. ha inserito interventi che consentiranno di migliorare, ulteriormente, l'accessibilità fisica ai presidi e la fruizione degli stessi; in generale, comunque, il G.O.M. sta portando avanti progetti e azioni da sviluppare che sia allo stato attuale che nel prossimo futuro miglioreranno l'accesso fisico, l'orientamento, l'utilizzo dei percorsi assistenziali.

L'accesso alle strutture deve essere, infatti, sempre possibile:

- al mezzo di soccorso e agli accompagnatori di pazienti in condizioni di emergenza/urgenza diretti al pronto soccorso. Sono state, inoltre, ricavate per gli accompagnatori aree di sosta limitrofe opportunamente contrassegnate.

A fine 2023 è stata avviata una nuova gestione dei posti parcheggio disponibili nei due presidi attraverso una concessione attiva che prevede un canone a carico del concessionario a favore dell'ospedale.

Inoltre è stata attivata una convenzione con l'Azienda di trasporto pubblico locale della città di Reggio Calabria ATAM S.p.A. per dare la possibilità ai dipendenti del G.O.M. di accedere ad un abbonamento annuale al servizio autobus cittadino a prezzo ridotto del 70% circa. La misura servirà per consentire agli stessi dipendenti di sfruttare le corse dell'Atam e abbandonare l'automobile per raggiungere il posto di lavoro così riducendo l'impatto dell'utilizzo delle macchine private sull'ambiente.

Ancora, va segnalato in quest'area, che dal 2023 è disponibile gratuitamente sugli store di Apple e di Android, l'applicazione denominata "G.O.M. Reggio Calabria", un'app per la navigazione all'interno delle strutture del G.O.M.. Essa è stata progettata per facilitare gli spostamenti di pazienti e visitatori all'interno dei presidi ospedalieri del G.O.M.. Ciò è reso possibile da un Content management system (CMS), opportunamente sviluppato, che effettua la mappatura di tutte le sedi fisiche del G.O.M. e favorisce la navigazione interna.

L'app non prevede, al momento, alcuna necessità di registrazione degli utenti e consente di ricostruire i percorsi per raggiungere le sedi desiderate tramite tecnologia di realtà aumentata, con la possibilità di individuare anche le indicazioni testuali e di consultare le planimetrie per individuare i punti di destinazione. È stata sviluppata in modo da prevedere integrazioni con i sistemi informativi che il G.O.M. già utilizza o che utilizzerà in futuro, ed è predisposta per mettere a disposizione degli utenti, in una sua versione evoluta, anche funzionalità specifiche come, ad esempio, la prenotazione di esami o visite, la gestione dei referti e la consultazione delle cartelle cliniche.

Tra gli ulteriori strumenti a disposizione vi sono:

- ricerca dei reparti e delle informazioni correlate;
- visualizzazione su mappa dei punti di interesse;
- FAQ;
- visualizzazione della Carta dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera;
- elenco delle associazioni di volontariato che operano presso la struttura e relativi contatti;
- ricerca dei punti di interesse tramite beacon.

“G.O.M. Reggio Calabria” è la prima applicazione per smartphone per la geolocalizzazione e la mobilità interna attiva in un Ospedale della Calabria, e mette a disposizione degli utenti un canale di comunicazione ideato per la gestione di informazioni e segnalazioni: [apmobile@ospedalercc.it](mailto:apmobile@ospedalercc.it).

I due presidi ospedalieri del G.O.M. presentano da questo punto di vista peculiarità diverse, in quanto l'ubicazione, l'accessibilità e le condizioni al contorno sono diverse.

Il *Presidio “Riuniti”* è fortemente condizionato dai problemi di accessibilità, dovuti alla propria ubicazione, alle caratteristiche del sito, alla mancanza di parcheggi che soddisfino il fabbisogno complessivo, alla totale mancanza di politiche metropolitane appropriate sulla mobilità finalizzate ad agevolare il trasporto da e verso l'ospedale. L'accessibilità è, inoltre, condizionata dalla necessaria presenza di cantieri e dalla limitazione di alcune aree per motivi di ordine sanitario (percorsi COVID).

La gestione in concessione dei parcheggi sopra citata ha consentito anche la messa a disposizione per l'utenza di una navetta dedicata tra il parcheggio inferiore ed il parcheggio superiore.

Nonostante le problematiche evidenziate sono state poste in essere, nel tempo, azioni finalizzate a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali, adeguando l'ingresso del vecchio ospedale, nonché implementando la segnaletica interna al presidio con il sistema “wayfinding” con strisce guida al pavimento di ogni piano dell'edificio e la nuova cartellonistica a tutti i piani e nei pressi delle scale e degli ascensori.

Il *Presidio “Morelli”* presenta delle caratteristiche differenti rispetto all'accessibilità, essendo ubicato in zona più pianeggiante con parcheggi a raso a latere degli edifici ospedalieri e nelle vie limitrofe, anche in questo caso i problemi sono accentuati dall'assenza di una gestione dei posti parcheggio disponibili.

Anche nel caso del Presidio “Morelli” sono state poste in essere, nel tempo, azioni finalizzate a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali, nonché implementando la segnaletica interna al presidio con il sistema “wayfinding” con strisce guida al pavimento di ogni piano dell'edificio e la nuova cartellonistica a tutti i piani e nei pressi delle scale e degli ascensori.

Attività programmate:

- sistemazione dei marciapiedi che circondano la struttura, resi in alcuni punti impraticabili dall'alberatura presente;
- nel lungo periodo, il G.O.M. ha in previsione l'ampliamento del Presidio “Morelli” che consentirà di innovare tutti gli aspetti legati all'accessibilità fisica dei servizi sanitari e diventare nel contempo il Presidio di riferimento dell'Azienda.

**M. Riduzione dell'impatto ambientale:** I servizi sanitari, a cominciare dagli ospedali, contribuiscono in maniera significativa al mantenimento dell'ambiente e, pertanto, il Servizio Sanitario deve in tutti i modi cercare di ridurre l'impatto ambientale migliorando i sistemi ambientali dei servizi sanitari e delle loro attività, compresi i materiali utilizzati, le tecnologie, i trasporti, l'energia, i rifiuti prodotti. In termini di emissioni, il Servizio Sanitario è un settore ad alto impatto ed intervenire su di esso è molto importante anche perché l'attività correlata ai servizi sanitari rappresenta una quota considerevole del PIL, esercitando una forte influenza su molte altre attività economiche, a cui sono intimamente connesse.

Pertanto, sarebbe necessario:

- 1) massimizzare l'efficienza energetica dei fabbricati; ove possibile favorire l'illuminazione e la ventilazione naturale degli ambienti; ottimizzare l'utilizzo degli spazi; utilizzare fonti luminose e tecnologie LED; sostituire gradualmente le fonti di energia fossile con energie rinnovabili, aumentare gli spazi verdi;
- 2) limitare i trasferimenti e migliorare l'efficienza dei trasporti, sviluppando strategie di telemedicina e di comunicazione digitale come alternativa ai colloqui diretti;
- 3) impiegare mezzi elettrici per il trasporto;
- 4) attivare convenzioni con tariffe dedicate per l'uso dei mezzi di trasporto pubblici.

L'impatto ecologico come si evince si distribuisce in un'ampia gamma di indicatori e si può misurare e suddividere per settore e attività, adottando conseguenzialmente le misure per ridurla.

Il G.O.M. per quanto riguarda gli aspetti connessi agli edifici di pertinenza ha in programma delle azioni finalizzate al miglioramento dell'efficientamento energetico, all'utilizzo di fonti rinnovabili, al miglioramento dell'illuminazione (LED).

In questo contesto, il G.O.M. ha effettuato la riconversione delle centrali termiche dei due presidi ospedalieri da gasolio a metano, completate nel 2020 per il Morelli e nel 2022 per il Riuniti.

Inoltre, con la Delibera del Commissario Straordinario n. 56 del 31/1/2023 il G.O.M. ha approvato la rinegoziazione e proroga di 9 anni della Convenzione Consip (MIES 2) ai sensi del D.Lgs. n. 115/2008, con decorrenza delle nuove condizioni contrattuali dall'1.2.2023. Tra le suddette nuove condizioni è prevista presso i presidi ospedalieri la sostituzione di n. 2200 lampade con altrettante a tecnologia LED (Relamping). Tale attività è stata già completata ma si prevede già un intervento migliorativo consistente nell'introduzione di sistemi di controllo wifi dell'intensità luminosa da remoto e tramite sensori di rilevazione della presenza. Inoltre, si prevedono la realizzazione di una centrale di rigenerazione e l'installazione di pannelli solari fotovoltaici e termici, che consentiranno di perseguire il duplice obiettivo di risparmio energetico ed approvvigionamento da fonti rinnovabili nonché il rispetto dell'ambiente con consistente riduzione di emissioni di CO2 che ne deriverà.

Sarebbe auspicabile in futuro individuare un settore che si occupasse della transizione ambientale con degli step precisi di riduzione sugli indicatori più impattanti.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	DESTINATARI	TEMPI	INDICATORE	VALORE ATTESO	FONTI DATI
<b>BENESSERE SANITARIO</b>	Rete Ospedaliera: attivazione posti letto da D.C.A. n. 78 del 26.3.2024.	Cittadini	1-3 anni.	Posti letto attivati.	Posti letto attivati.	<b>HSP.12</b>
	Rete Trapianti: Implementazione attività di prelievo di organi e trapianto. Adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018.	Cittadini	1-3 anni.	Attività da rendicontare e relazionare.	Attività anno 2025 > anno 2024.	<b>Relazione U.O.C. Centro Regionale Trapianti</b>
	Erogare prestazioni di alta complessità, ponendosi come riferimento sia a livello regionale che nazionale.	Cittadini	1-3 anni.	% prestazioni di alta complessità/totale prestazioni.	Anno 2025 > anno 2024.	<b>SISR (SDO)</b>
	Implementazione percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali.	Cittadini	1-3 anni.	PDTA implementati.	Anno 2025 > anno 2024.	<b>Relazioni annuali</b>
	Migliorare l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'equità delle cure erogate.	Cittadini	1-3 anni.	Miglioramento indicatori P.N.E.	Miglioramento dati PNE.	<b>AGENAS, SISR</b>
				Miglioramento indicatori N.S.G.	Miglioramento dati NSG.	<b>Ministero della Salute, SISR</b>
	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	Cittadini	1-3 anni.	Relazione del Risk Manager	Dati di attività.	<b>Relazione annuale Risk Manager.</b>
Promuovere la ricerca scientifica. Istituzione I.R.C.C.S. denominato "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria.	Cittadini	1-3 anni.	Attività scientifica documentata.	Dati di attività.	<b>Relazioni annuali</b>	
<b>BENESSERE SOCIALE (accessibilità ai servizi)</b>	Ridurre i tempi di attesa per interventi chirurgici.	Cittadini	1-3 anni.	Incremento volumi interventi chirurgici.	Anno 2025 > anno 2024.	<b>SISR (SDO)</b>
	Ridurre i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.	Cittadini	1-3 anni.	Tempi di attesa migliorati.	Anno 2025 < anno 2024.	<b>U.O.C. Direzione Medica di Presidio</b>
<b>BENESSERE SOCIALE (accessibilità digitale ai servizi e semplificazione dei processi)</b>	Realizzazione progetti di Trasformazione Digitale finalizzati a: – facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie; – migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.; – promuovere strategie per la comunicazione ai cittadini-utenti, ai medici di famiglia ed ai dipendenti; – favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali.	Stakeholder interni ed esterni	1-3 anni.	Relazione attività.	Miglioramento grado di soddisfazione degli utenti.	<b>Responsabile Transizione Digitale</b>
<b>BENESSERE SOCIALE (qualità percepita)</b>	Migliorare la qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati dal G.O.M.	Cittadini	1-3 anni.	% valutazioni buone/ottime su servizi erogati/totale pazienti che hanno effettuato indagine di soddisfazione.	Anno 2025 > anno 2024.	<b>Dati URP/Qualità</b>

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	DESTINATARI	TEMPI	INDICATORE	VALORE ATTESO	FONTI DATI
<b>BENESSERE SOCIALE</b> (accessibilità fisica ai servizi e umanizzazione)	Migliorare l'accessibilità fisica ai servizi.	Cittadini	1 anno.	Documentazione a supporto di eventuali interventi.	Accessibilità fisica ai servizi migliorata.	<b>U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>
	Attuare iniziative di umanizzazione dei reparti.	Cittadini	1-3 anni.	Attività da relazionare.	Attuate iniziative di umanizzazione dei reparti.	<b>U.O.C. Direzione Medica di Presidio e U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>
<b>BENESSERE SOCIALE</b> (Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Privacy)	Favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed alla tutela della riservatezza dei dati personali.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Relazioni del RPCT e RPD.	Relazioni del RPCT e RPD.	<b>Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Responsabile Protezione Dati</b>
	Consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Relazione del RPCT.	Relazione del RPCT.	<b>Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</b>
<b>BENESSERE ORGANIZZATIVO</b>	Migliorare l'accessibilità ai servizi a beneficio dei Dipendenti.	Dipendenti	1 anno.	Implementazione nuove funzionalità Portale del Dipendente.	Portale implementato.	<b>U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.</b>
	Migliorare le condizioni organizzative che impattano sul clima interno (comunicazione, trasparenza, percorsi di carriera, promozione della crescita aziendale degli operatori, formazione, ecc.)	Dipendenti	1 anno.	Indagini mirate ad indagare la percezione del clima.	Indagine clima organizzativo	<b>U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b>
		Dipendenti	1 anno.	Piano Formativo.	Piano Formativo.	<b>U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b>
Dipendenti	1 anno.	Documentazione a supporto di eventuali interventi.	Accessibilità fisica ai servizi dei soggetti fragili.	<b>U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>		
<b>BENESSERE ECONOMICO</b>	Rispetto del vincolo di bilancio programmato.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Bilancio di esercizio.	Risultato economico di esercizio positivo o con perdita inferiore all'1% dell'assegnazione dei fondi.	<b>U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati.	Stakeholder interni ed esterni.	1 anno.	Indicatore tempestività dei pagamenti.	30 giorni.	<b>U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>
<b>BENESSERE AMBIENTALE</b>	Riduzione dell'impatto ambientale.	Stakeholder interni ed esterni.	1-3 anni.	Documentazione a supporto di eventuali interventi.	Relazione attività.	<b>U.O.C. Direzione Medica di Presidio. U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale</b>

**Tabella 8 – Tabella del valore pubblico.**

## 2.2 PERFORMANCE

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

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

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

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

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al **Ciclo di gestione della performance**, così come previsto dall'art. 4 del D. Lgs. n. 150/2009. Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Il Piano, essendo un atto di programmazione pluriennale, con indicazione delle attività per l'anno in corso, è modificabile con cadenza annuale, entro il 31 gennaio, in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Il Piano della Performance rappresenta, dunque, lo strumento organizzativo-gestionale per migliorare la qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il Piano della Performance ha come fine di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare;

- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell' anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Inoltre, come previsto dall'art. 10 D. Lgs. n. 150/2009, l'Azienda adotta annualmente, entro il 30 giugno, la **Relazione sulla Performance**, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

### **2.2.1 Gli indicatori di performance**

Come tutto il S.S.N., anche il G.O.M. ha subito gli effetti dell'**epidemia da COVID-19**, riconducibili a fatti che hanno stravolto l'organizzazione di tutte le aziende sanitarie:

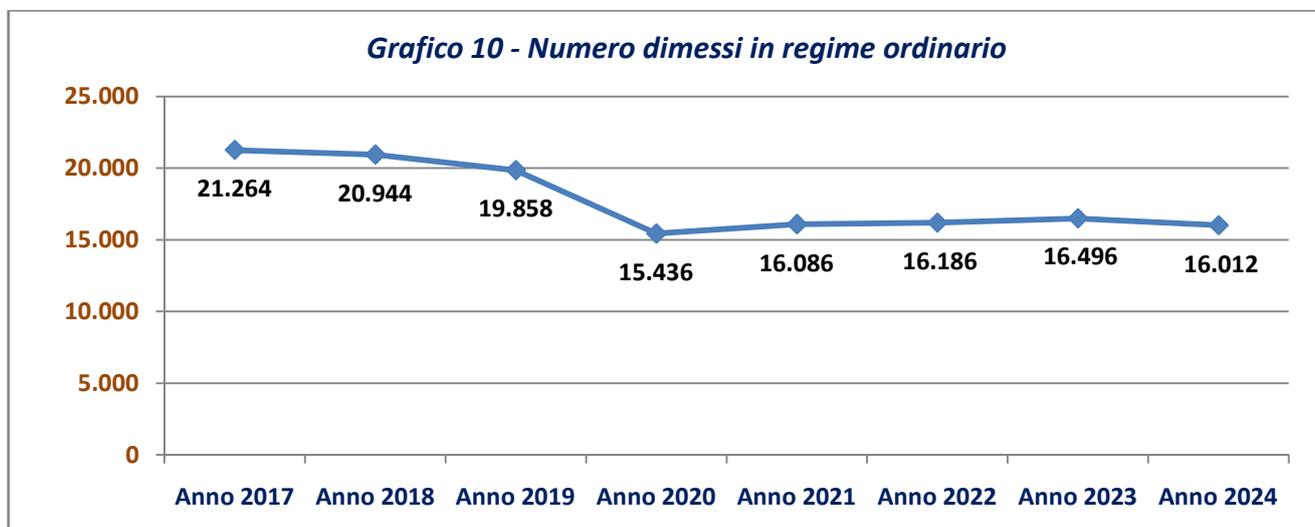
- la rimodulazione temporanea, ma di incerta durata, della dotazione di posti letto di diverse branche disciplinari per aumentare posti letto di terapia intensiva, malattie infettive e pneumologia;
- i costi di adattamento e riadattamento logistico degli spazi ospedalieri, incluse le sale operatorie;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

Di seguito l'analisi degli indicatori di performance che registrano una significativa ripresa delle attività a seguito del **emergenza COVID-19**.

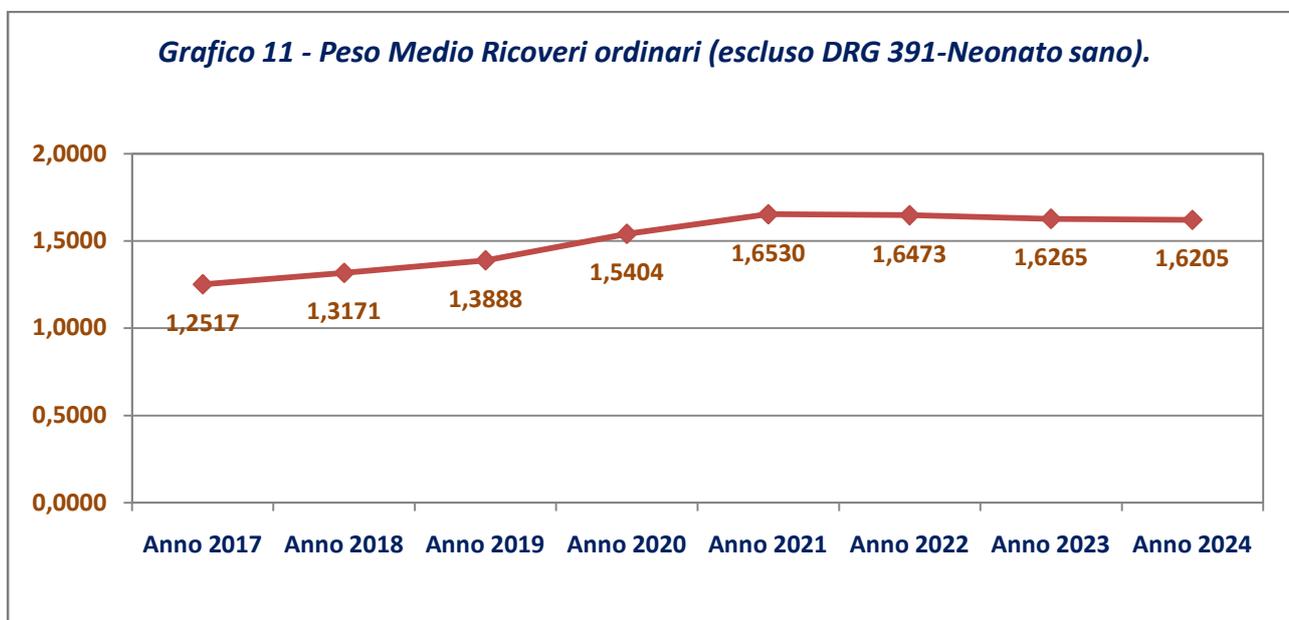
## RICOVERI ORDINARI

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

- ❖ il volume dei **ricoveri ordinari** è stato pari a 16.012 con l'andamento descritto nel grafico seguente:

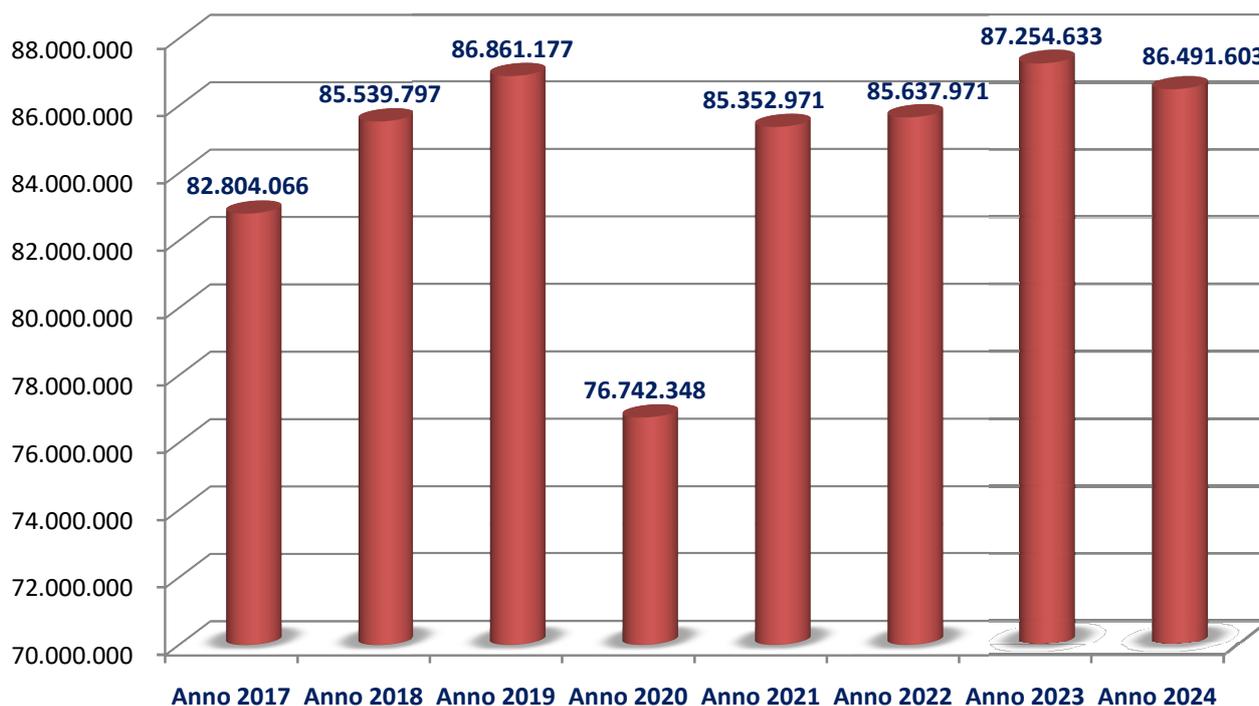


- ❖ a fronte della riduzione del numero di ricoveri ordinari sul lungo periodo (da 21.264 del 2017 a 16.012 del 2024) si è registrato l'incremento del livello di complessità dei ricoveri ordinari, attestata dall'aumento progressivo del **peso medio del DRG** che passa dai valori di 1,25 nel 2017 a valori superiori a 1,62 a partire dall'anno 2021.



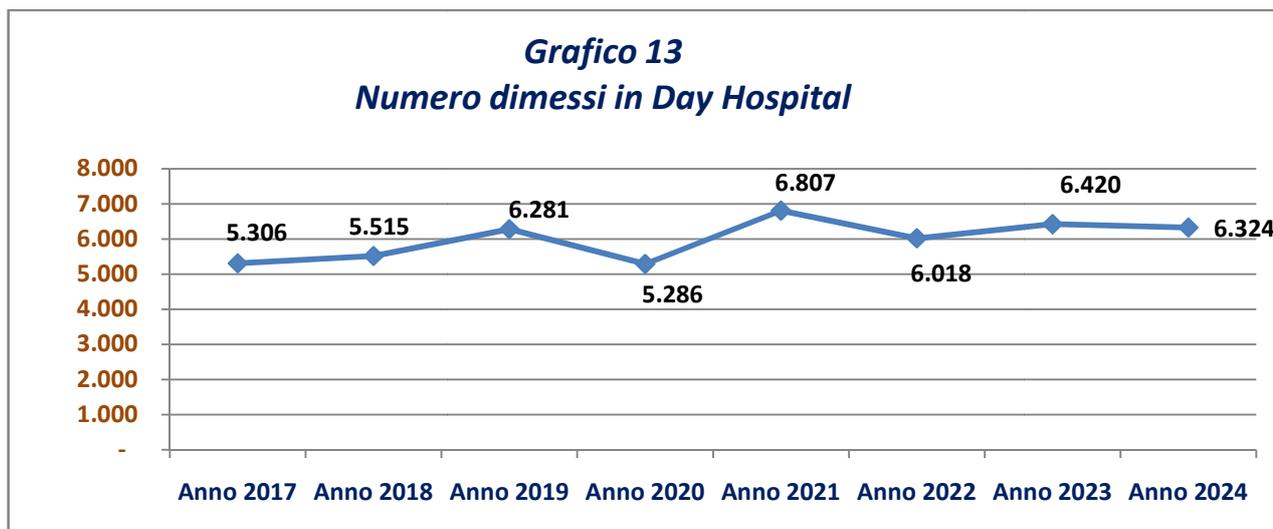
❖ il **valore economico dei ricoveri ordinari** si attesta pari ad euro 86.491.603. Anche l'incremento del valore della produzione, registrata rispetto al 2017, è il risultato di una casistica più complessa e più appropriata per un centro HUB ed al trasferimento delle prestazioni di minore complessità ed a rischio inappropriata ad un regime di erogazione ospedaliero più appropriato (Day Hospital, Day Service, ambulatoriale).

**Grafico 12 - Ricavi da Ricoveri Ordinari**

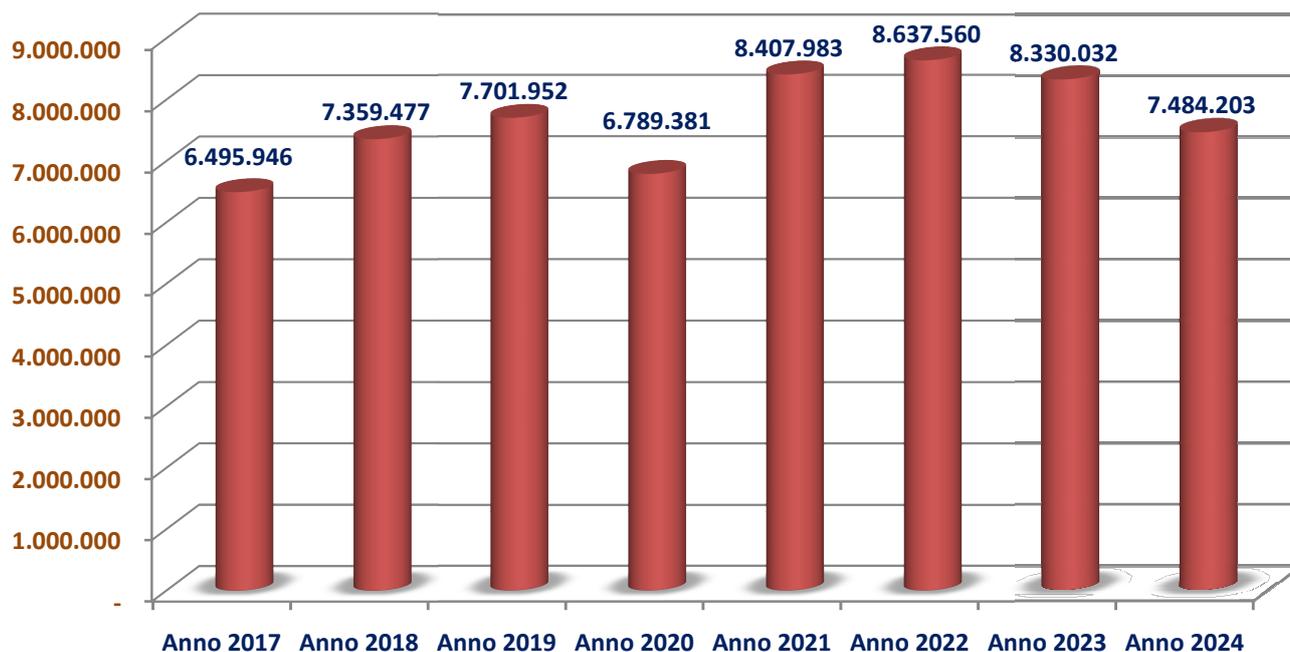


## DAY HOSPITAL

L'attività in regime di Day Hospital ha registrato un numero di 6.324 ricoveri con ricavi pari a 7.484.203 euro.

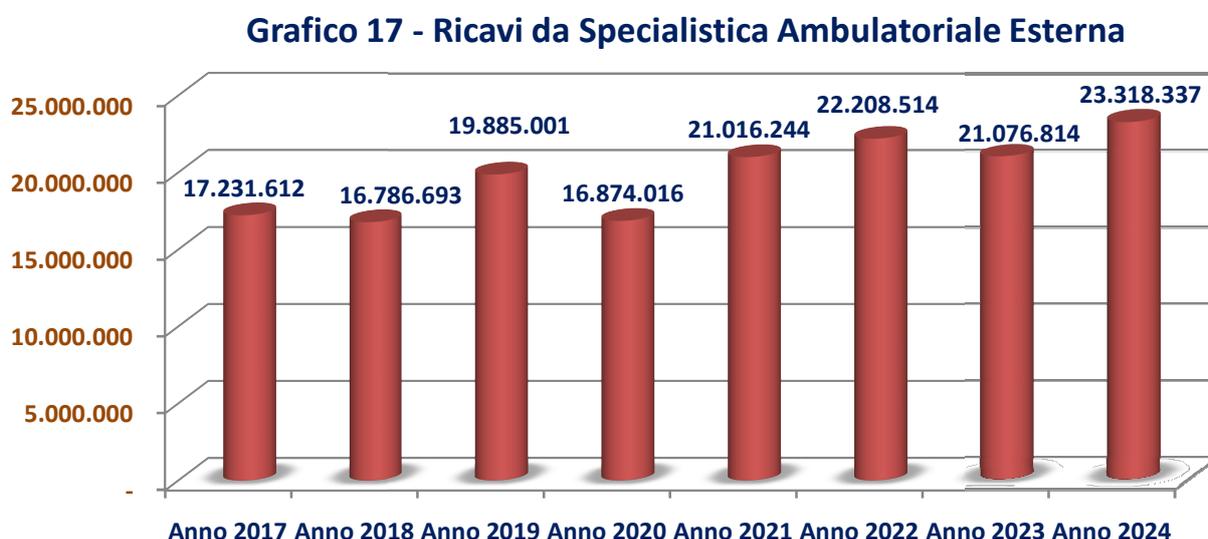
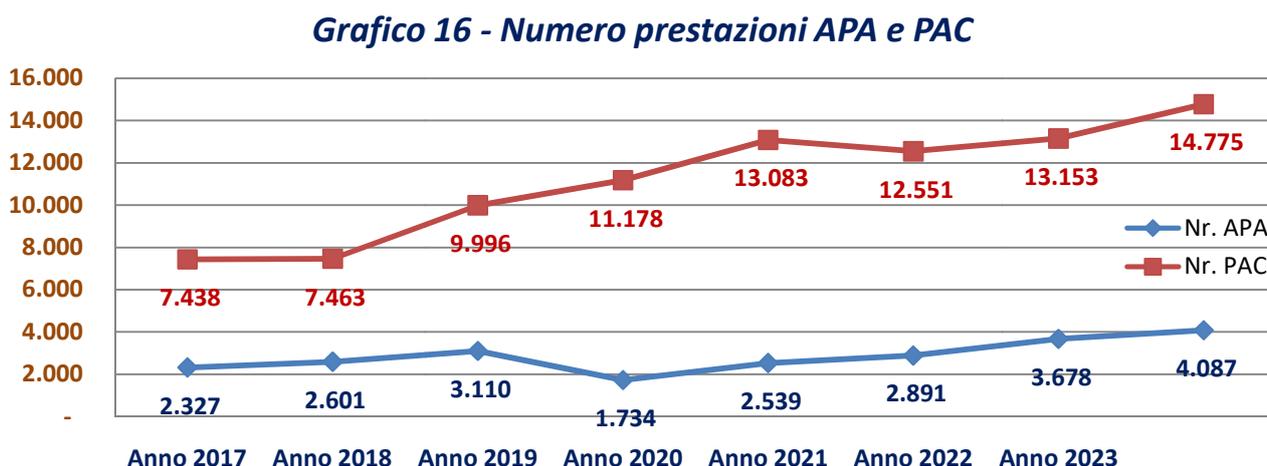


**Grafico 14 - Ricavi da attività di Day Hospital**



## PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

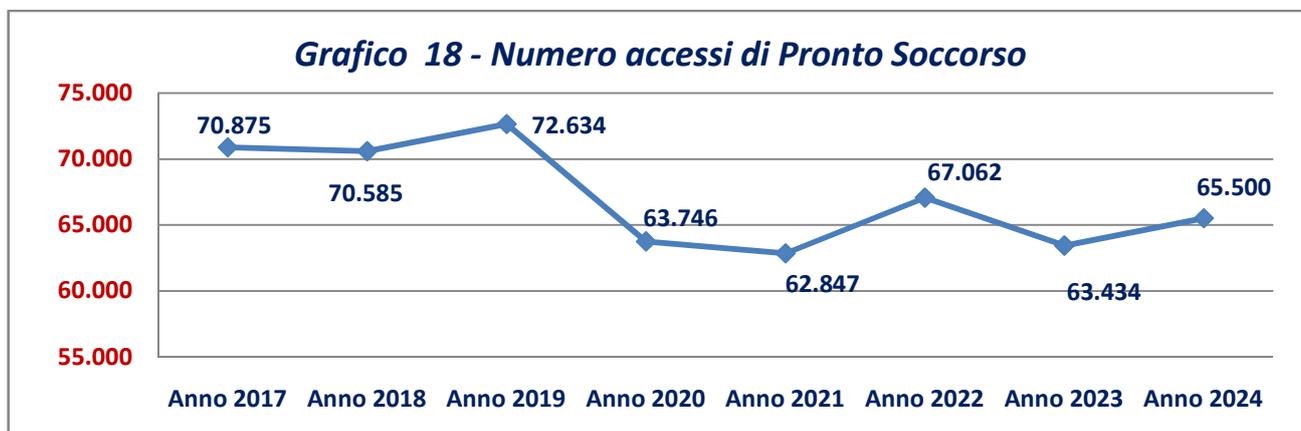
Nel 2024 risultano erogate un numero di *prestazioni ambulatoriali S.S.N.* pari a 795.382 per un ricavo complessivo di euro 23.318.337, registrando dunque un notevole incremento rispetto al 2023 sia in termini di prestazioni (+102.295) che di ricavi (+2.241.523 euro). Si rileva, inoltre, ancora un aumento delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime APA/PAC (+2.031), che crescono del 12%.



## PRONTO SOCCORSO

Relativamente all'attività del Pronto Soccorso nel 2024 si è rilevato un incremento del **numero di accessi al Pronto Soccorso** (+2.066 accessi) rispetto al 2023.

All'esordio della pandemia, in linea con le indicazioni ministeriali per una corretta separazione dei percorsi e delle aree di trattamento dei pazienti in corso di epidemie, è stato progettato una rimodulazione degli spazi dedicati al Pronto soccorso generale ed al **Pronto Soccorso COVID** e all'**O.B.I. COVID**. Tale percorso è stato mantenuto anche nel 2024.



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

DESCRIZIONE_DATO	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Nr. di accessi totali al Pronto Soccorso	72.634	63.746	62.847	67.062	63.434	65.500
Nr. di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.	4.387	3.907	2.841	2.171	1.913	1.480
Nr. di O.B.I. esitate a ricovero	1.594	1.935	1.150	924	751	634
Durata media (in ore) delle O.B.I.	27	30	40	47	59	77
Nr. OBI non seguite da ricovero – Flusso ASA	2.014	1.409	1.290	1.004	992	687

**Tabella 9 - Dati di attività dell'O.B.I.**

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

TEMPI D'ATTESA PER CODICE TRIAGE (MINUTI)	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
ROSSO	8	8	8
ARANCIONE	19	18	21
AZZURRO	30	41	46
VERDE	53	70	72
BIANCO	60	48	51

**Tabella 10 - Tempi medi di attesa per codice triage (in minuti).**

## 2.2.2 L'evoluzione dei ricavi e del valore della produzione

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

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

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

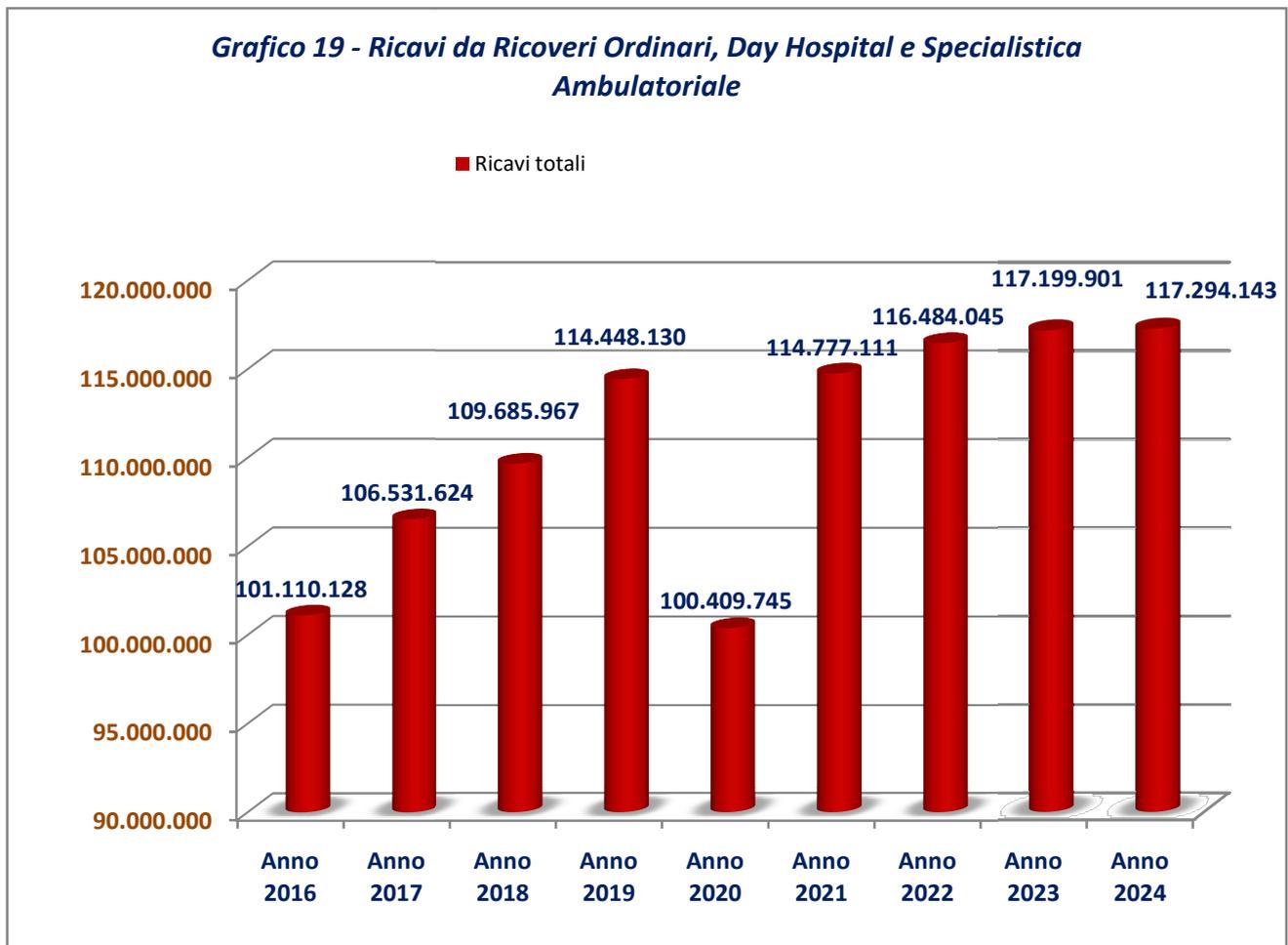
PRESTAZIONI	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	19.858	86.861.177	15.436	76.742.348	16.086	85.352.971
DAY HOSPITAL	6.281	7.701.952	5.286	6.789.381	6.807	8.407.983
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	731.818	19.885.001	564.192	16.874.016	642.745	21.016.157
FILE F		16.099.932		17.700.413		15.850.770
PRONTO SOCCORSO	72.634	12.171.279	63.668	10.668.847	62.771	10.518.537
TOTALE GENERALE		142.719.342		128.775.005		141.144.736

PRESTAZIONI	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024 (dati provvisori)	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	16.186	85.637.971	16.496	87.548.633	16.012	86.491.603
DAY HOSPITAL	6.018	8.637.560	6.420	8.330.032	6.324	7.484.203
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	720.218	22.208.514	697.790	21.321.236	795.382	23.318.337
FILE F		17.183.172		20.042.489		19.276.922
PRONTO SOCCORSO	65.531	8.377.495	63.434	8.926.454	65.550	9.397.996
TOTALE GENERALE		141.518.456		146.168.844		145.969.061

**Tabella 11 - Dati di produzione 2013-2024.**

Andamento ricavi strutturali	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Ricavi ricoveri ordinari	86.861.177	76.742.348	85.352.971	85.637.971	87.548.633	86.491.603
Ricavi ricoveri Day Hospital	7.701.952	6.789.381	8.407.983	8.637.560	8.330.032	7.484.203
Ricavi prestazioni ambulatoriali	19.885.001	16.878.016	21.016.157	22.208.514	21.321.236	23.318.337
<b>Ricavi totali</b>	<b>114.448.130</b>	<b>100.409.745</b>	<b>114.777.111</b>	<b>116.484.045</b>	<b>117.199.901</b>	<b>117.294.143</b>

**Tabella 12 - Ricavi strutturali 2019-2024.**



### 2.2.3 Risorse, Efficienza ed Economicità

Nella presente relazione si fa riferimento agli ultimi dati economici formalmente approvati, che riguardano il bilancio d'esercizio 2023 adottato con delibera del Commissario Straordinario n. 418 del 28.6.2024.

L'emergenza sanitaria come nella maggior parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in Italia ha determinato un'importante pressione sul fronte dei costi aziendali che dal 2020 hanno subito un notevole incremento sia per quanto concerne gli acquisti di beni e servizi sia per quello che riguarda il personale. L'effetto economico di tali iniziative è stato tempestivamente e periodicamente segnalato dalla Direzione Strategica e dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie agli organismi superiori di programmazione regionale già in sede di redazione del bilancio economico preventivo 2024 e pluriennale 2024 – 2026 e del bilancio di esercizio del 2023, nonché nelle relazioni di accompagnamento ai modelli trimestrali di rilevazione della situazione economica aziendale (modello CE) del triennio 2022-2024, nei bilanci economico preventivi 2023 e 2024 e nei bilanci di esercizio 2022 e 2023.

Di seguito, in forma tabellare, si riporta l'evoluzione dei principali costi diretti rilevati nei bilanci di esercizio del quinquennio 2019 - 2023.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
ACQUISTI BENI SANITARI	57.984.506	61.122.325	64.232.358	67.392.488	74.591.094
COSTO DEL PERSONALE	94.551.165	97.162.499	96.284.758	100.776.490	106.597.980
TOTALE	152.535.671	158.284.824	160.517.116	168.168.978	181.189.073

**Tabella 13 - Costi 2019-2023.**

Più in dettaglio, va segnalato che, nell'arco temporale considerato, si è verificato un aumento del costo relativo agli acquisti di materiale sanitario dovuto proprio alla maggiore attività assistenziale.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	30.618.256	32.635.949	35.931.258	37.225.186	38.644.632
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	6.413.541	7.184.058	8.042.112	8.337.021	8.662.305
DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	4.313.377	4.119.776	4.555.492	4.505.742	6.138.867
PRESIDI CHIRURGICI	15.060.277	15.391.004	15.703.496	16.025.298	19.657.566
TOTALI	56.405.451	59.330.786	64.232.358	66.093.247	73.103.370

**Tabella 14 - Costo per beni sanitari 2019-2023.**

Al fine di rendere l'analisi più completa possibile, è opportuno osservare anche l'andamento di un'altra importante voce di costo, ovvero quella del personale dell'Azienda.

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

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
<b>Totale Costo del personale</b>	<b>97.162.499,11</b>	<b>96.284.757,51</b>	<b>100.776.490,36</b>	<b>106.597.979,68</b>
<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>84.897.429,93</b>	<b>84.798.231,84</b>	<b>88.668.734,09</b>	<b>93.084.383,39</b>
<b>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</b>	<b>46.905.084,73</b>	<b>47.321.654,40</b>	<b>49.196.253,38</b>	<b>49.392.868,51</b>
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	42.444.595,36	43.461.548,73	44.801.325,44	44.834.222,36
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	38.972.517,92	39.641.586,22	41.826.598,35	42.332.615,59
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	3.472.077,44	3.121.992,55	2.892.732,33	2.501.606,77
B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	-	697.969,96	81.994,76	-
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	4.460.489,37	3.860.105,67	4.394.927,94	4.558.646,15
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	3.667.622,18	3.419.669,07	3.945.732,36	4.293.359,15
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	792.867,19	440.436,60	449.195,58	265.287,00
B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	-	-	-	-
<b>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</b>	<b>37.992.345,20</b>	<b>37.476.577,44</b>	<b>39.472.480,71</b>	<b>43.691.514,88</b>
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	34.045.206,27	33.805.393,94	36.470.488,83	42.584.507,01
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	3.947.138,93	3.671.183,50	3.001.991,88	1.107.007,87
B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	-	-	-	-
<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>320.905,84</b>	<b>315.423,84</b>	<b>455.892,36</b>	<b>454.203,48</b>
<b>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</b>	<b>320.905,84</b>	<b>315.423,84</b>	<b>455.892,36</b>	<b>450.489,99</b>
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	320.905,84	315.423,84	455.892,36	450.489,99
B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-	-
B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-	-	-	-
<b>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3.713,49</b>
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	-	-	-	3.713,49
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	-	-	-	-
B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	-	-	-	-
<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>6.962.772,69</b>	<b>6.808.281,02</b>	<b>7.692.870,71</b>	<b>8.550.156,38</b>
<b>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	-	-	-	-
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	-	-	-	-
B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-	-	-	-
<b>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</b>	<b>6.962.772,69</b>	<b>6.808.281,02</b>	<b>7.692.870,71</b>	<b>8.550.156,38</b>
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	6.317.343,97	6.282.774,66	7.504.992,44	8.469.766,11
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	645.428,72	525.506,36	187.878,27	80.390,27
B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	-	-	-	-
<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>4.981.390,65</b>	<b>4.362.820,81</b>	<b>3.958.993,20</b>	<b>4.509.236,43</b>
<b>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</b>	<b>727.858,19</b>	<b>681.569,75</b>	<b>574.739,83</b>	<b>575.937,13</b>
B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	727.858,19	681.569,75	574.739,83	575.937,13
B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-	-
B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro	-	-	-	-
<b>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</b>	<b>4.253.532,46</b>	<b>3.681.251,06</b>	<b>3.384.253,37</b>	<b>3.933.299,30</b>
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	4.253.532,46	3.681.251,06	3.384.253,37	3.933.299,30
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato	-	-	-	-
B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	-	-	-	-

**Tabella 15 - Dettaglio voci di costo del personale (in migliaia di euro).**

L'incremento del costo del personale è dovuto principalmente alle assunzioni che il Grande Ospedale Metropolitano ha dovuto effettuare a causa dell'emergenza.

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

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
QUOTA F.S.R.	183.685.135	183.685.135	206.845.416	215.774.858	215.608.332
RISULTATO DI ESERCIZIO	11.947	-8.058.344	1.343.468	2.734.827	26.056
NR. UNITA' DI PERSONALE	1.742	1.698	1.681	1.791	1.784
COSTO PERSONALE	94.551.165	97.162.499	96.284.758	100.776.490	106.597.980
NR. DEGENZE	26.139	22.894	22.204	22.649	22.916
COSTO PERSONALE/N. DEGENZE	3.617	4.244	4.336	4.449	4.652
COSTO FARMACI	30.618.257	32.635.949	35.579.923	37.225.186	38.644.632
COSTO FARMACI/N. DEGENZE	1.171	1.426	1.602	1.644	1.686
COSTO ALTRI BENI SANITARI	25.787.195	26.694.838	28.305.350	28.868.061	34.458.738
COSTO ALTRI BENI SANITARI/N. DEGENZE	987	1.166	1.275	1.275	1.504

*Tabella 16 - Principali determinanti del Conto Economico 2019-2023.*

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

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

## **2.2.4 Programmazione delle misure Riforma 1.11 del PNRR "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie".**

Il G.O.M. si impegna a migliorare il tempo di pagamento delle fatture relative ai debiti commerciali del triennio 2025-2027 per portarlo il più possibile vicino ai 60 giorni dalla data di ricevimento richiesti dal D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., migliorando, quindi, il valore dell'indicatore del tempo medio ponderato di ritardo per le fatture ricevute. In sede di negoziazione del budget saranno assegnati specifici obiettivi alle U.O.C. coinvolte nella gestione amministrativa e contabile del ciclo passivo, mediante l'individuazione di indicatori misurabili che orientino i comportamenti di tutti gli operatori interessati verso il raggiungimento del risultato atteso.

In particolare, nell'ambito del sistema di valutazione della performance, sono definiti specifici obiettivi già per l'anno 2025 relativi al rispetto dei tempi di pagamento, da valutare ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato sia per i dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture commerciali che per i dirigenti apicali delle altre strutture coinvolte nella gestione del ciclo passivo, per quanto di rispettiva competenza.

In merito a tale argomento con la Circolare del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato n. 1 del 3.1.2024 e le successive integrazioni (v. Circolari nn. 15, 17 e 36 tutte del 2024) sono state diffuse le raccomandazioni della Commissione europea sulla Riforma n. 1.11 - Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie. A tale proposito, benché le previsioni di cui all'articolo 4 - bis del decreto legge 24 febbraio 2023, n. 13, convertito in legge 21 aprile 2023, n. 41, non siano direttamente applicabili agli enti del S.S.N., il G.O.M. ritiene opportuno introdurre per l'anno 2025, nell'ambito del sistema di valutazione della performance, specifici obiettivi relativi al rispetto dei tempi di pagamento da valutare, ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato.

Nonostante il valore dell'indice dei tempi di pagamento del G.O.M. relativo all'anno 2024, tenuto conto del notevole volume di documenti contabili gestiti annualmente (circa 16.000 tra fatture e note di credito), (18,01 gg) non evidenzia una particolare criticità nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, la Direzione strategica ritiene opportuno proseguire nel percorso di miglioramento già avviato nelle precedenti annualità, correlando l'erogazione dei premi di risultato al raggiungimento di obiettivi direttamente connessi al rispetto dei tempi di pagamento e prevedendo percentuali di abbattimento del valore delle indennità di risultato in caso di mancato rispetto dei tempi.

La Direzione Strategica intende definire percentuali di abbattimento che, considerate le carenze di dotazione organica e le scelte adottate dalla Struttura Commissariale della Regione Calabria e da Azienda Zero che hanno fortemente ridotto la possibilità di reclutare personale del comparto amministrativo, non risultino eccessivamente penalizzanti, quanto meno per il primo anno di avvio.

Pertanto, gli obiettivi, gli indicatori e i correlati risultati attesi saranno definiti in modo tale che in caso di mancato o parziale raggiungimento il valore delle indennità di risultato dei dirigenti interessati vengano ridotte, proporzionalmente, secondo percentuali che saranno definite in sede di negoziazione del budget degli obiettivi ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle U.O..

La base di calcolo degli indicatori e relativi risultati sarà fornita, con cadenza trimestrale dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie sull'indicatore di tempestività dei pagamenti ex D. Lgs. n. 33/2013 e/o sulla base dei dati pubblicati nel sistema informativo della PCC, la Piattaforma dei Crediti Commerciali.

## **2.2.5 Le criticità e le opportunità**

L'analisi organizzativa, operativa e sulla gestione economico finanziaria e sulle azioni da mettere in atto per aumentare la capacità competitiva dell'Azienda e, soprattutto, la capacità di generare risorse finanziarie con una crescente attenzione all'evoluzione dei costi, vanno accompagnate ad una valutazione delle potenzialità offerte dall'attuale posizionamento del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli", specie sulle attività "core", dei trend di sviluppo delle attività nell'ultimo triennio e da una prima selezione dei progetti di sviluppo di linee innovative di diagnosi/terapia e di assistenza e di ricerca, già presenti nell'Azienda. La valutazione dei potenziali dell'Azienda può essere meglio compresa attraverso i risultati di una analisi di tipo SWOT di seguito sinteticamente presentata.



#### Punti di forza

- **Centro HUB e ad alta specializzazione.** L'Azienda concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed elevato contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie in ambito provinciale e regionale in quanto centro HUB per la Provincia di Reggio Calabria. Quale Centro HUB, l'Azienda assicura le funzioni di alta specializzazione legate all'emergenza, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili nei centri SPOKE.
- **Solidità economico patrimoniale.** Nell'ultimo decennio pre-COVID-19, l'Azienda ha tenuto un sostanziale equilibrio economico con risultati di esercizio sempre contenuti entro l'1% della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata all'Azienda. In particolare, nel periodo 2006 – 2012 sono state registrate perdite di esercizio con un trend decrescente, mentre nel periodo 2013 - 2019 il risultato economico è stato positivo. Nel 2020 in cui si è registrata la straordinaria perdita di esercizio, quasi integralmente ascrivibile al risultato della gestione CoViD-19, sebbene contenuta entro il 4% del valore della produzione. Tale perdita risulta ormai quasi completamente ripianata dagli utili degli esercizi 2021 e 2022 e dal ripiano effettuato dalla Regione Calabria per le spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19 con il D.C.A. n. 193 del 27/12/2022. Il totale della copertura della perdita di esercizio del 2020 rilevata negli esercizi 2021 e 2022 è pertanto pari al 94% del suo valore.
- **Presenza di centri di eccellenza e flessibilità organizzativa.** L'Azienda fornisce un servizio di eccellenza ai cittadini, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi, avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale.
- **Completezza dell'offerta terapeutico - assistenziale e approccio multidisciplinare al paziente.** L'Azienda, centro di eccellenza nelle cure mediche ospedaliere, sviluppa forme di

collaborazione multiprofessionale. È possibile evidenziare un approccio di integrazione organizzativa e multidisciplinare alla gestione del paziente, con una ricerca del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

- **Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative.** L'impegno nel rinnovamento tecnologico da parte dell'Azienda è intenso e tale da produrre importanti innovazioni che rappresentano un'opportunità per il futuro.
- **Elevato grado di informatizzazione dei processi.** L'Azienda, al fine del conseguimento di più elevati gradi di efficienza ed efficacia delle attività aziendali, utilizza un avanzato sistema informatizzato sia per l'area sanitaria che amministrativo-contabile.
- **Efficace attività nella gestione generale dei flussi informativi e del controllo di gestione.** Il sistema di Controllo di gestione di cui è dotata l'Azienda, supportando con strumenti informativi integrati la definizione delle scelte a supporto delle decisioni strategiche ed operative, garantisce una efficace risposta alle diverse esigenze informative, interne ed esterne all'azienda.

#### **Punti di debolezza**

- **Carenze strutturali e organizzative.** Il Presidio Ospedaliero "Riuniti" è una struttura la cui realizzazione risale a molti decenni fa, quando i canoni e i criteri della medicina e dell'assistenza in regime di ricovero erano lontani da quelli moderni. Esso si trova, pertanto, ad affrontare richieste, volumi di attività e percorsi di gestione del paziente non immaginabili al momento della sua costruzione.
- **Numero di sale operatorie inferiore alle necessità e la mancanza di una struttura di Day Surgery autonoma.** Anche su questo punto il progetto del nuovo ospedale risponde all'esigenza di svincolarsi da una struttura vecchia e vedrà anche la realizzazione di blocchi operatori funzionali e moderni che garantiranno a regime la possibilità di operare simultaneamente su tutte le specialità chirurgiche.  
E' in corso lrealizzazione delle nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia al piano quinto del Presidio "Riuniti".
- **Anzianità anagrafica e professionale della classe medica e infermieristica, conflittualità del personale, resistenza al cambiamento** sono elementi cui dovrà necessariamente accompagnarsi una revisione delle politiche e dei sistemi di gestione del personale.
- **Scarsa applicazione di dimissioni protette e ADI**, indispensabili per poter garantire continuità assistenziale, prestazioni che vengono assicurate direttamente nel domicilio dell'assistito, evitando così ricoveri ospedalieri.

#### **Opportunità**

- **Attrattività.** Garantire ai cittadini terapie mediche e chirurgiche ottimali in loco, sfruttando la presenza di reparti di eccellenza e centri di riferimento regionale (Centro Trapianti Midollo Osseo, Cardiocirurgia, Oncoematologia Pediatrica, ecc.).
- **Convenzionamento con altre strutture sanitarie territoriali e con Strutture Universitarie.** L'Azienda intrattiene rapporti convenzionali con altri enti e strutture (altre Aziende del

Servizio Sanitario Regionale e delle altre Regioni, Università ecc.) per il perseguimento dei propri fini istituzionali sanitari, amministrativi e tecnico - operativi.

- **Integrazione con strutture sanitarie territoriali.** È auspicabile un coordinamento ed integrazione delle attività ospedaliere erogate dalle strutture presenti sul territorio, al fine di migliorare le pratiche di continuità assistenziale.
- **Elaborazione di proposte in ordine all'organizzazione di attività intramuraria nel rispetto delle norme vigenti.** Lo svolgimento di attività mediche al di fuori dell'orario di lavoro, con tariffe maggiorate e da ripartire tra il libero professionista e l'ospedale, potrebbe essere fonte di ricavi per l'Azienda e costituire utile soluzione al problema del contenimento dei tempi relativi alle liste di attesa.
- **Supporto della politica sanitaria regionale.** Il supporto regionale è fattore indispensabile per proseguire nel rilancio del presidio ospedaliero, nella convinzione che Reggio Calabria abbia tutti i presupposti affinché, con un nuovo Ospedale, possa offrire un adeguato sistema di assistenza medica, degno di una città metropolitana.

#### Minacce

- **Assenza di filtro da parte delle strutture territoriali e scarsa disponibilità all'integrazione con strutture sanitarie territoriali** di emergenza createsi a seguito di chiusure di servizi sanitari del livello territoriale. Si evidenzia che il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi – Melacrino - Morelli" si è sostituito all'A.S.P. di Reggio Calabria nell'erogazione di prestazioni sanitarie "consolidate" presso la popolazione per quanto non coerenti con la mission dell'Azienda sotto il profilo strettamente tecnico - sanitario ed organizzativo. La nuova rete ospedaliera punta a un servizio di qualità per il paziente-cittadino. Essa non solo restituisce territorialità alle cure evitando la migrazione sanitaria, ma aumenta le probabilità di successo nella risoluzione del problema. Per questo motivo, la rete ospedaliera deve integrarsi in modo omogeneo nel sistema dell'offerta sanitaria della regione, che presuppone la circolarità e l'integrazione dei servizi tra le strutture che insistono sul territorio.
- **Uso improprio del Pronto Soccorso da parte dell'utenza.** Il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero risulta intasato da richieste di prestazioni inappropriate; si rende necessario, pertanto, adottare strategie mirate al fine di scoraggiare il contatto con i cosiddetti "codici bianchi" e contenere gli accessi impropri al pronto soccorso.
- **Qualità dell'offerta sanitaria privata sopravvalutata rispetto alle reali potenzialità.** La qualità dei servizi offerti dalla sanità pubblica non è vista di buon occhio dalla maggior parte degli italiani e solo in pochi la giudicano migliorata. I costi sono più accessibili e il personale è qualificato, ma le strutture private raccolgono buoni consensi, soprattutto per le minori liste d'attesa.

## 2.2.6 La pianificazione triennale

### Programma Operativo Regionale

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

### Programma Operativo Aziendale

Nel corso del triennio 2025-2027 l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi la cui realizzazione assume rilevanza decisiva e strategica:

- 1) mantenimento a regime di una risposta strutturale ed organizzativa ai pazienti CoVid-19, e ad altri possibili episodi pandemici, attraverso l'utilizzo di fondi regionali, statali ed europei assegnati all'Azienda dalla Regione Calabria;
- 2) potenziamento di tutte le attività di ricerca clinica e di sperimentazione sanitaria anche attraverso la costituzione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) denominato "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria" il cui progetto ha ricevuto con il D.C.A. n. 76 dell'11.5.2021 il parere di coerenza con la programmazione sanitaria regionale ed il nulla osta definitivo da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze con il parere prot. n. 137-P del 26.5.2021 riportato nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei L.E.A. del 22.7.2021 e la cui procedura per l'accreditamento è in fase di istruttoria;
- 3) incremento dell'attività chirurgica di elezione per le U.O.C. di Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Urologia, Ortopedia, Neurochirurgia ed Ostetricia e Ginecologia attraverso: a) l'acquisto di attrezzature sanitarie con fondi finanziari ex art. 20 della legge n. 67/1988 e degli obiettivi di P.S.N., nonché l'aumento della chirurgia robotica avviata negli scorsi anni attraverso l'acquisizione, concordata con la Struttura Commissariale di un'apposita attrezzatura che l'Azienda ha installato, prima ed unica in Calabria, e grazie alla quale è divenuta centro di riferimento per l'intera Regione; b) il potenziamento degli organici attraverso l'assunzione del personale autorizzato con il D.C.A. n. 165 del 29.11.2022; c) la modifica dell'organizzazione all'utilizzo del Blocco Operatorio già redatta dal responsabile della relativa U.O.S.D. (in linea con il Piano della Performance 2022 – 2024) e trasmessa alla Regione Calabria per l'autorizzazione, al fine di raggiungere un ottimale utilizzo delle risorse assegnate e di migliorare la performance chirurgica;
- 4) incremento delle attività afferenti le specialità cardio – vascolari implementando con l'ASP di Reggio Calabria la rete dell'IMA, già approvata dalla struttura commissariale per il piano di rientro;

5) realizzazione del *“Programma triennale delle opere pubbliche 2025/2027”*, approvato con la delibera n. 692 del 31.10.2024 nonché il *“Programma triennale degli acquisti di forniture e servizi 2025-2027”*, che prevedono nel triennio 2024-2026, tra l’altro, i seguenti interventi:

- realizzazione dell'ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia al piano primo Corpo A del “Presidio Riuniti”;
- ristrutturazione e messa a norma del quarto piano del Corpo B del “Presidio Riuniti” per la realizzazione del nuovo reparto della U.O.C. Chirurgia Vascolare;
- implementazione e adeguamento degli impianti di climatizzazione a servizio delle aree comuni del “Presidio Riuniti” e del “Presidio Morelli”;
- lavori di ristrutturazione del reparto di Nefrologia ubicato al sesto piano del Corpo A del “Presidio Riuniti”.

Si elencano, inoltre, al fine di dare un quadro più ampio delle attività edilizie finalizzate al miglioramento continuo delle strutture ospedaliere, alcuni interventi di recente realizzazione e altre in corso di realizzazione:

- adeguamento e riqualificazione dei locali ubicati al primo piano nei corpi "A" ed "I" del “Presidio Riuniti”, installazione di un tomografo a risonanza magnetica 3T e di un angiografo;
- realizzazione delle nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia;
- manutenzione straordinaria del reparto di Neurologia, corpo "S" e raccordo tra corpo "S" e corpo "T”;
- riadattamento dei locali al piano terra corpo "T" destinati al percorso donazionale del Servizio Immunotrasfusionale;
- umanizzazione del reparto di Radioterapia Oncologica;
- rifacimento di alcune facciate del “Presidio Riuniti”,
- manutenzione straordinaria della Radiologia del “Presidio Riuniti”.

Inoltre, si rappresenta che il G.O.M. è impegnato nella gestione di alcune linee di intervento dei Programmi P.N.R.R. ed in particolare:

- il programma missione 6 Salute del PNRR – Componente 2, sub-investimento 1.1.2 *“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”*, all’interno del quale è previsto il finanziamento di n. 39 apparecchiature alcune già installate e collaudate altre da installare dopo i lavori di adeguamento dei locali di destinazione.

QTÀ	TIPOLOGIA	SEDE INSTALLAZIONE	FINANZIAMENTO	COSTO	ECONOMIE	STATO ATTUALE
1	TAC 128	RADIOLOGIA RIUNITI	530.000,00	456.487,50	73.512,50	Installata e collaudata
1	TAC 128	RADIOLOGIA RIUNITI	530.000,00	239.116,50	290.883,50	Installata e collaudata
1	MAMMOGRAFO DIGITALE CON TOMOSINTESI	RADIOLOGIA RIUNITI	274.500,00	170.190,00	104.310,00	Installato e collaudato
18	ECOTOMOGRAFI MULTIDISCIPLINARI	VARIE UU.OO.	1.476.000,00	1.338.763,65	137.236,65	Installati e collaudati
10	ECOTOMOGRAFI CARDIOLOGICI	CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA	820.000,00	249.795,00	570.205,00	Installati e collaudati
1	ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO 3D	CARDIOLOGIA	82.000,00	69.637,05	12.362,95	Installato e collaudato
4	TELECOMANDATI DIGITALI PER ESAMI DA REPARTO	RADIOLOGIA RIUNITI E MORELLI	990.800,00	855.861,72	134.938,28	Da installare
1	TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DA PRONTO SOCCORSO	PRONTO SOCCORSO	247.700,00	240.279,00	7.421,00	Da installare
1	PENSILE DI RADIOLOGIA	RADIOLOGIA	244.000,00	112.240,00	131.760,00	Da installare
1	ORTOPANTOMOGRAFO 3D	RADIOLOGIA RIUNITI	73.200,00	0,00	0,00	Da acquistare
39			<b>5.268.200,00</b>	<b>3.732.370,42</b>	<b>1.462.629,88</b>	

**Tabella 17 - PNRR – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.**

Inoltre, relativamente al piano di ammodernamento tecnologico da D.C.A. n. 5/2022, la Regione Calabria ha rimodulato la proposta formulata dal G.O.M. prevedendo l'acquisizione delle seguenti apparecchiature.

TIPOLOGIA	SEDE INSTALLAZIONE	FINANZIAMENTO	COSTO	ECONOMIE	STATO ATTUALE
TAC 256 STRATI	RADIOLOGIA MORELLI	1.698.197,70	1.015.393,80	805.541,90	Ammessa a finanziamento - espletamento gara per i lavori di ammodernamento dei locali
TAC 256 STRATI	NEURORADIOLOGIA	1.820.935,70	1.015.393,80	805.541,90	Apparecchiatura collaudata
TAC 128 STRATI	PRONTO SOCCORSO	645.342,66	446.825,00	198.517,66	Apparecchiatura collaudata
RMN 3T	NEURORADIOLOGIA	1.740.847,39	753.825,80	987.021,59	Apparecchiatura collaudata
RMN 3T	RADIOLOGIA RIUNITI	2.657.553,19			Accordo consip non attivo
RMN 1,5	RADIOLOGIA MORELLI	1.284.318,83			accordo consip non attivo
MAMMOGRAFO	BREAST UNIT	306.389,14	173.918,32	132.470,82	Installato e collaudato
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 2	723.031,40	493.429,00	229.602,40	In attesa di installazione
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 3	668.485,40	539.789,00	128.696,40	In attesa di installazione
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 1	668.485,40	493.429,00	175.056,40	In attesa di installazione
ANGIOGRAFO BIPLANO	NEURORADIOLOGIA	1.740.847,39			Accordo consip non attivo
ACCELERATORE LINEARE	MORELLI - BUNKER RADIOTERAPIA	4.038.816,86			Accordo consip non attivo
GAMMA CAMERA		823.531,69			Accordo consip non attivo

**Tabella 18 – D.C.A. n. 5/2022 – Ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero.**

Inoltre, il G.O.M. sta portando avanti le procedure relative all'intervento di ampliamento del nuovo Ospedale Morelli.

La legge 24 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) e, in particolare l'articolo 1, comma 317, prevede che siano individuate le iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL da finanziare, a valere sulle risorse autorizzate nei precedenti piani triennali, con l'impiego di quota parte delle somme detenute dal medesimo Istituto presso la

tesoreria centrale dello Stato. Il G.O.M. è beneficiario di un finanziamento complessivo di euro 283.000.000,00.

Attualmente il gruppo di progettazione ha presentato il progetto definitivo ed è stata indetta la conferenza dei servizi per i necessari pareri. Un volta verificato e validato il progetto, lo stesso sarà inviato all' INAIL per i successivi adempimenti di competenza. La Regione Calabria, ha confermato al 31.3.2027 la consegna della progettazione esecutiva approvata, per i successivi adempimenti dell'INAIL.

In considerazione di quanto sopra esplicitato il programma di attività predisposto dall'Azienda, in piena aderenza con i criteri di appropriatezza clinica, organizzativi e assistenziali dettati dalle direttive nazionali e regionali in materia sanitaria, dovrà garantire all'Azienda ed all'intero Sistema Sanitario Regionale risultati positivi in termini di miglioramento dei livelli assistenziali, e al contempo, il mantenimento del quadro economico aziendale e regionale teso all'obiettivo precipuo del pareggio di bilancio.

Si ritiene che, in ordine agli atti di indirizzo nazionali e regionali in materia di LEA e di Piano di Rientro dai deficit sanitari, debbano essere ulteriormente migliorati i percorsi interaziendali finalizzati a potenziare, ancora di più, l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e la rete di collegamento tra il G.O.M. quale centro "hub" e gli ospedali territoriali "spoke", migliorando la qualità dei servizi territoriali e domiciliari. Tuttavia, è necessario potenziare in sinergia con l'A.S.P. di Reggio di Calabria una più ampia intesa istituzionale, avviata in tempi di emergenza Covid-19, in linea con la programmazione indicata dalla struttura commissariale regionale e dal Dipartimento Salute e Welfare, al fine di razionalizzare l'attività degli ambulatori e dei laboratori di modo da lasciare in ospedale le prestazioni specialistiche più complesse riducendo le prestazioni ambulatoriali di routine (rx, prelievi ematici, etc.). Un tale accordo renderà più efficiente l'erogazione di tutte le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, riducendo i tempi di attesa per l'utenza, e consentirà all'Azienda Ospedaliera di concentrare risorse umane, tecniche e finanziarie all'erogazione di prestazioni cui è istituzionalmente deputata.

In ogni caso nel perseguimento della sua missione gestionale l'evoluzione dell'Azienda per il triennio 2025-2027 dovrà essere decisamente orientata al consolidamento dell'offerta sanitaria che costituisce un momento qualificante sia per l'appropriatezza dei ricoveri nel rispetto dei L.E.A., sia per attenuare o ridurre nei termini fisiologici la mobilità esterna, in giusto e necessario raccordo sinergico con i medici di base e con la stessa A.S.P. di Reggio Calabria.

La Direzione Strategica ritiene necessario continuare anche nel prossimo triennio un piano di azioni, avviato ed implementato nel periodo 2017 – 2023, che ha come obiettivo prioritario quello di elevare gli standard quali - quantitativi delle diverse componenti (cliniche, organizzative, tecnologiche e comportamentali) caratterizzanti i processi di diagnosi e cura, adeguandoli a specifici e definiti standard di riferimento nazionali e internazionali.

## Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali - Il Percorso di Budget

L'Azienda ha approvato con la delibera del Commissario n. 200 del 28 marzo 2019 il "Regolamento aziendale percorso di Budget" quale strumento operativo aziendale nell'ambito del processo di programmazione e controllo, periodico e sistematico, della gestione.

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

Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e implica un programma operativo attivo, che supera la mera programmazione e rimanda all'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione all'interno dell'Azienda.

Il processo di budgeting consente di indirizzare tutte le unità operative verso gli obiettivi negoziati, di verificarne il conseguimento ed eventualmente di rimodulare l'operatività in modo da riportare l'eventuale scostamento in linea con gli obiettivi stabiliti, favorendo nei dirigenti, la consapevolezza del loro operare sul raggiungimento dei risultati e nell'assunzione di responsabilità ben precise di carattere economico e produttivo.

Il budget, pertanto, quale meccanismo operativo risponde alle seguenti principali funzioni:

- a. rappresenta, attraverso i propri strumenti, la modalità gestionale che consente di legare la programmazione al controllo attraverso la definizione di obiettivi, la formulazione di piani di azione, l'identificazione di indicatori quali-quantitativi sintetici, l'identificazione delle responsabilità, consentendo il processo di controllo attivo e costante delle attività e dei costi.
- b. costituisce parte integrante del Piano della Performance, ai sensi del D. Lgs n. 150/2009, che include nel suo ciclo complessivo l'articolazione integrata del budget, con la misurazione e valutazione delle performance organizzativa e individuale e la rendicontazione istituzionale dei risultati, al fine di garantire la trasparenza degli obiettivi nell'interesse dei cittadini e degli stakeholder.

Il Percorso di Budget si avvale per la sua realizzazione operativa del sistema informativo e dei suoi sottoinsiemi costituiti in particolare da: data warehouse (DWH), contabilità generale (CO.GE.), contabilità analitica (CO.AN.), gestione del personale e altri flussi informativi interni.

Avviare il processo di Budget significa anche definire un inizio ed una fine del processo con il Calendario di Budget.

FASE DEL PROCESSO	ATTORI COINVOLTI	TEMPISTICA
A. Avvio del processo	Direzione Generale	Dicembre/Gennaio
B. Predisposizione delle Schede di Budget	Comitato per il Controllo di Gestione	Febbraio
C. Discussione/negoziazione degli obiettivi	Direzione Generale, Direzione Amministrativa Aziendale, Direzione Sanitaria Aziendale	Febbraio/Marzo
D. Consolidamento e definizione degli obiettivi	Comitato per il Controllo di Gestione	Marzo
E. Assegnazione degli obiettivi	Direzione Generale, Direttori di Dipartimento, Centri di Responsabilità	Marzo
F. Monitoraggio	Comitato per il Controllo di Gestione	Almeno semestrale
G. Misurazione della performance organizzativa	Controllo di Gestione, Direzione Generale, O.I.V.	Aprile/Maggio dell'anno successivo al budget

**Tabella 19 - Calendario di Budget.**

### **Avvio del Processo di Budget**

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

#### **A. Predisposizione delle Schede di Budget**

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

#### **B. Discussione/Negoziazione degli obiettivi**

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

#### **C. Consolidamento e definizione degli obiettivi**

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

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

Il ruolo del Direttore di Dipartimento nel processo di Budget è quello di supportare la Direzione Strategica nel processo di negoziazione di budget con i CdR del Dipartimento e promuovere il raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di dipartimento ma l'assegnazione degli obiettivi costituisce atto formale tra la Direzione Generale ed il Direttore/Responsabile del CdR. Entro un mese dalla negoziazione ufficiale, ciascun responsabile di CdR dovrà divulgare gli obiettivi negoziati sulla scheda di budget formalizzando l'incontro con un verbale da allegare alla relazione annuale sulla performance del CdR.

#### **D. Assegnazione degli obiettivi**

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

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

### **E. Monitoraggio degli obiettivi assegnati**

Il sistema degli obiettivi assegnati deve essere sottoposto durante l'esercizio ad un monitoraggio, almeno semestrale, finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l'eventuale loro revisione. La verifica degli obiettivi economici andrà effettuata anche in relazione ed in stretta coerenza alla rilevazione dell'andamento economico aziendale con il modello di Conto Economico (CE) trimestrale e con il Piano di Rientro Aziendale.

Il Comitato per il Controllo di Gestione effettua il monitoraggio mediante l'analisi dei dati economici e di obiettivo, evidenziando gli scostamenti ed individuando, congiuntamente con i Centri di Responsabilità, le azioni correttive necessarie al rispetto dei parametri di budget previsti e le eventuali riallocazioni di risorse strumentali.

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

### **F. Misurazione della performance organizzativa**

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

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

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

### **Il sistema incentivante**

Il Budget rappresenta lo strumento migliore al quale correlare il sistema incentivante, per la dirigenza e per il comparto, una volta definite le modalità di applicazione del sistema incentivante con il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali e secondo le modalità stabilite dai contratti nazionali e da quelli decentrati.

È in ogni caso necessario che le regole per l'applicazione dell'incentivazione e gli importi correlati siano esplicitati in modo chiaro.

Nella seguente scheda, partendo dalle aree strategiche individuate sono stati sviluppati gli obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi annuali ai fini della negoziazione del Budget per l'anno 2025.

**SCHEMA OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI DI RIFERIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET 2025.**

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(A) APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA</b>	A1	Attivazione posti letto da D.C.A. n. 78 del 26 marzo 2024.	Direzione Strategica, Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Interessate.	Attivazione di posti letto di degenza ordinaria previsti dal riordino della rete ospedaliera regionale.	A1.1	Posti letto attivati.
	A2	Migliorare l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'equità delle cure erogate attraverso il monitoraggio degli indicatori da D.M. 70/2015, del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).	UU.OO. di degenza interessate.	Miglioramento della degenza media e del tasso di utilizzo dei posti letto (D.M. 2 aprile 2015 n. 70).	A2.1	Degenza media ≤ 7 giorni.
					A2.2	Tasso di occupazione posti letto ≥ 85%.
				Miglioramento delle degenza media preoperatoria dei ricoveri programmati.	A2.3	Degenza media preoperatoria per ricoveri programmati ≤ 1 giorno.
				Mantenimento percentuale di Day Hospital Medico di tipo diagnostico < 10%.	A2.4	< 10%.
				Riduzione rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	A2.5	Anno 2025 < anno 2024.
				Riduzione ricoveri ripetuti entro 30 giorni con la stessa MDC.	A2.6	Anno 2025 < anno 2024.
				Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass isolato aorto-coronarico (BPAC).	A2.7	Auditing clinico e organizzativo.
				Percentuale di pazienti di età ≥ 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni.	A2.8	Minimo 60%.
				Percentuale parti cesarei primari.	A2.9	Anno 2025 < anno 2024.
				Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (0-2).	A2.10	Minimo 70%.
				Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 annui.	A2.11	Anno 2025 > anno 2024.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(A) APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA</b>	A3	Governo liste e tempi d'attesa secondo il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) approvato con D.C.A. n. 88 del 23.5.2019 e delibera del Direttore Sanitario Aziendale n. 7 del 9.1.2020.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali oggetto di rilevazione nel PNGLA 2019-2021.	A3.1	Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali oggetto di rilevazione nel PNGLA 2019-2021.
				Stratificazione delle Agende CUP secondo Classi di priorità per le prestazioni indicate nel PRGLA, con monitoraggio della percentuale di erogazione delle prestazioni tracciate su CUP web.	A3.2	Incremento della percentuale di prestazioni prenotate su totale prestazioni erogate.
				Utilizzo del sistema informatizzato "Liste d'attesa", integrato con il modulo ADT di gestione dei ricoveri e con il modulo SOWEB di gestione degli interventi chirurgici.	A3.3	Incremento percentuale di utilizzo del sistema informatizzato AREAS Liste d'attesa.
	A4	Obiettivi di produzione: aumentare l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale.	A4.1	Applicazione P.D.T.A. già adottati con atto deliberativo ed organizzazione di audit clinici periodici.
					A4.2	Predisposizione di nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti (oncologici, trapiantati, pediatrici, cronici, ecc).
				Utilizzo più efficiente delle risorse disponibili nei blocchi operatori finalizzata alla determinazione di un incremento dell'attività chirurgica, una riduzione dei tempi d'attesa per i pazienti ed una migliore performance complessiva dell'azienda.	A4.3	Definizione di regole tecnico - organizzative per le attività che si svolgono nei blocchi operatori che hanno come finalità l'efficacia dei trattamenti e come priorità assoluta la sicurezza del paziente e del personale sanitario coinvolto.
				Incremento attività di alta complessità al fine di soddisfare la domanda, abbattere le liste d'attesa e ridurre la mobilità sanitaria.	A4.4	Incremento percentuale di dimessi con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.
					A4.5	Incremento DRG chirurgici di alta complessità.
	A5	Rispetto adempimenti da D.C.A. n. 167 del 20.9.2018: gestione del processo di donazione e trapianto.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. sanitarie.	Accertamenti di morte cerebrale con criteri neurologici su deceduti in T.I. per gravi lesioni cerebrali acute (dati SDO).	A5.1	Minimo 70%.
				Incremento numero donatori di organi in morte encefalica (dati SDO).	A5.2	Anno 2025 > anno 2024.
				Incremento numero donatori di cornee (dati SDO).	A5.3	Anno 2025 > anno 2024.
	A6	Incremento produzione di componenti driver (globuli rossi) ed emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina).	Servizio Immunotrasfusionale	Nr. unità GR prodotte/Nr. unità GR programmate x100.	A6.1	Anno 2025 > anno 2024.
				Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell'anno/ KG plasma programmati.	A6.2	Anno 2025 > anno 2024.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(B) RICERCA, QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>	B1	Istituzione I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria.	Area Clinica, Area Laboratoristica, Direzione Medica di Presidio, Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Farmacia.	Il G.O.M. attraverso il riconoscimento dell'IRCCS si propone di integrare e potenziare le diverse professionalità già presenti in una prospettiva sinergica di integrazione e progettualizzazione e valorizzazione del personale coinvolto, sempre in un'ottica di miglioramento e umanizzazione del percorso di cure emato-oncologiche e terapie cellulari, genomiche ed immunoterapiche.	B1.1	Prosecuzione delle attività di collaborazione tra le diverse componenti cliniche, laboratoristiche e dei servizi finalizzate al riconoscimento dell'IRCCS "Centro di Riferimento Emato-Oncologico (C.R.E.O.) Calabria".
	B2	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate.	Direzione Medica di Presidio e UU.OO. Sanitarie.	Rilevare la percezione della qualità delle prestazioni erogate: avviare la raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.	B2.1	Avvio della raccolta di informazioni volta alla customer satisfaction.
	B3	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, U.O.C. Programmazione e Controllo di gestione e S.I.A., UU.OO. Sanitarie.	Mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del rischio clinico.	B3.1	Monitoraggio della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali recepite e applicate.
					B3.2	Organizzazione di eventi formativi ed audit.
					B3.3	Monitoraggio e audit.
					B3.4	Nr. parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi)/nr. parti totali): Anno 2025 < anno 2024.
			U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, U.O.C. Microbiologia e Virologia, UU.OO. Chirurgiche.	Monitoraggio delle attività svolte dalle UU.OO. nell'ambito della prevenzione e del controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).		
		U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.	I neonati "Late Preterm" rappresentano oltre il 50% di tutti i ricoverati in TIN per nascita pretermine. Un'induzione del travaglio prima del termine fisiologico della gravidanza esita in parto late. La proporzione dei neonati "late preterm" rappresenta un indicatore dell'uso eccessivo di induzioni di travaglio con una probabilità di 3.5/4.5 volte maggiori di ricovero in TIN rispetto ai neonati nati a termine e un rischio aumentato di mortalità e morbosità.			

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(C) SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI E ACCESSIBILITÀ DIGITALE</b>	C1	Migrazione su Polo Strategico Nazionale (PSN) di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Responsabile Transizione Digitale	Migrazione su Polo Strategico Nazionale (PSN) di dati ed applicazioni al momento residenti su SPC Cloud.	C1.1	Migrazione su Polo Strategico Nazionale delle applicazioni al momento instalte su cloud SPC.
	C2	Sicurezza informatica	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Referente Aziendale Cybersecurity	Acquisizione di apparati e servizi per la gestione della sicurezza informatica	C2.1	Predisposizione procedure, linee guida ed azioni mirate alla mitigazione del rischio legato a possibili attacchi informatici
	C3	Sviluppo ed evoluzione del Sistema Informativo Aziendale quale strumento innovativo al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, ai dipendenti e ai fornitori.	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Direzione Medica di Presidio, Responsabile Transizione Digitale.	Incrementare, incentivare e monitorare l'utilizzo del "Portale del Cittadino": componente applicativa integrata con il software AreasWBS che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra il G.O.M. e il cittadino.	C3.1	Monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale in tutte le sue funzionalità e analisi dei volumi di attività.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Responsabile Transizione Digitale.	Incrementare, incentivare e monitorare l'utilizzo del "Portale del Dipendente": componente applicativa integrata con il software Areas di Gestione Economica e Giuridica del personale che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i dipendenti del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	C3.2	Monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale in tutte le sue funzionalità e analisi dei volumi di attività.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Responsabile Transizione Digitale.	Incrementare, incentivare e monitorare l'utilizzo del "Portale del Fornitore": componente applicativa integrata con il software Areas Amministrativo Contabile che consente di rendere maggiormente fluida ed efficiente la comunicazione tra i fornitori del G.O.M. e l'amministrazione stessa.	C3.3	Monitoraggio periodico sull'utilizzo del Portale in tutte le sue funzionalità e analisi dei volumi di attività.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Responsabile Transizione Digitale.	Incrementare, incentivare e monitorare l'utilizzo delle funzionalità di integrazione tra il modulo PERSWEB e AREAS AMC.	C3.4	Monitoraggio periodico sull'utilizzo delle funzionalità.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Responsabile Transizione Digitale.	Incrementare, incentivare e monitorare l'utilizzo del modulo fascicolo elettronico di liquidazione fatture al fine di ridurre ITP.	C3.5	Avvio a regime con monitoraggio periodico sull'utilizzo del modulo applicativo.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale, Direzione Medica di Presidio	Implementare la gestione dell'identificazione del paziente ed il percorso di cura attraverso tecnologie e dispositivi (braccialetti, stampanti, lettori barcode).	C3.6	Monitoraggio attività.
			Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Responsabile Transizione Digitale.	Utilizzo del modulo AREAS Organigramma per la gestione della dotazione organica.	C3.7	Riconfigurazione ed utilizzo del modulo applicativo.

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(C) SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI E ACCESSIBILITÀ DIGITALE</b>	C4	Localizzazione asset aziendali	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione, S.I.A., Responsabile Transizione Digitale, U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Implementazione di una piattaforma digitale per la gestione e localizzazione degli asset ospedalieri (es. Elettromedicali, attrezzature etc.) in mobilità, mediante l'utilizzo della copertura WIFI e bluetooth già realizzata	C4.1	Implementazione piattaforma, censimento e avvio in esercizio epr n. 100 dispositivi da tracciare
	C5	Sistema di Business Intelligence	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Implementazione del sistema di Business Intelligence finalizzato a consentire alla Direzione Strategica di disporre di report e cruscotti per l'analisi dei dati consuntivi ed effettuare previsioni e analisi di tipo statistico accedendo ai dati stessi secondo diverse dimensioni e ambiti.	C5.1	Implementazione di nuovi report e cruscotti e monitoraggio ed analisi dei dati sui report realizzati.
	C6	Integrare applicativi e portali con piattaforme di servizio nazionali	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Integrazione applicativi aziendali con piattaforma nazionale Applo per la gestione delle notifiche di servizi di pagamento ed informativi al paziente.	C6.1	Realizzazione della fase progettuale, affidamento dei servizi, implementazione
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Integrazione con piattaforme di identificazione digitale SPID e CIE per erogazione dei servizi con modalità di autenticazione avanzata.	C6.2	Realizzazione della fase progettuale, affidamento dei servizi, implementazione
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale.	Evoluzione dei servizi di pagamento con integrazione con piattaforma PagoPA.	C6.3	Realizzazione della fase progettuale, affidamento dei servizi, implementazione
	C7	Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., Responsabile Transizione Digitale, Direzione Medica di Presidio, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Implementazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti/dipendenti.	C7.1	Realizzazione del sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti e avvio sperimentale.
C8	Aggiornamento tecnologico, infrastrutture, dispositivi abilitanti e sicurezza informatica.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Aggiornamento i PDL (PC, monitor) ed accessori per il potenziamento delle PDL esistenti in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti.	C8.1	Installazione di almeno 200 nuove postazioni di lavoro.	

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(D) EFFICIENZA GESTIONALE</b>	<b>D1</b>	Razionalizzazione e programmazione degli acquisti di Beni e servizi.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Realizzazione del "Programma triennale delle opere pubbliche", ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 36/2023 Codice dei contratti pubblici.	<b>D1.1</b>	Programma triennale approvato con delibera.
			U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Realizzazione "Programma triennale degli acquisti di beni e servizi", ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 36/2023 Codice dei contratti pubblici.	<b>D1.2</b>	Programma biennale approvato con delibera.
			U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.	<b>D1.3</b>	Razionalizzazione e contenimento spesa di cassa economato.
	<b>D2</b>	Contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici.	Direzione Medica di Presidio, UU.OO. Sanitarie e Farmacia	Allineamento del consumo di farmaci biosimilari alla media nazionale.	<b>D2.1</b>	Incremento percentuale dell'utilizzo dei farmaci biosimilari > 5%.
				Adozione di misure di monitoraggio della prescrizione di farmaci innovativi.	<b>D2.2</b>	Monitoraggio utilizzo farmaci innovativi.
				Contenimento della spesa per dispositivi medici.	<b>D2.3</b>	Monitoraggio della attuazione delle procedure informatiche relative alla logistica, alla gestione dei magazzini e alla prescrizione informatizzata ai fini della tracciabilità dei percorsi dalla fase di stoccaggio a quella di utilizzo.
	<b>D3</b>	Verifiche per la certificabilità dei dati contabili.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei crediti.	<b>D3.1</b>	Avvio procedure di circularizzazione dei crediti.
			U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Circularizzazione dei debiti.	<b>D3.2</b>	Avvio procedure di circularizzazione debiti.
	<b>D4</b>	Riduzione dei tempi di pagamento delle fatture debito commerciale	U.O.C. coinvolte nella gestione del ciclo passivo	Azioni volte alla riduzione dei tempi di liquidazione e pagamento delle fatture del debito commerciale, finalizzate alla riduzione dell'indicatore "Tempo Medio di Ritardo SNC (gg)"	<b>D4.1</b>	Riduzione dell'indicatore "Tempo Medio di Ritardo SNC (gg)" di almeno il 35% rispetto al valore rilevato nell'anno 2024 (valore anno 2024: 31,13)
	<b>D5</b>	Migliorare il sistema di Contabilità Analitica (CO.AN.).	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Migliorare il sistema di contabilità analitica.	<b>D5.1</b>	Rendicontazione dettagliata di dati di produzione ed economici per singolo CdR. Aggiornamento dei criteri di ribaltamento.
	<b>D6</b>	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso.	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi, U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, Avvocatura	Monitoraggio dell'esposizione aziendale in termini di sinistri/rischi/contenzioso attraverso l'utilizzo del modulo SEC/SISR per la Gestione del Contenzioso.	<b>D6.1</b>	Modulo informatico SEC/SISR utilizzato.
				Controllo adeguata compilazione della documentazione sanitaria.	<b>D6.2</b>	Esito positivo al monitoraggio.

	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD	VALORE ATTESO
<b>(D) EFFICIENZA GESTIONALE</b>	D7	Attuazione degli obblighi in materia di formazione del personale.	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, U.O.C. Direzione Medica di Presidio, UU.OO. Amministrative e Sanitarie.	Promuovere la formazione dei propri dipendenti finalizzata al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo di conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali.	D7.1	Obiettivo 2025: 40 ore/anno.
	D8	Flussi informativi: ottimizzazione in termini di completezza, qualità e tempistica di trasmissione dei dati.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., UU.OO. di degenza.	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica.	D8.1	Flusso SDO: ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica: raggiungimento del valore soglia previsto del ≥ 98%. delle SDO validate sul SISR.
			U.O.S.D. Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, U.O.C. Neonatologia.	Ottimizzazione dei flussi legati ai percorsi di Gravidanza e Nascita (controlli incrociati dei dati trasmessi attraverso i flussi SDO, CEDAP, ISTAT, Malformazioni Congenite).	D8.2	Dati CEDAP coerenti con la fonte informativa SDO: raggiungimento del valore soglia previsto dagli adempimenti LEA (> 98%).
					D8.3	Dati modelli ISTAT D.11 "Aborto Spontaneo" e modelli ISTAT D.12 "IVG" coerenti con il flusso SDO: raggiungimento del valore ≥ 98%.
					D8.4	Dati delle Malformazioni Congenite coerenti con il flusso SDO ed il flusso CEDAP: raggiungimento del valore ≥ 98%.
			U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Farmacia, U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Miglioramento della qualità e completezza dei flussi informativi di farmacia.	D8.5	Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei seguenti flussi informativi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali; - Distribuzione diretta di farmaci; - Dispositivi Medici Consumi; - Dispositivi Medici Contratti.
	D8.6	Monitoraggio trimestrale adempimento LEA C14-C15: coerenza tra i dati del Conto Economico ed i seguenti flussi NSIS: - Consumo Ospedaliero di medicinali; - Distribuzione diretta di farmaci; - Dispositivi Medici Consumi.				

AREA	COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	MACRO AREE COINVOLTE	ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI	SUB COD.	VALORE ATTESO
<b>(E) PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA. PRIVACY</b>	E1	Consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, UU.OO. Sanitarie ed Amministrative.	Monitoraggio adempimenti previsti dalla legge n. 190/2012, dal Piano Nazionale Anticorruzione e dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.	E1.1	Obiettivo raggiunto su valutazione di atti e attività a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).
				Partecipazione attiva al processo di gestione del rischio in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT). Realizzazione della mappatura dei rischi e adozione delle misure di prevenzione della corruzione.	E1.2	Partecipazione attiva dei Direttori/Responsabili delle unità organizzative al processo di gestione del rischio. Relazione del RPCT.
				Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale (S.S.N. e A.L.P.I.).	E1.3	Gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero ospedaliero e per attività ambulatoriale SSN ed ALPI. Monitoraggio tempi d'attesa.
				Controllo continuo e aggiornamento tempestivo del sito aziendale.	E1.4	Rispetto di quanto previsto dalla normativa in tema di trasparenza sull'obbligo di pubblicazione in capo alle strutture.
				Piena applicazione delle misure di sicurezza tecnologiche e organizzative applicabili.	E2.2	

**Tabella 20 – Scheda obiettivi strategici ed operativi di riferimento per la definizione degli obiettivi di Budget 2025.**

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.), Avv. Anna Curatolo, in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

- a. il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (P.N.A. 2022), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativi allegati;
- b. per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 (P.N.A. 2019-2021), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 1064 del 13.11.2019 e relativi allegati;
- c. il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013;
- d. il Decreto-Legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), volto a definire i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione attraverso i processi di digitalizzazione, reingegnerizzazione dei processi e semplificazione;
- e. il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con la Legge n. 113 del 6 agosto 2021. L’art. 6 del citato Decreto Legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) – che, per disposizione di legge, deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale, contiene i documenti di programmazione che, separatamente, le Amministrazioni Pubbliche devono predisporre annualmente (performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione ecc.) oltre all’osservanza del Decreto Legislativo n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni”, e successivo D. Lgs. n. 97/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.

Conseguentemente, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è confluito nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

### ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il rischio corruttivo può veicolare all’interno di un’organizzazione per via delle specificità dell’ambiente nel quale essa opera. Pertanto, l’analisi del contesto sociale ed economico locale nel quale il G.O.M. è collocato assume rilevanza per valutare le potenziali minacce alla tenuta della legalità e la “permeabilità” dell’Azienda alla corruzione.

L’analisi porta ad individuare due principali “aree /elementi” di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti disonesti o fatti di corruzione:

- 1) il primo è la natura della criminalità nel territorio interessato;

2) il secondo è la dimensione del G.O.M. nell'ambito economico – produttivo regionale e il ruolo che esso gioca nella sanità.

### **Criminalità e sicurezza**

Il forte interesse delle mafie si giustifica innanzitutto con la volontà di appropriarsi delle risorse del servizio sanitario nazionale. La violazione sistematica del codice degli appalti (mancato rispetto delle procedure di gara tramite frazionamento delle spese, proroga illegittima dei contratti, violazione della disciplina dei subappalti etc.) e del codice antimafia (viene eluso l'obbligo di verificare l'esistenza di interdittive delle società che stipulano contratti con la pubblica amministrazione) e, più in generale, una gestione amministrativa caratterizzata da forte inefficienza e disordine, facilitano l'affidamento di servizi e forniture a soggetti legati alla criminalità organizzata. Funzionale a tale obiettivo è l'individuazione di "referenti" tra il personale dirigenziale e amministrativo, in particolare negli uffici preposti alla gestione delle spese, che possano indirizzare l'attività dell'amministrazione a favore delle cosche locali (spesso le relazioni prefettizie sottolineano la presenza all'interno delle aziende sanitarie di dipendenti legati da rapporti di frequentazione o parentela con esponenti dei clan mafiosi, ovvero con precedenti penali o di polizia).

Il secondo motivo di interesse è costituito dal fatto che la sanità ha rappresentato per anni un sistema clientelare per le assunzioni (così il Procuratore della Repubblica di Reggio Calabria di fronte alla Commissione antimafia, 28 marzo 2019), funzionale a garantire l'immissione nelle strutture sanitarie di persone legate ai clan locali ed accrescere così il consenso della popolazione intorno alle organizzazioni criminali.

Il mondo della sanità è importante, innanzitutto, per l'occupazione che assicura e l'indotto che ne deriva.

Di qui gli investimenti della criminalità organizzata, non solo di tipo economico con la realizzazione di attività imprenditoriali nello specifico settore, ma anche, e soprattutto, su soggetti politici ad essa legati, al fine di manipolare i flussi di spesa pubblica e la gestione amministrativa.

Tra i molti elementi messi in luce per la nostra regione, ai fini dell'analisi di contesto per il presente P.I.A.O. appaiono significativi i seguenti:

- attori economici, di natura sia illegale che legale, sottopongono i centri decisionali pubblici ad una sorta di pressione "continuativa", cercando di influenzarne e manipolarne le decisioni, col fine di garantirsi un "accesso", stabile, improprio e privilegiato a risorse e contratti pubblici: tale modalità sembra gradualmente sostituire i "vecchi" tentativi di "corruttela" settoriale o di specifica "infiltrazione" criminale;
- un cambiamento degli attori "corruttivi" dalle figure politiche e partitiche verso altre figure, non solo pubblici dirigenti e funzionari, ma anche privati come manager, mediatori, professionisti che spesso operano come intermediari o "facilitatori";
- una graduale sostituzione della "piccola" corruzione con altre forme di *do ut des* più strutturate e sistemiche, nelle quali un soggetto opera come centro di potere riconoscibile e come "garante" dei rapporti tra gli attori.

### **Patto d'integrità**

Premesso il contesto esterno in cui operano le Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria ha approvato, con delibera n. 188 del 27/03/2024

il Patto d'Integrità che rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concessive o comunque tendenti ad identificare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dei pubblici appalti banditi dall'Amministrazione. Si applica a tutte le procedure di gara sopra e sotto soglia comunitaria. Nel patto vengono stabilite reciproche e formali obbligazioni tra il G.O.M. e l'Operatore economico partecipante alla procedura di gara ed eventualmente aggiudicatario della gara medesima, affinché i propri comportamenti siano importati all'osservanza dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza in tutte le fasi dell'appalto, dalla partecipazione all'esecuzione contrattuale. In particolare viene assunto l'impegno anticorruzione delle parti di non offrire, accettare o richiedere somme o qualsiasi ricompensa, vantaggio o beneficio – sia direttamente che indirettamente tramite intermediari – al fine di distorcere la relativa corretta esecuzione. Tale misura si estende ciascuna delle imprese nel caso di consorzi o Raggruppamenti temporanei di Imprese. All'art. 4 del suddetto documento vengono precisate le sanzioni previste in caso di mancata sottoscrizione dello stesso.

### **ANALISI DEL CONTESTO INTERNO**

L'Azienda, in coerenza agli indirizzi del P.S.N. e del P.S.R., concorre a garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti essendo centro HUB per la provincia di Reggio Calabria e centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

La strategia dell'azienda è orientata a qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale potenziandola ed innovandola, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio allargando la gamma delle tipologie di servizio.

La struttura del G.O.M. è in continuo divenire ed è interessata da un progetto in avanzato stato di progettazione relativo al nuovo Ospedale Morelli quale unico presidio ospedaliero della città di Reggio Calabria.

### **SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ**

La prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda è possibile soltanto con la collaborazione tra i soggetti che nell'ambito delle figure istituzionali a ciò sono preposti:

- il Direttore Generale/Commissario Straordinario;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.);
- il Collegio Sindacale;
- l'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione);
- i referenti del R.P.C.T. – Gruppo di supporto;
- i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i dipendenti dell'Azienda.

#### **Il Direttore Generale**

Attualmente il rappresentante legale è il Commissario Straordinario Dr. Gianluigi Scaffidi, nominato con D.C.A. n. 57 del 17.5.2022 e riconfermato con D.C.A. n. 4 del 5.1.2023, n. 193 del 10.7.2023, n. 25 del 29.1.2024 e n. 434 del 31.12.2024. Egli, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda:

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- riceve in bozza il P.I.A.O., completo della sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” predisposta dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute, a cui partecipa lo stesso RPCT al fine di illustrarne adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative;
- adotta il P.I.A.O., completo della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- assicura che il R.P.C.T. disponga di poteri idonei allo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività, anche introducendo modifiche organizzative, per assicurargli funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- riceve la relazione annuale del R.P.C.T.; chiama quest’ultimo a riferire sull’attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l’attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- è responsabile, unitamente al R.P.C.T, della mancata adozione del P.T.P.C.T. o della sezione del P.I.A.O. e/o dell’assenza di elementi minimi dello stesso (ANAC sull’art. 19, c. 5, lett. b) del D. Legge n. 90/2014);
- verifica che i Responsabili di struttura attuino le disposizioni contenute nel presente Piano e relazionino annualmente sulle attività svolte.

### **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)**

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Avv. Anna Curatolo, è stato nominato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1127 del 23.12.2015, ed il suo nominativo è stato comunicato all’ANAC utilizzando il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell’Autorità.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia. Ad egli competono le sotto elencate attività:

- elaborare la proposta di Piano della prevenzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno e che deve essere aggiornato annualmente (art. 1, comma 8 Legge n. 190/2012);
- definire, con la collaborazione dell’Ufficio Formazione, procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 Legge n. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lettera a Legge n. 190/2012);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10 lettera a);
- verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lettera b Legge n. 190/2012);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lettera c Legge n. 190/2012);

- pubblicare, entro il 15 dicembre di ogni anno ovvero entro il termine indicato dall’Agenzia, sul sito web aziendale, una relazione recante i risultati dell’attività (art. 1, comma 14 Legge n. 190/2012), curandone la trasmissione all’organo di indirizzo e all’OIV;
- riferire, su richiesta, all’organo di indirizzo politico, ovvero qualora ritenuto necessario;
- segnalare all’U.P.D. i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (D. Lgs. n. 97/16);
- segnalare all’Organo di indirizzo e all’O.I.V. le disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- esaminare in secondo grado le richieste di accesso civico generalizzato di cui all’art 5 c. 2 D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., in caso di diniego pronunciato in prima istanza dal soggetto detentore del dato;
- richiedere tutte le informazioni e gli atti ritenuti necessari allo svolgimento della propria funzione, senza avere l’obbligo di fornire particolari motivazioni.

I poteri di vigilanza e di controllo attribuiti, devono tuttavia coordinarsi con quelli degli organi di controllo interno dell’Azienda. Pertanto il R.P.C.T.:

- a) non effettua accertamenti in merito a responsabilità né svolge direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile;
- b) acquisisce direttamente, in caso di segnalazioni di natura corruttiva, documenti o svolge audizioni di dipendenti al fine di ricostruire la dinamica dei fatti segnalati;
- c) non può ricoprire il ruolo di componente o presidente dell’OIV nella stessa azienda di appartenenza;
- d) a seguito di avvio da parte di ANAC del procedimento di vigilanza di cui all’art 1 co 2, lett. f) della Legge n. 190/2012, fornisce, su richiesta, informazioni ed esibisce eventuali documenti, utili per l’avvio del procedimento, assicurando piena collaborazione;
- e) ai fini della predisposizione della relazione di cui all’art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012, esercita poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni;
- f) esercita l’attività di controllo di cui all’art 43 co. 1 D. Lgs. n. 33/2013.

Il R.P.C.T. dovrà tener conto dei risultati emersi nella relazione sulla performance, al fine di individuare le cause, e le eventuali misure correttive, che hanno determinato variazioni rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione.

In caso di inadempimento di tali obblighi sono previste forme di responsabilità a carico del R.P.C.T., salvo che lo stesso dimostri di non aver potuto adempiere.

La centralità della figura del R.P.C.T. è tale che il P.N.A. 2022 ha dedicato un intero allegato (n. 3), laddove si prevede, tra l’altro, la necessità di una struttura di supporto e la procedura di nomina di un sostituto, in caso di vacatio, per assenza improvvisa dello stesso ed obbligo di astenersi.

### **Il Collegio Sindacale**

Tale organismo, esercitando il controllo sulla legittimità degli atti deliberativi adottati dall’Azienda, impedisce la determinazione di scelte arbitrarie e rappresenta, quindi, un ottimo sistema di prevenzione della corruzione.

## **Referenti del R.P.C.T. – Gruppo di supporto**

Ai fini dell'attuazione della legge n. 190/2012 si individuano quali figure obbligate alla collaborazione nella predisposizione ed attuazione del P.T.C., i seguenti soggetti:

- Direttori di Struttura Complessa e Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Professionale;
- Presidente Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- Presidente Commissione Beni Infungibili;
- Referente Sperimentazione cliniche, gestione progetti di ricerca;
- Responsabile Risk Management;

Ai predetti soggetti, nella qualità di referenti del R.P.C.T., sono affidati compiti di:

- elaborazione di proposte sull'adozione della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" (P.I.A.O.);
- garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia di anticorruzione, ferma restando la responsabilità primaria di controllo attribuita ex lege ai Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura organizzativa aziendale;
- collaborazione per lo svolgimento di tutte le attività del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T.);
- partecipazione al processo di rilevazione e gestione del rischio;
- individuazione dei mezzi specifici per ridurre i comportamenti corruttivi;
- monitoraggio del flusso dei dati per l'adempimento degli obblighi di trasparenza;
- attestazione del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura;
- adozione delle misure gestionali. Si richiama la delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 – P.N.A. 2019 – allegato 2: "provvedere alla rotazione del personale e, nella impossibilità, rappresentarne le motivazioni, ponendo in essere le misure alternative in essa indicate";
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare i casi di violazione, dandone comunicazione al R.P.C.T. ed all'U.P.D.

I suddetti soggetti dovranno redigere e trasmettere al R.P.C.T. entro il 30 novembre di ogni anno, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati, al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni della presente sezione, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale, o comunque realizzarne gli scopi, e dovranno dare riscontro dell'attività formativa all'interno delle articolazioni aziendali, ai fini della massima diffusione dei contenuti anticorruzione e di quelli del Codice di comportamento, dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, così come delle segnalazioni ricevute relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità, nel rispetto della riservatezza. L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti, sia sotto il profilo della fornitura di dati, documenti, notizie che della disponibilità ad agevolare monitoraggi e verifiche, sarà segnalata alla Direzione Strategica e comporta responsabilità disciplinare.

In sintesi, i compiti dei referenti, che costituiscono specifiche misure programmate per l'anno 2025 sono:

- procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative e delle risorse disponibili e comunque attivando percorsi per l'acquisizione di competenze, alla rotazione dei dipendenti che operano negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, ovvero mettere in atto scelte organizzative volte ad una maggiore condivisione delle attività tra gli operatori, al fine di evitare l'isolamento di mansioni e assicurare il reciproco controllo. La rotazione, se non si tratta di ambiti di infungibilità, dovrà comunque obbligatoriamente essere realizzata laddove si siano verificati episodi corruttivi che coinvolgano il personale;
- vigilanza sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art. 53, co. 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001;
- individuazione dei dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- verifica, almeno una volta l'anno, dello svolgimento di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato;
- monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed il personale della propria struttura, provvedendo annualmente a raccogliere ed a far aggiornare eventuali dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e, nel caso di fattispecie dichiarate, a valutarne l'eventuale sussistenza segnalandola alla Direzione Generale e al R.P.C.T.;
- vigilanza in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 comma 46 della Legge n. 190/2012, per coloro che sono stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- segnalazione al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- report semestrali al R.P.C.T. sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare;
- in materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati ed il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura, in particolare, devono effettuare le dovute pubblicazioni, nonché compiere controlli periodici sui dati pubblicati dai competenti all'interno del link "Amministrazione Trasparente", di cui verrà fornito resoconto al R.P.C.T., con cadenza semestrale, suggerendo eventuali dati ulteriori, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere.

## **Referenti interni alle U.O.**

Al fine di agevolare le complesse attività a cui sono tenuti i Direttori/Responsabili delle U.O. aziendali, ognuno di essi ha nominato all'interno della propria struttura i collaboratori per l'anticorruzione, la trasparenza e l'accesso agli atti.

I nomi dei referenti sono pubblicati nel sito web istituzionale – Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

### **Anticorruzione e Trasparenza – Avvocatura**

Responsabile Anticorruzione / Trasparenza / Accesso agli atti - Avv. A. Curatolo

Referente Anticorruzione – Dott.ssa Tiziana D'Agostino

### **Affari Generali, Legali ed Assicurativi**

Referente Anticorruzione - Dott.ssa Caterina Ferraro

Referente Accesso agli Atti - Dott.ssa Antonia Consuelo Falzea

Referente Pubblicazione U.O.C. – Dott.ssa Jlenia Lacava

### **Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione**

Referente Anticorruzione – Dott.ssa Giovanna Barreca

Referente Accesso agli Atti – Dott.ssa Alessandra Gambel

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. Emilio Bellantoni - Dott.ssa Francesca Neri

### **Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali**

Referente Anticorruzione - Sig. Antonio Corsaro

Referente Accesso agli Atti - Dott.ssa Alessia Borrello

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. Antonio Corsaro

### **Gestione Risorse Economiche e Finanziarie**

Referente Anticorruzione - Dott. Bruno Restuccia

Referente Accesso agli Atti - Dott.ssa Francesca Fiorentino

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dott. Bruno Restuccia

### **Gestione Tecnico Patrimoniale**

Referente Anticorruzione - Sig. Massimo Suraci

Referente Accesso agli Atti – Ing. Pietrangelo Tringali

Referente Pubblicazione U.O.C. - Sig. Massimo Suraci

### **Provveditorato Economato e Gestione Logistica**

Referente Anticorruzione - Dott.ssa Italia Vegliante

Referente Accesso agli Atti – Dott.ssa Monica Fascì

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dott.ssa Monica Bronzi

### **Direzione Medica di Presidio**

Referente Anticorruzione - Dr. Matteo Galletta

Referente Accesso agli Atti - Dr.ssa Stefania Saffioti

Referente Pubblicazione U.O.C. - Dr.ssa Maria Antonia Marino

### **Dipartimenti Sanitari e Dipartimenti Amministrativi**

**Referente pubblicazione coordinamento e monitoraggio sito aziendale**

Dott. Simeone Carullo

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nella fase di predisposizione ed aggiornamento del Piano, procede a realizzare una interlocuzione con i Responsabili di struttura.

## **Dipendenti dell'Azienda**

I dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito di cui siano venuti a conoscenza. La violazione delle misure di prevenzione e contrasto della corruzione di cui al presente P.I.A.O. devono essere rispettate sia dal personale del comparto che dalla dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012)

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono tenuti all'osservanza delle disposizioni anticorruzione, pena le sanzioni di cui all'art.1, comma 14, della legge n. 190/2012.

Pertanto, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (art. 8 Codice di comportamento D.P.R. n. 62/2013);
- osservare le misure contenute nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del P.I.A.O. (art. 1, c. 14, legge n. 190/2012; art. 8 Codice di comportamento generale);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o all'U.P.D. le situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (art. 54 bis D. Lgs. n. 165/2001), nonché i casi di conflitto di interesse (art. 6 bis legge n. 241/1990 e artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale D.P.R. n. 62 del 16.4.2013), anche in relazione a prossimi congiunti;
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- segnalare eventuali condanne anche non definitive per reati di cui al Libro II Titolo II del codice penale;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Le suddette misure si estendono anche agli specializzandi, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito.

A tal fine, i Responsabili delle strutture cureranno la massima diffusione dei contenuti della presente Sezione e del Codice di Comportamento.

## **L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

Il citato Organismo svolge i seguenti compiti:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al R.P.C.T. e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

- attestare annualmente la corretta pubblicazione dei dati, documenti e informazioni individuati dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (articolo 14, comma 4, lett. g, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”);
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall’Azienda. L’attestazione viene pubblicata nella sottosezione “Controlli e rilievi sull’amministrazione” - “Organismi indipendenti di valutazione”;
- riceve da parte del R.P.C.T. segnalazioni circa le disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e può, per converso, richiedere al R.P.C.T. informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell’attività di controllo di sua competenza ed anche, qualora ritenuto utile e necessario, effettuare audizioni con i dipendenti.

Rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema per il R.P.C.T., il quale è tenuto ad attivarne il coinvolgimento tutte le volte che i Dirigenti/Referenti omettano adempimenti e attività cui sono tenuti per legge, regolamenti, direttive, linee guida ANAC o atti interni aziendali. Inoltre, la relazione annuale del R.P.C.T. ex art. 1 comma 14 della Legge n. 190/12, recante i risultati dell’attività svolta da pubblicare nel sito web dell’amministrazione, è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all’O.I.V. (art. 41, co. 1, lett. l), D. Lgs. n. 97/2016), il quale ha la possibilità di chiedere al R.P.C.T. informazioni e documenti e può anche effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo garantisce all’ANAC, su esplicita richiesta, le informazioni ed i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Esso riferisce all’Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il P.N.A. 2024 ha stigmatizzato la necessità di valorizzare nel P.I.A.O. la collaborazione tra R.P.C.T. e O.I.V. per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del P.I.A.O.

Il potere riconosciuto all’O.I.V. di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato, (se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile).

#### **L’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.),**

Svolge i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165 del 2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’Autorità Giudiziaria e propone l’aggiornamento del Codice di Comportamento.

L’U.P.D. è chiamato, inoltre, in relazione ai procedimenti avviati che facciano riferimento ad ipotesi corruttive, a fornire apposita relazione semestrale alla Direzione Generale e al R.P.C.T., allo scopo di individuare aree critiche caratterizzate da patologie e deviazioni dai corretti percorsi aziendali che possano consentire la mappatura dei processi e la conseguente individuazione delle misure di contrasto.

Il ruolo di Presidente dell’U.P.D. posto in quiescenza è, attualmente, ricoperto dal supplente Dr. Giuseppe Gargiulo Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali.

## **Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.)**

In relazione all'obbligo previsto dall'art. 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con la Legge 17 dicembre 2012 n. 221, questa Azienda ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.), il cui profilo deve essere registrato ed attivato nella specifica sezione del sito dell'ANAC, anche come misura organizzativa di trasparenza volta a garantire la prevenzione di fenomeni corruttivi.

Il R.A.S.A. è l'unico soggetto responsabile per l'inserimento e per l'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi concernenti la stazione appaltante presente nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Con la delibera n. 242 del 15.4.2024 è stata conferita la nomina di R.A.S.A. del G.O.M. "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria all'Ing. Pietrangelo Tringali Dirigente Professionale, in sostituzione della Dott.ssa Giuseppina Ambroggio la quale ricopriva anche l'incarico di Direttore della U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica, quest'ultimo conferito ad interim all'Ing. Carmelo Fera con delibera n. 511 del 26/08/2024.

Appare opportuno ricordare in questa sede che in caso di mancata indicazione del nominativo del R.A.S.A. nel P.T.P.C., l'ANAC, previa richiesta di chiarimenti al R.P.C.T., può esercitare il potere d'ordine ex art. 1, comma 3) della legge n. 190/2012, nei confronti dell'Organo Amministrativo di vertice, ovvero, nel caso di omissione del R.P.C.T., nei confronti di quest'ultimo. Come comunicato dall'ANAC il 23 maggio 2023, dal successivo 1° luglio è diventata obbligatoria la qualificazione delle stazioni appaltanti e il blocco del rilascio del Codice Identificativo di Gara (CIG). Pertanto, potranno appaltare opere pubbliche d'importo superiore ai 500 mila euro e acquistare beni e servizi sopra i 140 mila euro solo gli enti e le amministrazioni qualificati a farlo, in base alle competenze acquisite, al personale disponibile, alla professionalità dimostrata. Questa è una delle novità importanti del nuovo Codice degli Appalti. In seguito a questo, il Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante ha inviato ad ANAC, attraverso il portale [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it), i dati necessari per la valutazione e l'attribuzione del punteggio necessario alla qualificazione della Stazione Appaltante, ottenendo il massimo livello di qualificazione (classificazione di terzo livello senza limiti di lavoro) per gli appalti di Lavori e acquisti di Forniture e Servizi. L'alta valutazione ottenuta e, quindi, la qualificazione di terzo livello senza limiti d'importo, permetterà al G.O.M. di Reggio Calabria di continuare a operare con efficienza e autonomia per garantire i servizi, le forniture e tutti i lavori di ristrutturazione, riqualificazione e ammodernamento necessari.

## **Il Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D.)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati, in attesa di nomina da parte del Commissario Straordinario. A tal riguardo, si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal R.P.C.T. con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali. In questi casi, il R.P.C.T. ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RDP nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al R.P.C.T. il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali, anche se il R.P.D. sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

## **Stakeholder**

Il G.O.M., al fine di facilitare un ascolto attivo dei vari portatori di interessi, ha attivato canali di comunicazione, pubblicandone gli estremi sul sito internet istituzionale.

Sono attivi i seguenti canali:

- telefonico (disponibilità di numeri verdi, numeri diretti dei servizi);
- e-mail dei servizi e dei centri di attività;
- PEC;
- U.R.P. ( gestione reclami, lettere di ringraziamento);
- questionari di soddisfazione (customers - satisfaction);
- portale internet, presso il quale i portatori di interesse possono reperire le informazioni necessarie ed i contatti per entrare in collegamento con l'Amministrazione.

Allo scopo di raccogliere contributi di idee e proposte di miglioramento e di integrazione, tutti gli stakeholders sono stati coinvolti tramite un avviso in consultazione, pubblicato sul sito web dell'Azienda, con l'invito a far pervenire eventuali proposte, suggerimenti, integrazioni, riflessioni, alla casella di posta elettronica dedicata, così da dare la possibilità al Responsabile di recepire, nel redigendo Piano, i suggerimenti pervenuti. Nei termini prescritti non sono pervenuti suggerimenti o indicazioni specifiche.

## **FINALITÀ DEL P.I.A.O.**

Le finalità del P.I.A.O. e quindi anche della presente sezione, sono:

- a) fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità ed indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della precedente lettera a), procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;
- c) indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo eventuale necessaria rotazione dei dirigenti e funzionari;
- d) indicare gli strumenti di monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- e) indicare gli strumenti di monitoraggio dei rapporti tra l'azienda ed i soggetti che con essa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei concessionari con i dirigenti dell'azienda.

La mappatura dei processi e l'analisi del rischio è quella già definita nella recente adozione del P.I.A.O. 2022 - 2024, secondo la metodologia già prevista nel P.N.A. 2019 ed ove necessario si è proceduto ad un aggiornamento in base alle disposizioni contenute nel P.N.A. approvato dall'ANAC con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023. In particolare si è condiviso lo spirito del P.N.A. 2022, cioè che la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non deve essere intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento della P.A. al servizio dei cittadini e delle

imprese. Nel prevenire fenomeni di maladministration e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

In particolar modo, la sezione 2.3, sulla base delle indicazioni del P.N.A. 2022, contiene:

1. la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
2. la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
3. la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
4. l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
5. la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
6. il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
7. la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013.

La sezione assume importante valore programmatico in quanto attuando il diretto coinvolgimento della Direzione Aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, sono stati individuati gli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione strategico-gestionale, al fine di perseguire i seguenti cinque obiettivi strategici, individuati dall'Organo di Direzione:

1. riduzione della possibilità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno dell'Amministrazione, mediante l'inserimento di effettive, concrete, efficaci e adeguate misure di prevenzione riguardanti l'intera struttura organizzativa;
2. aumento della capacità di far emergere e individuare eventuali casi di corruzione o di illegalità e di riconoscere fenomeni di cattiva gestione, attraverso una corretta analisi del rischio;
3. individuazione di adeguate misure di prevenzione e periodico monitoraggio della loro applicazione, dell'utilizzo degli strumenti e delle misure di contrasto;
4. creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione e al perdurare di situazioni di opacità gestionale e amministrativa, attraverso la sistematica applicazione del Codice di Comportamento, che si caratterizza sempre più come documento di riferimento dell'Ente per la redazione degli atti e dei regolamenti;
5. promozione ed individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità, da garantire sotto l'aspetto quantitativo con la pubblicazione di "dati ulteriori" e qualitativo mediante l'attenzione rivolta all'aggiornamento, alla tempestività, alla completezza, alla semplicità di consultazione ed alla comprensibilità dei dati pubblicati.

A questi obiettivi di prevenzione della corruzione si aggiungono alcuni obiettivi strategici, propedeutici alla creazione di Valore Pubblico:

- promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- promozione del pieno assolvimento degli obblighi di trasparenza e individuazione di ulteriori obblighi rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del P.N.R.R.;
- presidio dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.): monitoraggio della tempistica di utilizzo delle risorse, individuazione dei soggetti attuatori tramite gara, realizzazione effettiva delle opere finanziate da risorse del P.N.R.R.;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);

### **Whistleblowing**

Nel 2012, la Legge n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha introdotto nel D. Lgs. 165/2001, l'art. 54 bis "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", a cui ha fatto seguito nel 2015 la determinazione ANAC n. 6 "linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)". Tale disposizione mira a garantire la tutela del dipendente della pubblica amministrazione che segnali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. La norma del 2012 è stata modificata dal legislatore con la Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro", entrata in vigore il 29.12.2017. In particolare, la Legge n. 179/2017 si occupa del dipendente che "nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero all'ANAC, o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro" prevedendo che il dipendente non possa essere "sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione".

La Legge n. 179/2017 stabilisce inoltre che l'identità del segnalante non può essere rivelata:

- nel procedimento penale l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del c.p.p.;
- nel procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;

- nei procedimenti disciplinari l'identità del segnalante non può essere rivelata quando la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante e sia indispensabile per la difesa del soggetto incriminato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità".

Pertanto, i principi fondamentali sono:

- tutela dell'anonimato;
- divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex Legge n. 241/1990.

Attualmente, la procedura di segnalazione è regolamentata dalla delibera ANAC n. 311 del 12.07.2023, in ossequio al Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 (in Gazz. Uff. 15 marzo 2023, n. 63) recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. (Decreto whistleblowing)".

Al fine di agevolare il segnalante, a quest'ultimo va garantita la scelta fra diverse modalità di segnalazione:

- forma scritta, anche con modalità informatiche (piattaforma online). La posta elettronica ordinaria e la PEC si ritiene siano strumenti non adeguati a garantire la riservatezza. Qualora si utilizzino canali e tecniche tradizionali, da disciplinare nell'atto organizzativo, è opportuno indicare gli strumenti previsti per garantire la riservatezza richiesta dalla normativa. Ad esempio, a tal fine ed in vista della protocollazione riservata della segnalazione a cura del gestore, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse: la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento; la seconda con la segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione. Entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "riservata" al gestore della segnalazione (ad es. "riservata al R.P.C.T."). La segnalazione è poi oggetto di protocollazione riservata, anche mediante autonomo registro, da parte del gestore;
- forma orale, alternativamente, attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale, ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

Si precisa che nei soggetti del settore pubblico tenuti a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (R.P.C.T.), come nel caso del G.O.M., la gestione delle segnalazioni, nelle forme prevista dalla succitata delibera, è affidata a quest'ultimo (Avv. Anna Curatolo).

Il G.O.M. intende adottare la piattaforma informatica prevista, quale ulteriore modalità di segnalazione degli illeciti, per adempiere agli obblighi normativi richiamati.

### **Segnalazioni anonime**

La rilevanza di tali segnalazioni è limitata all'ipotesi in cui queste si presentino circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es. indicazione di nominativi o qualifiche particolari ecc.); verranno esaminate soltanto in presenza di queste caratteristiche.

### **Segnalazioni spontanee**

Tutti i dipendenti del G.O.M. possono inoltrare al R.P.C.T. segnalazioni di comportamenti che siano percepiti quali fatti corruttivi.

Le segnalazioni possono essere inoltrate utilizzando l'indirizzo mail ***anticorruzione@ospedalc.it***.

### **MAPPATURA DEI RISCHI - INDIVIDUAZIONE DEI PROCESSI**

Nel presente piano si formalizza una prima mappatura con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.

Di seguito si evidenziano i macroprocessi oggetto della valutazione:

- responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno;
- acquisizione di beni e servizi e gestione dei contratti;
- gestione delle sperimentazioni cliniche;
- gestione delle liste di attesa;
- gestione libera professione;
- gestione lavori pubblici;
- gestione patrimonio immobiliare;
- gestione finanziamenti pubblici e privati;
- acquisizione e vendita di prestazioni e servizi sanitari presso terzi;
- incasso proventi da prestazioni sanitarie e non.

### **OBIETTIVI GENERALI**

In considerazione della visione strategica per la realizzazione della mission aziendale e dei principi che la fondano, a protezione del Valore Pubblico descritto e degli obiettivi di performance strategici programmati per il triennio 2025-2027 sopra illustrati, l'Azienda ha definito i seguenti obiettivi generali in materia di contrasto alla corruzione:

- sviluppo e garanzia di una formazione e sensibilizzazione efficace dei dipendenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'Azienda;
- aggiornamento dei processi organizzativi aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;
- identificazione e valutazione di eventuali settori più vulnerabili ai rischi corruttivi.

## **MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE**

### **Gestione del contenzioso**

L'art. 4 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 dispone che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito web, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management procede alla periodica pubblicazione dei dati relativi alle fattispecie richiamate dalla succitata normativa nell'apposita sezione "Sinistri: adempimenti ex art. 4 comma 3 Legge n. 24/2017" dell'area "Amministrazione Trasparente". I dati si riferiscono, in particolare, ai sinistri aperti e quelli liquidati, alle segnalazioni di Emovigilanza e Farmaco-vigilanza e alla segnalazione degli eventi avversi, nonché al numero dei reclami U.R.P.

Atteso il recente transito al regime di "auto ritenzione" del rischio sulla copertura relativa alla responsabilità civile e tenuto conto dell'intenzione, espressa dal Dipartimento Salute e Welfare della Regione Calabria, di indire una nuova procedura di gara per l'affidamento del servizio di copertura assicurativa a Società di Assicurazione, la U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi ha sviluppato una serie di elaborazioni per cercare di determinare l'impatto economico-finanziario delle polizze e gli effetti, in termini di ritenzione/trasferimento del rischio, correlati dalla previsione della franchigia assicurativa. Lo studio, che si prevede di approfondire ulteriormente nel corso dell'anno 2024, valorizzando la sia pur breve esperienza di self retention, riguarda in particolare:

1. l'analisi delle polizze assicurative;
2. i sinistri aperti e non ancora definiti (fonte Regione Calabria);
3. i sinistri liquidati;
4. l'analisi dei costi complessivamente sostenuti e il valore del rischio complessivamente ritenuto dal G.O.M.;
5. l'analisi dei costi evitati e il valore del rischio trasferito alla Compagnia Assicurativa e/o mantenuto in auto-ritenzione.

Tra gli obiettivi principali dello studio rientrano la definizione di un valore medio per sinistro da porre in relazione al valore di franchigia assicurativa che sarà eventualmente proposta in sede di gara unica regionale, in modo da verificarne l'effettiva sostenibilità, sia in termini finanziari che di concreto trasferimento del rischio, ovvero, individuare soluzioni alternative, non solo in termini di valore della franchigia, ma anche sul modello e sulle regole di ripartizione del rischio tra Azienda e Assicuratore.

L'ulteriore attività programmata per l'anno 2025 riguarda il costante monitoraggio e la gestione dei sinistri denunciati a far data 1.1.2023, ossia dei sinistri in regime di autoritenzione.

L'attuale regime assicurativo, determina un notevole impatto organizzativo per il G.O.M., soprattutto per le Unità operative direttamente coinvolte nella gestione del processo (Avvocatura Aziendale, U.O.C. Direzione Medica di Presidio, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, e U.O.C. Affari Generali Legali e Assicurativi) su cui gravano tutte le attività precedentemente assicurate dal broker, piuttosto che dai tecnici, legali e consulenti fiduciari della Compagnia. Tale regime, peraltro, richiede la necessità di effettuare accantonamenti periodici al Fondo Rischi e comporterà certamente importanti riflessi economico-finanziari, che saranno noti soltanto nel medio periodo e che potranno

essere tanto più contenuti quanto maggiore sarà la capacità dell'Azienda di gestire in modo adeguato le singole controversie. La complessità della materia e il coinvolgimento di professionalità multi disciplinari richiede sia il potenziamento dell'assetto organizzativo aziendale, mediante l'assegnazione di figure dedicate alla gestione del nuovo processo, sia l'esigenza di definire un nuovo sistema di regole. Sarebbe opportuno richiedere alla competente sede regionale l'autorizzazione all'assunzione delle figure specialistiche, anche in stralcio al Piano dei fabbisogni del personale.

Nell'ambito di tale processo un ruolo determinante sarà svolto dal Co.Va.Si. le cui attività sono state recentemente potenziate e regolamentate (rif. delibera n. 627 del 31.8.2023) e che sono orientate, soprattutto a:

1. standardizzare i processi, individuare le diverse figure professionali coinvolte nella trattazione e gestione dei sinistri aziendali e definire le azioni, i tempi e le modalità da rispettare per garantire una corretta ed efficace procedura di gestione diretta del sinistro;
2. definire un corretto processo di raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria per la gestione e l'istruttoria dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria;
3. sviluppare una politica di sensibilizzazione attraverso processi di buona comunicazione ed umanizzazione delle cure, nel rapporto operatore sanitario-paziente, anche al fine di modificare la cultura e gli atteggiamenti difensivi degli operatori sanitari volti, nella maggior parte dei casi, a delegare il ruolo ovvero ad innalzare resistenze o preclusioni;
4. adeguare la procedura già esistente della gestione sinistri, sia all'evoluzione normativa in materia di responsabilità sanitaria e degli esercenti le professioni sanitarie (Legge n. 24/2017 e s.m.i.) sia all'obbligo di assicurazione previsto dal comma 6 dell'art. 10 Legge n. 24/2017;
5. individuare, in cooperazione tra le UU.OO., azioni e strategie volte alla valorizzazione del contenzioso e all'adozione dei correttivi che dovessero rendersi necessari, nell'organizzazione dei servizi e nella successione dei processi in grado di evitare il ripetersi delle criticità che hanno generato il sinistro e ridurre così gli oneri a carico dell'Azienda;
6. favorire una capillare gestione pre-contenziosa dei sinistri attraverso la struttura preposta al Governo Clinico e Risk Management.

### **Gestione degli incarichi legali esterni**

In data 29.6.2023 è stata pubblicata la delibera del Commissario Straordinario n. 513, avente ad oggetto: "Regolamento per la concessione del patrocinio legale ai dipendenti del Grande Ospedale Metropolitaniano Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria. Integrazione e rettifica."

In data 1.8.2023 è stata pubblicata la delibera del Commissario Straordinario n. 588, avente ad oggetto "Regolamento per il conferimento degli incarichi legali esterni del G.O.M. Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria – integrazione.

### **Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale**

La gestione delle risorse umane ha come obiettivo l'acquisizione e programmazione del personale tramite l'applicazione dei contratti collettivi di lavoro, contratti collettivi integrativi aziendali, normativa di riferimento per garantire la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda, nei

limiti delle direttive gestionali della Direzione Strategica, coadiuvata dal Direttore di Dipartimento Amministrativo e dai Direttori di Struttura Complessa.

Il rischio in tale settore è dato dalla violazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale, norme contrattuali nella loro applicazione ed arbitraria valutazione del personale.

In ottemperanza all'art. 53, comma 16 - ter del D. Lgs. n. 165/2001, è previsto l'inserimento della clausola di pantouflage negli schemi di contratti pubblici.

### **Il pantouflage**

È stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 190/2012 che, modificando l'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, ha disposto, al comma 16-ter, il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La disciplina sul divieto di pantouflage si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nonché ai soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo. Per un approfondimento puntuale e aggiornato sulla normativa inerente il c.d. Divieto di Pantouflage si rimanda al sito dell'ANAC <https://www.anticorruzione.it>.

Il Grande Ospedale Metropolitano attua la suddetta misura di prevenzione:

- inserendo nei contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- inserendo in tutti contratti relativi agli incarichi dirigenziali la clausola che prevede l'impegno del dirigente al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 e, pertanto, ove negli ultimi tre anni di servizio eserciti poteri autoritativi o negoziali, è fatto divieto allo stesso, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di svolgere attività lavorativa di tipo subordinato ed autonomo presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta attraverso i suddetti poteri”;
- inserendo nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a soggetti già dipendenti dell'Amministrazione che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- prevedendo l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- prescrivendo l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- agendo giudizialmente, per il tramite dell'Avvocatura Interna per ottenere il risarcimento del danno nei confronti dei soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter D. Lgs. n. 165/2001, nella misura pari agli emolumenti

liquidati complessivamente, ivi compreso la liquidazione dell'indennità di risultato nei confronti di soggetti già dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti segnalati.

L'attuazione di questa misura, è posta in capo alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, la quale effettua controlli presso l'Agenzia delle Entrate territorialmente competente, sui nominativi estratti, relativamente ai redditi derivanti dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza); le risultanze delle verifiche dovranno essere segnalate al R.P.C.T. La violazione del divieto di pantouflage deve essere segnalata dal R.P.C.T., ai vertici dell'amministrazione, ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Il termine di riscontro per il suddetto adempimento è fissato dal R.P.C.T. al 15 Dicembre

### **Gestione gare per servizi e forniture**

L'Azienda deve garantire la concorrenza leale secondo quanto stabilito dal codice dei contratti e qualunque altra norma e disposizione interna o regionale. Deve quindi vigilare sulle procedure di affidamento dei lavori, nell'esecuzione dei contratti, negli acquisti servizi e forniture ispirandosi ai principi di libera concorrenza, correttezza e buona fede, garantendo all'Azienda un prodotto o attività di qualità.

I rischi in tale settore sono di eventuali rapporti indebiti con i fornitori in violazione del principio di libera concorrenza e degli obblighi di cui art. 26 del D. Lgs. n. 81/2008 (sicurezza sul lavoro) di seguito elencati che gravano anche sul Datore di Lavoro:

- rischi specifici coordinamento e cooperazione;
- D.U.V.R.I.

Tra i rischi inerenti la gestione delle gare rientrano:

- la piena e corretta applicazione del codice dei contratti (D. Lgs. n. 36/2023);
- la legittimità delle procedure di gara;
- l'idoneità tecnico-professionale;
- la regolarità contributiva;
- gli adempimenti delle obbligazioni derivanti dai contratti di forniture e servizi con le ditte aggiudicatarie.

### **Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili**

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario rilevante importanza rivestono quelle per evitare le situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, nell'acquisto di beni esclusivi o infungibili.

La Regione Calabria con il D.C.A. n. 137 del 21.12.2016, per garantire l'assenza di elementi conflittuali, ha pubblicato *"Linee guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale"*.

Con la delibera n. 214/2016 è stata nominata la Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili. Con delibere successive, da ultima la n. 466 del 4.7.2022, sono stati nominati i componenti della Commissione stessa.

Con diverse disposizioni di servizio le Direzioni Strategiche che si sono succedute nel tempo hanno regolamentato le varie fasi dell'acquisto di beni e servizi anche in funzione di prevenzione della corruzione e, comunque, in un'ottica di economicità degli stessi.

In particolare, con la disposizione di servizio prot. n. 5603 del 21.06.2017, integrata dalla nota prot. 31037 del 29.8.2023 della Direzione Amministrativa, si è, tra l'altro, stabilito che le richieste di beni e servizi per le quali occorrerà predisporre apposita procedura di selezione del contraente:

- a) devono essere formulate dai Direttori delle Unità Operative di questa Azienda, di norma, avuto riguardo anche della specificità delle singole forniture, per periodi di tempo non inferiori a due anni e non superiori a cinque;
- b) devono essere indirizzate al Direttore del Dipartimento a cui le Unità Operative afferiscono il quale provvederà a valutarle, eventualmente autorizzarle ed a trasmetterle con apposita relazione all'U.O.C. di Farmacia, se trattasi di dispositivi medici o farmaci, all'U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica, se trattasi di attrezzature, strumentario o arredi, alla U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale se trattasi di servizi di manutenzione agli immobili o alle attrezzature sanitarie e scientifiche. Il Direttore di Dipartimento nel valutare le richieste di beni o servizi farà riferimento, per quanto possibile ed applicabile, ai rapporti tra i costi (ivi compresi tutti i costi correlati ed accessori) ed i benefici (sia in termini di efficacia sanitaria, fondata anche sull'evidenza di dati acquisiti, sperimentalmente dimostrati e riproducibili, che in termini di valore economico misurabile dalla produzione sanitaria generabile o dai minori costi da sostenere). Il Direttore di Dipartimento nel selezionare le richieste da autorizzare dovrà evidenziare eventuali priorità di acquisto e privilegiare la condivisione dei beni e dei servizi all'interno dello stesso Dipartimento e/o tra i Dipartimenti interessati, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse e di maggiori risparmi di costo. Qualora il Direttore di Dipartimento valuti che un bene o un servizio possano essere di uso comune a più Dipartimenti la relazione di autorizzazione all'acquisto è sottoscritta dai Direttori di Dipartimento interessati. Qualora gli acquisti di beni e servizi siano ritenuti idonei all'utilizzo nei protocolli diagnostico - terapeutici e nei percorsi integrati interdipartimentali la richiesta sarà formulata dal Collegio di Direzione;
- c) qualora autorizzate dai Direttori di Dipartimento dovranno contenere l'indicazione di un referente tecnico per le fasi di redazione del capitolato speciale di appalto e di definizione puntuale del fabbisogno nonché di tutti gli eventuali adempimenti tecnici specifici connessi alle successive fasi necessarie alla selezione del fornitore.

Inoltre, con la disposizione di servizio prot. n. 10681 del 27.04.2018, si è stabilito, tra l'altro, che sono un'eventualità residuale, che deve comunque essere adeguatamente motivata, il ricorso alle procedure previste dal D.C.A. n. 135/2015 e dalla delibera aziendale n. 214/2016 che riguardano le richieste di beni o servizi esclusivi, infungibili, unici o dedicati. Particolare attenzione è richiesta, quindi, nella fase di valutazione di queste eventuali richieste ai componenti della specifica commissione per la valutazione di tali beni nominata con la delibera n. 214/2016.

La prassi aziendale derivata dalle disposizioni sopra richiamate, dall'esperienza della commissione sopra citata e dalle risultanze delle procedure selettive dei fornitori espletate ha portato alla scelta strategica di indire, comunque, procedure di evidenza pubblica anche nei casi in cui poteva essere plausibile trattarsi di forniture di beni esclusivi o infungibili.

### **Gestione Tecnico Patrimoniale**

Nell'ambito dell'Azienda, come di tutti gli enti sanitari, riveste rilevante importanza l'U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale poiché l'attività che essa svolge (programmazione, progettazione ed esecuzione degli appalti, etc) richiede particolare attenzione nell'adozione degli strumenti di prevenzione per innumerevoli reati corruttivi che nello svolgimento della stessa possono consumarsi.

Il G.O.M. pertanto garantisce:

- la piena e corretta applicazione del codice dei lavori pubblici;
- il pieno e corretto adempimento delle obbligazioni derivanti dai contratti di competenza;
- adeguato monitoraggio dello stato degli immobili e dei relativi impianti;
- l'effettuazione costante della necessaria manutenzione ordinaria e straordinaria;
- attivazione, in tutti i casi di emergenze, della relativa messa in sicurezza dei locali.

### **Flussi informativi e controllo di gestione**

L'Azienda Ospedaliera deve garantire un resoconto di tutte le attività, siano esse di tipo gestionale amministrativo o sanitario al fine di raffigurare la reale situazione della stessa, con riferimento ai profili succitati onde evitare ipotesi di omissione dati o falsità degli stessi.

Risultano rilevanti a tal fine i monitoraggi rivolti alle prestazioni sanitarie erogate, ambulatoriali e di ricovero, gestione farmaci ed alle attività di carattere amministrativo gestionale ed in particolar modo le attestazioni e certificazioni atte a dimostrare il permanere dei requisiti di accreditamento.

I rischi in tale area sono rappresentazione di dati falsi, non veritieri ovvero l'omissione di dati e informazioni che forniscano una percezione della realtà Aziendale diversa da quella reale.

### **Gestione Risorse Economiche e Finanziarie**

Altrettanto importante è il monitoraggio delle attività svolte dall'U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie alla quale confluiscono tutti gli elementi di natura contabile dell'Azienda:

- contabilità generale;
- gestione pagamenti;
- riscossioni;
- bilancio.

In esecuzione all'art. 1, comma 522, della legge di stabilità 2016, il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dovrà pubblicare il bilancio nell'apposita sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente", entro 60 giorni dalla sua approvazione, in forma integrale anche avvalendosi di rappresentazioni grafiche.

I rischi in tale area sono:

- liquidazioni senza controllo;
- pagamenti di prestazioni non svolte;
- ripetizioni indebite di pagamenti;
- mancato rispetto nella cronologia della presentazione delle fatture;
- registrazioni di bilancio non rispondenti ai dati reali;
- frode amministrativo – contabile.

## **Fondi P.N.R.R.**

Con il D.C.A. n 82 del 22.7.2022 il Presidente della Regione Calabria nella sua qualità di nominato Commissario ad Acta per il Piano di rientro, ha assegnato alle Aziende del S.S.R., in qualità di Soggetti Attuatori esterni, le risorse finanziarie per la realizzazione degli interventi inerenti il P.N.R.R.- M6 Salute Componenti 1 e 2 – Digitalizzazione D.E.A. l’ammodernamento del parco tecnologico, digitalizzazione e adeguamento sismico (ospedale sicuro e sostenibile).

## **MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO**

Negli enti sanitari si inserisce un area di rischi specifici che merita un particolare monitoraggio essendo legata alla tutela della salute del cittadino quale bene costituzionalmente protetto.

### **Settore sanitario**

Area Prestazioni Sanitarie, Area Farmaceutica.

Rientrano in quest’area i seguenti processi:

- prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri in elezione;
- ricoveri urgenti;
- decesso in ambito ospedaliero;
- acquisizione del consenso informato ed il trattamento dei dati personali;
- gestione del fabbisogno di farmaci, dispositivi medici e presidi.

I rischi nel settore sanitario sono:

- cattiva gestione delle liste d’attesa;
- ricoveri impropri;
- cattiva ed impropria gestione di farmaci, dispositivi medici e presidi.

### **Strutture interessate**

- accettazione; tutte le aree cliniche; Direzione Medica di Presidio; Farmacia.

Il profilo di rischio attiene alla mancata conformità a quanto previsto dalle procedure ed afferisce a tutte le aree cliniche.

### **L’esercizio della libera professione e gestione delle liste di attesa**

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 65 del 15.2.2018, è disciplinato l’esercizio della libera professione intramoenia al fine di garantire all’utenza l’assistenza di uno specialista di fiducia e che non venga messo in atto un comportamento improprio, esercitando l’attività libero professionale in sostituzione di quella ordinaria.

I sanitari interessati devono garantire l’eguale qualità della prestazione sia che essa venga svolta per l’Ente che per i privati cittadini che vogliono scegliere un professionista di fiducia.

Il rischio specifico:

- elusione della normativa fiscale;
- elevata probabilità di indirizzare l’utenza presso gli studi privati;
- sottrazione della quota percentuale spettante all’Azienda.

Con la delibera del Commissario Straordinario n. 733 del 26.10.2020, a far data 1.1.2021, a seguito della realizzazione degli ambulatori dedicati all’attività libero professionale presso il Presidio

Ospedaliero “Morelli, è cessata l’attività libero professionale intramoenia in regime “allargato”, ovvero l’attività svolta in via eccezionale e residuale, dai professionisti presso studi privati non accreditati con il S.S.N..

Con la delibera n. 842 del 27.12.2024 è stato adottato il “Piano Aziendale per l’attività libero professionale (ALPI)”.

Con la delibera n. 843 del 27.12.2024 è stato adottato il nuovo “Regolamento per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale della Dirigenza e del Comparto”;

Con la delibera n. 844 del 27.12.2024 è stato adottato il “Piano attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2025-2027”.

Con la delibera n. 845 del 27.12.2024 è stato adottato il “Piano Operativo aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie ex articolo 3 commi 10 e 11 del D.L. n. 73 del 7 giugno 2024 convertito in legge n. 107 del 29 luglio 2024 “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”.

### **Sperimentazioni cliniche**

Con regolamento aziendale, approvato con delibera n. 191 del 3.3.2022, è disciplinato l’esercizio delle sperimentazioni cliniche in ambito ospedaliero al fine di garantire che non venga messo in atto un comportamento improprio.

In data 4.1.2024, è stata pubblicata la delibera del Commissario Straordinario n. 3, avente ad oggetto *“Revisione Regolamento Aziendale per la gestione degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche”*.

### **Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero**

Il G.O.M. ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione di detto rischio presso i Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli.

In ossequio alla Legge Regionale del 29 novembre 2019, concernente “Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria”, il G.O.M. con nota prot. n. 43553 dell’11.12.2019 e prot. n. 26269 del 24.12.2019 del Direttore Medico di Presidio ha delineato le azioni da adottare in caso di decesso all’interno dell’Azienda.

Oltre alla modulistica da compilare a cura della Direzione Medica di Presidio da trasmettere all’Ufficio Stato Civile del Comune interessato e la certificazione medica per il trasposto della salma, ai sensi della vigente normativa in materia, è stata adottata la modulistica necessaria a garantire la correttezza e la trasparenza delle procedure di trasporto della salma.

La richiesta di trasporto contiene dati relativi alla ditta incaricata del trasporto, il mandato all’impresa funebre la sede di destinazione della salma e i dati anagrafici corredati di fotocopia del documento di identità del familiare che la sottoscrive.

### **Gestione dei fabbisogni di farmaci e presidi**

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della U.O.C. Farmacia partecipa al programma delle acquisizioni delle Stazioni appaltanti di cui alla delibera del Commissario Straordinario n. 701 del 31/10/2022 con cui è stato approvato il Programma triennale delle opere pubbliche 2023/2025, così come indicato nell'art. 1 comma 1 del Decreto Ministeriale 16.1.2018 n. 14, redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M. nonché il "Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi".

Con delibera n. 692 del 31.10.2024, così come previsto dall'art. 37 comma 6 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, l'Azienda ha approvato il "*Programma triennale delle opere pubbliche 2025-2027*" ed il "*Programma triennale degli acquisti di forniture e servizi 2025-2027*" redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M.

#### **Gestione fondi P.N.R.R.**

Al fine di garantire una corretta gestione dei fondi del P.N.R.R. destinati al G.O.M., quest'ultimo ha attivato sul sito istituzionale, nell'area Amministrazione Trasparente una sezione dedicata all'attuazione delle misure del P.N.R.R. <https://www.gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/pnrr-missione-6-salute.html>.

Nel caso di specie il rischio specifico può essere individuato nella cattiva e/o illecita gestione dei fondi.

I controlli sulle attività svolte e la loro corretta pubblicazione vengono monitorate dal RPCT previa verifica con i Direttori e Responsabili delle U.O. interessate.

#### **PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

L'Azienda, con la delibera n. 311 del 28.4.2022, programma le misure sia generali, previste dalla legge n. 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.

Si allegano le tabelle descrittive delle misure individuate dall'Azienda.

## MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO GENERALE

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATTA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Gestione del contenzioso	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati.	Affari Generali Legali e Assicurativi	Pubblicazione dati ulteriori in "Amministrazione Trasparente".	Rispetto dell'obbligo della legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli - Bianco) relativa alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati.	Pubblicazione annuale del dato ulteriore.	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno.
	Garantire la trasparenza delle procedure di accesso agli atti.	Affari Generali Legali e Assicurativi	Registro Accesso agli Atti.	Pubblicazione di tutte le procedure di accesso agli atti.	Pubblicazione del 100% delle istanze di accesso di tutte le U.O.C.	Tempestiva	RPCT verifica semestrale.
Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi Dirigenziali.	Presentazione alla Direzione Strategica del Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali Area Medica e Sanitaria.	1) Presentazione del Regolamento; 2) Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati.	30/9 e 31/12 di ciascun anno	RPCT 30/09 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire il rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali.	Raccolta e verifica a campione sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata fuori dall'orario di servizio.	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni / numero totale delle autorizzazioni verificate <10%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno.
	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage.	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di Pantouflage.	Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali	All'atto della stesura del contratto	RPCT Verifica semestrale a campione di contratti individuali di lavoro 15/07 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire l'applicazione delle norme che regolano il Divieto di Pantouflage.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Verifica.	Controllo a campione di almeno il 10% del personale cessato di qualifica.	Richiesta all'Agenzia delle Entrate territorialmente competente di verifica se i nominativi estratti abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (con riferimento a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale, sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato sia mediante l'affidamento di incarico o consulenza).	Annuale	15/01 di ciascun anno
	Garantire l'applicazione delle norme che regolano l'acquisizione del personale.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Gestione dei concorsi e prove selettive	Personale dirigenziale e di categoria D.	Pubblicazione del 100% dei dati relativi all'azione programmata.	Tempestiva	RPTC 31/12 di ciascun anno.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATTA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Gestione gare per servizi e forniture	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%	All'atto della nomina	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della normativa in materia	Provveditorato Economato e Gestione Logistica, Gestione Tecnico Patrimoniale	Controlli sull'esecuzione contrattuale	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili	Evitare situazioni di potenziali conflitti	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Manifestazione Pubblica di interesse	Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili.	Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/ servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e a RPCT.	Semestrale	RPCT entro 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire la trasparenza delle procedure di acquisto di beni infungibili	Commissione per la valutazione delle richieste di prodotti esclusivi e beni infungibili	Regolamento Commissione	Redazione Regolamento di funzionamento della Commissione	Pubblicazione del Regolamento	15/07	RPCT Controllo a campione sulla regolare esecuzione degli acquisti
Gestione Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/ numero relazioni presentate al RUP = 100%	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Gestione Tecnico Patrimoniale	Procedura per la rendicontazione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	numero autocertificazioni acquisite/ totale incarichi DEC=100%	All'atto della nomina	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della normativa in materia	Gestione Tecnico Patrimoniale	Controlli sull'esecuzione contrattuale	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/ numero affidamenti. Numero dei subappalti/ numero contratti di lavori	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
	Assicurare la Terzietà ed indipendenza del RUP	Gestione Tecnico Patrimoniale	Alternanza Ruolo del RUP	Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun Dirigente	Presentazione della relazione	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
<b>Gestione Tecnico Patrimoniale. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.</b>	Garantire la trasparenza e corretta gestione dei fondi negli investimenti P.N.R.R.	Gestione Tecnico Patrimoniale. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	Monitoraggio degli acquisti, dell'avanzamento lavori, forniture.	Controlli periodici RPCT.	Realizzazione dei progetti assegnati.	Semestrale	RPCT 30/01 e 31/12 di ciascun anno.
<b>Gestione Tecnico Patrimoniale</b>	Assicurare il principio della rotazione degli incarichi	Gestione Tecnico Patrimoniale	Monitoraggio del conferimento degli incarichi di collaudo.	Relazione sulle modalità di assegnazione dell'incarico , con evidenza del numero delle procedure assegnate.	Trasmissione del report inerente gli incarichi per collaudi.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno.
<b>Flussi informativi e controllo di gestione</b>	Garantire la trasparenza nelle procedure organizzative dell'Azienda	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Piano della Performance.	Misurazione della performance	Pubblicazione della Relazione sulla Performance e il Piano annuale.	Annuale	RPCT 31/01 di ciascun anno.
<b>Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Gestione dei pagamenti.	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento.	Trimestrale	RPCT 15/04, 15/07, 15/10 e 15/01 di ciascun anno.
	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con Programmazione e Controllo di Gestione e Affari Generali Legali e Assicurativi	Gestione dei crediti.	Circularizzazione dei rapporti di credito mediante l'impiego di apposito software gestionale.	Elaborazione e invio di apposita nota di circularizzazione del credito, con evidenza, per ciascun creditore, delle singole partite contabili scadute e non riscosse.	Annuale	RPCT 15 gennaio di ciascun anno.
	Garantire il rispetto della cronologia nei pagamenti	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie in collaborazione con i Direttori/Responsabili delle U.O., Responsabili dei processi di liquidazione	Gestione dei debiti.	Il pagamento delle posizioni debitorie deve avvenire nel rispetto dell'ordine cronologico di arrivo dei provvedimenti di liquidazione.	Invio del report a RPCT.	Semestrale	RPCT 15 luglio e 15 gennaio di ciascun anno.

**Tabella 21 - Monitoraggio Aree Rischio Generale.**

## MONITORAGGIO - AREE DI RISCHIO SPECIFICO

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	STRUTTURE INTERESSATE	MISURA	AZIONE PROGRAMMATA	VALORE ATTESO	TEMPISTICA	MONITORAGGIO
Libera professione	Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale.	Commissione Paritetica, Direzione Medica di Presidio.	Aggiornamento Annuale del Piano Aziendale per l'ALPI.	Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero professionale.	Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul sito web aziendale.	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.	Direzione Medica di Presidio	Rispetto del Regolamento ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia.	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.	semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI.	Direzione Medica di Presidio, U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione		Monitoraggio del rispetto della fascia oraria mediante controlli a campione degli inserimenti delle prestazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto.	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione.	semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
	Evitare favoritismi che eludano le liste d'attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa.	Direzione Medica del Presidio	Informatizzazione delle agende di prenotazione.	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa.	Report delle liste con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Sperimentazioni cliniche	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse.	Comitato Etico, tutte le aree cliniche, Farmacia, Direzione Medica di Presidio, Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni.	Rispetto dei regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/ attività formative.	Numero di sponsorizzazioni attivate nel rispetto del regolamento / totale delle sponsorizzazioni.	All'atto della richiesta	RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno.
	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca.	Comitato Etico	Scheda per la sostenibilità del budget.	Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali.	numero di schede di budget completate / totale delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%	Al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	RPCT Verifica annuale e a campione su sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura 15/01 di ciascun anno
Gestione del decesso in ambito ospedaliero	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica.	Direzione Medica di Presidio	Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero.	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico.	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alla Direzione Medica di Presidio da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre.	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

Tabella 22 - Monitoraggio Aree Rischio Specifico.

## **PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

Il Programma Triennale per la Trasparenza, valido per il triennio 2025-2027, è stato adottato dal G.O.M. ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 e D. Lgs. n. 97/2016 e costituisce una sezione all'interno del P.I.A.O. alla quale si rimanda.

Il G.O.M., al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, ha individuato in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- a. assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- b. garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- c. garantire all'utenza il diritto di accesso in tutte le sue forme assicurando tutti gli strumenti, anche informatizzati necessari e il rispetto dei tempi delle procedure.

Gli obiettivi del Programma sono stati formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nella sezione 2.2 "Performance" del presente Piano.

L'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e pubblicazione dei report nelle tempistiche previste, viene inserito quale obiettivo di performance individuale nelle schede di budget.

L'attività del G.O.M. in tema di trasparenza consiste principalmente nella gestione all'interno del sito Internet istituzionale della sezione "Amministrazione Trasparente", completa di tutte le relative sottosezioni, secondo le normative legislative regolamentari vigenti (D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal n. 97/2016).

La sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del G.O.M. accessibile dal link <https://www.gomrc.it/doc/amministrazione-trasparente/> è costantemente implementata ed aggiornata.

L'Azienda ha nominato un Referente Aziendale per il settore Sanitario e Amministrativo che provvede, giusta trasmissione dei dati forniti dalle varie strutture, alla pubblicazione dei dati sulla sezione dedicata "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

Il R.P.C.T., nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di:

- provvedere alle misurazioni di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalare all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

Il R.P.C.T. effettua il monitoraggio interno rispettando le scadenze indicate nelle linee guida, di norma ogni tre mesi, con particolare riguardo alla necessità che il materiale pubblicato sul sito web aziendale venga costantemente aggiornato e provvede alla segnalazione degli eventuali inadempimenti ai

referenti delle U.O., affinché provvedano secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33 del 2013 All. A, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2013 e dalle Linee Guida ANAC

Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il R.P.C.T. segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.), nonché al Direttore Generale e all'O.I.V., ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013). La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D. Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art. 47 D. Lgs. n. 33/2013). Le sanzioni riguardano i soggetti che sono tenuti a contribuire agli adempimenti previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e, quindi, non solo il R.P.C.T. per le sue attribuzioni specifiche, ma anche i Responsabili che debbono fornire i dati necessari alla pubblicazione.

In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la sua mancanza, incompletezza o ritardo, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente resosi colpevole dell'inadempimento, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art. 15, comma 3, ed art. 26, comma 3, del D. Lgs. n. 33/2013).

## **ACCESSO AGLI ATTI - TIPOLOGIE**

### **Accesso ex Legge n. 241/1990**

L'accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di "un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell'operato della pubblica amministrazione.

Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all'ANAC, che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n. 241/1990, art. 25.

L'accesso documentale deve essere tenuto distinto dall'accesso civico ex D. Lgs. n. 33/2013 (art. 5) e dall'accesso generalizzato ex D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 (art. 5, co. 2).

In data 27.09.2023 è stata pubblicata la delibera del Commissario Straordinario n. 754, avente ad oggetto "Approvazione del Regolamento accesso cartelle cliniche ed altra documentazione sanitaria presso Il Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria".

### **Accesso civico "Semplice" ex D. Lgs. n. 33/2013, art. 5**

Tra le novità introdotte dal Decreto Legislativo n. 33/2013 una delle principali riguarda l'istituto dell'accesso civico (art. 5). L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni, i dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo.

Il legislatore riconosce a chiunque la facoltà di vigilare, attraverso il sito web istituzionale il rispetto da parte della pubblica amministrazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.

Per l'esercizio di tale diritto il G.O.M. ha predisposto apposita modulistica che pubblicherà sul sito: Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Accesso Civico; la richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, ed è gratuita.

**Accesso civico generalizzato ex D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, art. 5, c. 2.**

Il D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, ha introdotto un'ulteriore tipologia di accesso: il cd. accesso civico generalizzato (Freedom of Information Act – F.O.I.A.) delineato nell'art. 5, comma 2 e disciplinato dalle Linee Guida dell'ANAC con delibera n. 1309 del 28/12/2016 "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fine della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, c. 2 del D. Lgs. n. 33/2013".

Tale tipologia si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex Legge n. 241/1990, ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e a promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Infatti, tale istituto prevede il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis.

Esso prescinde dall'obbligo di pubblicazione dei documenti, in attuazione del principio di trasparenza. Infatti l'art. 1, c. 1 del decreto, definisce l'accesso generalizzato strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'Azienda, a far data dal 2016, ha istituito, come previsto dalla delibera ANAC n. 1309/2016, il registro delle richieste di accesso presentate all'Azienda (accesso civico e accesso civico generalizzato), che viene aggiornato con cadenza semestrale. Il registro delle richieste di accesso deve contenere: l'indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con la delibera sopracitata.

Il registro è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente - "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi risulta utile per l'Azienda che in questo modo rende noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

La ratio sottesa al suddetto registro esplicitata dalla stessa Autorità, è quella di realizzare un monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni relative alle richieste di accesso civico e accesso civico generalizzato, non condizionate dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, nonché allo scopo di rendere noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

In quest'ottica, pertanto, non possono trovare spazio all'interno del suddetto registro le istanze di accesso documentale ex artt. 22 e ss. della Legge n. 241/90 che subordinano la conoscibilità degli atti detenuti dall'Amministrazione alla sussistenza di una posizione giuridica legittimante, corrispondente ad un interesse diretto, concreto ed attuale collegato al documento di cui si richiede l'accesso. Il carattere soggettivo delle motivazioni poste a supporto di dette istanze costituisce un fattore determinante ai fini del loro accoglimento e, di conseguenza, vanificherebbe quelle esigenze di

semplificazione perseguite attraverso la pubblicazione nel registro degli accessi di richieste aventi ad oggetto documenti generalmente conoscibili.

Il sito web <http://www.G.O.M.rc.it> rappresenta per l'Azienda il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti, pertanto sarà il luogo preferenziale della comunicazione tra il cittadino e amministrazione.

Nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti, sono attivi, allo scopo, gli indirizzi di posta elettronica [trasparenza@ospedalcerc.it](mailto:trasparenza@ospedalcerc.it) ed [anticorruzione@ospedalcerc.it](mailto:anticorruzione@ospedalcerc.it).

### **Trasparenza e tutela dei dati personali**

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato.

Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e convenzionali, dall'altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall'art. 1, co. 1, del D. Lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che «Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità.

In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che «richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi».

L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.). Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito R.G.P.D.) e, il 19 settembre 2018,

del D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Occorre evidenziare che l'art. 2-ter del D. Lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal D. Lgs. n. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato». Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D. Lgs. n. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D. Lgs. n. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d). Il medesimo D. Lgs. n. 33/2013 all'art. 7- bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali. Si ricorda inoltre che, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati - R.P.D. (cfr. Art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 Parte IV, § 7. "I rapporti del R.P.C.T. con altri organi dell'amministrazione e con ANAC") svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del Regolamento (UE) 2016/679).

Il R.P.D., svolge i compiti previsti dall'art. 39 del Regolamento (UE), in un contesto organizzativo e procedimentale assai complesso, qual è quello aziendale, dove il trattamento dei dati riguarda un

volume consistente di dati, relativi alla salute ed anche genetici, ma anche effettuati nell'ambito della didattica, della ricerca e degli studi clinici.

Il R.P.D. supporta il titolare nei molteplici adempimenti imposti dal Regolamento UE 2016/679, fornisce consulenza su assunzioni di decisioni del Titolare del Trattamento che impattano sulla protezione dei dati e gestisce il riscontro agli interessati nei casi di esercizio dei diritti.

#### **Attività di monitoraggio 2024**

Nel corso del 2024 il R.P.C.T., che ha l'obbligo di monitorare lo stato di attuazione degli adempimenti contenuti nel D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97 del 25.5.2016, e dalle Linee Guida dell'ANAC n. 1310/2016, ha svolto trimestralmente, su tutte le sezioni dell'Amministrazione Trasparente, l'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, da parte dei responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sollecitando le Unità Operative interessate (vie brevi/mail), anche con l'invio di un report, a verificare quanto indicato e a provvedere, secondo i suggerimenti inseriti, alla puntuale pubblicazione, richiamando alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento delle informazioni pubblicate, in un'ottica di costante implementazione e adeguamento del sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

Le risultanze dei monitoraggi effettuati hanno evidenziato che il livello di adempimento, nel 2024, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa di riferimento e dalle linee guida è stato, in generale, buono presentando solo alcuni ritardi, in particolare da parte dei Responsabili dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione delle sezioni per le quali non sono previsti automatismi, nell'aggiornare e/o implementare manualmente i dati con cadenza annuale e/o con struttura tabellare, dovute a problemi di tipo organizzativo e ai mutamenti normativi di settore che hanno determinato un rallentamento delle attività di implementazione di tali sezioni dell'Albero della Trasparenza.

Nel corso dell'anno 2024, l'O.I.V. ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente". La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti dell'O.I.V. le attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza.

L'O.I.V., ha, inoltre, verificato, anche per l'anno 2024, l'assenza di filtri tecnici tali da impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente.

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'O.I.V., sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità, redazione della Relazione annuale sullo stato del medesimo), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

L'O.I.V., in data 11.12.2024, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del D. Lgs. n. 150/2009 e delle delibere A.N.A.C n. 1310/2016 e n. 201/2022, ha effettuato presso il G.O.M. la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, di cui all'All. A – Griglia di rilevazione rilasciando poi, in pari data, il documento di attestazione sulla veridicità ed attendibilità di quanto riportato nella scheda di monitoraggio, rispetto a quanto pubblicato sul sito web dell'amministrazione.

Gli esiti e l'attestazione dell'O.I.V. sono consultabili e scaricabili nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente" – sezione Controlli e Rilievi sull'Amministrazione – sottosezione Attestazioni dell'O.I.V. o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

### **SANZIONI**

L'attuazione di quanto previsto nella presente sezione costituisce elemento di valutazione ai fini della performance dei Dirigenti, e comporta l'irrogazione di sanzioni, anche pecuniarie, oltre a responsabilità dirigenziale in caso di inosservanza.

### **DISPOSIZIONE FINALE**

La presente sezione, redatta in data 24.01.2025 dal R.P.C.T. Avv. Anna Curatolo e approvata con delibera del Commissario Straordinario, è immediatamente eseguibile e sarà oggetto di modifiche ed integrazioni che seguiranno l'evoluzione normativa in materia e le modifiche che il nuovo Piano Aziendale apporterà all'organizzazione del G.O.M. in ossequio alle linee guida della Regione Calabria.

### **COMUNICAZIONI**

Eventuali segnalazioni e/o comunicazioni potranno essere inviate ai seguenti indirizzi mail:  
*anticorruzione@ospedalerc.it*

*trasparenza@ospedalerc.it*

Le comunicazioni trasmesse agli indirizzi anticorruzione e trasparenza sono visibili solo dal R.P.C.T. Avv. Anna Curatolo.

## SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

### 3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda ha ridefinito il proprio modello organizzativo, in coerenza con le indicazioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 130 del 16 dicembre 2015, n. 30 del 3 marzo 2016 e n. 64 del 5 luglio 2016, mediante l'**Atto Aziendale** di diritto privato, adottato con la delibera del Commissario Straordinario n. 400 del 9 luglio 2020 successivamente modificato e integrato con la delibera n. 807 del 20 novembre 2020, ad oggi, in attesa di approvazione regionale.

Nelle more dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, pertanto, l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono ancora disciplinati con l'Atto Aziendale approvato con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19 luglio 2016, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25 luglio 2016 ed attivo dal 1 agosto 2016 con la delibera n. 588 del 28 luglio 2016.

L'Azienda ha anche adottato il "*Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021*" ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, del decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016 e del decreto del Commissario ad acta n. 104 del 28 settembre 2016 con delibera n. 386 del 28 giugno 2019 ed il relativo allegato tecnico che sono stati in seguito approvati con il decreto del Commissario ad Acta n. 151 del 18 novembre 2019.

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

#### 3.1.1 Organigramma

Il modello organizzativo aziendale è di tipo dipartimentale con n. 8 Dipartimenti Strutturali e n. 4 Dipartimenti Funzionali. Le Strutture Operative Complesse aziendali sono n. 45; le Strutture Operative Semplici sono n. 65, delle quali n. 13 Dipartimentali.

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

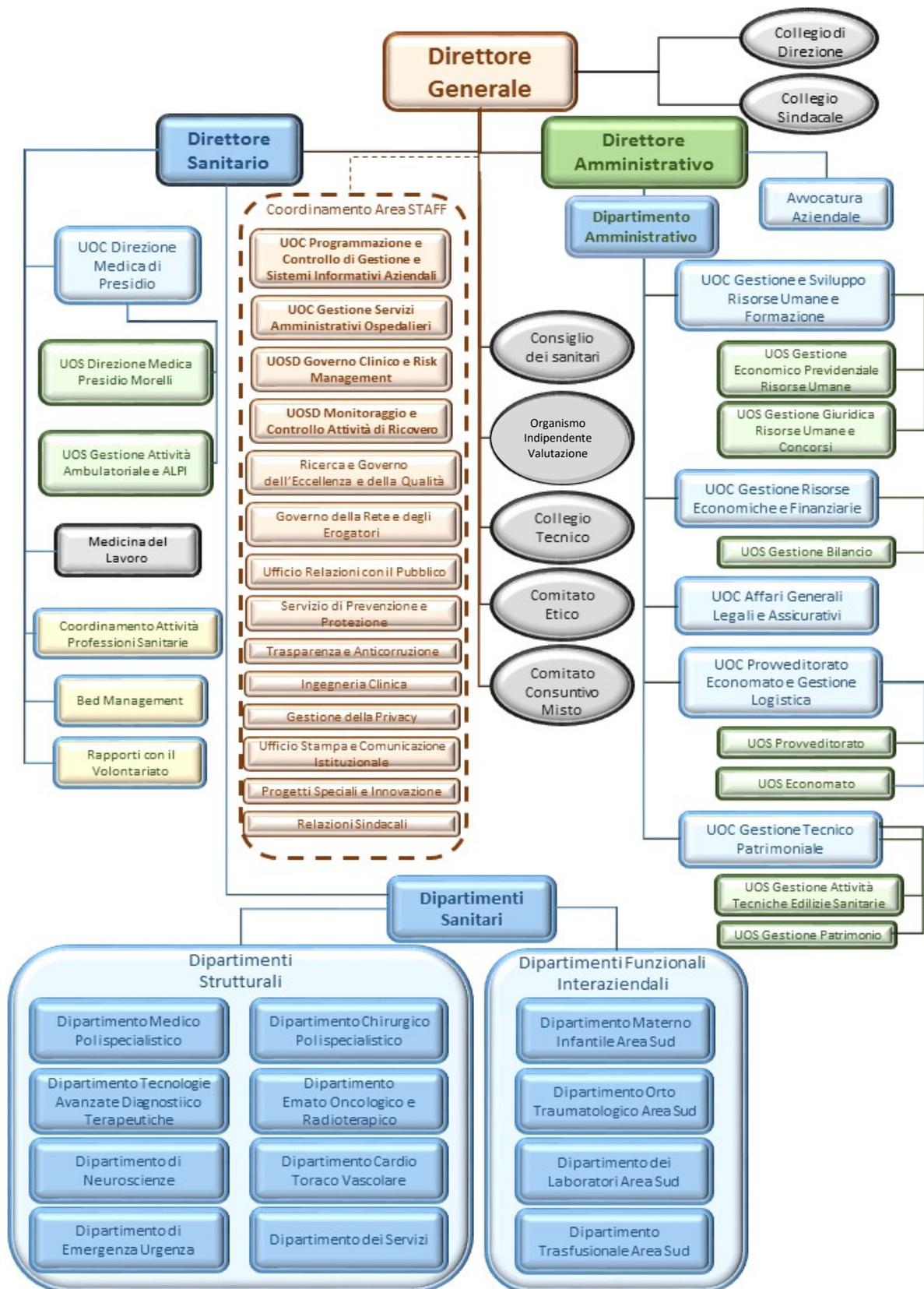
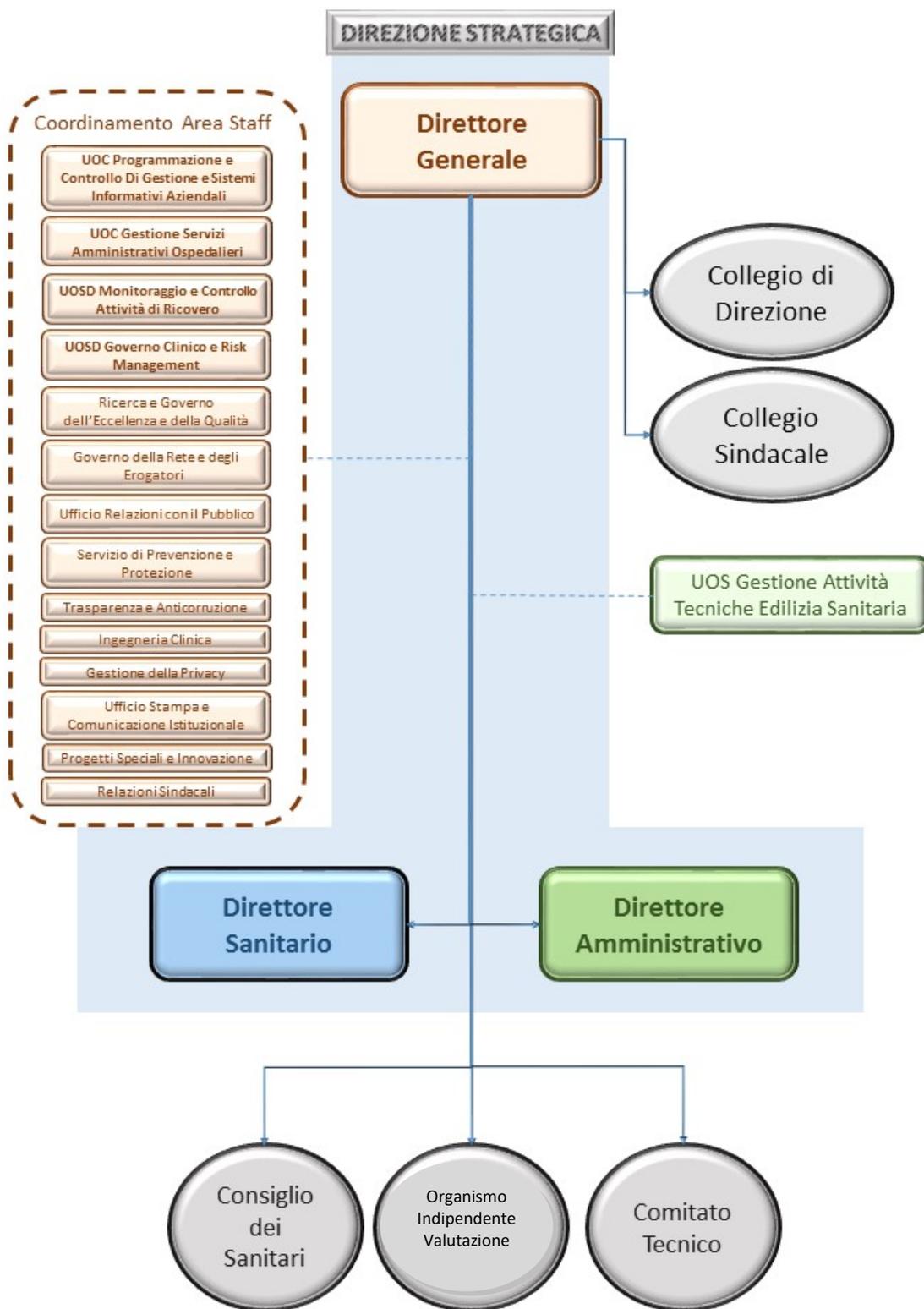


Grafico 20 – Organigramma del G.O.M. “Bianchi Melacrino Morelli” Reggio Calabria.



**Grafico 21 – Organigramma della Direzione Strategica**

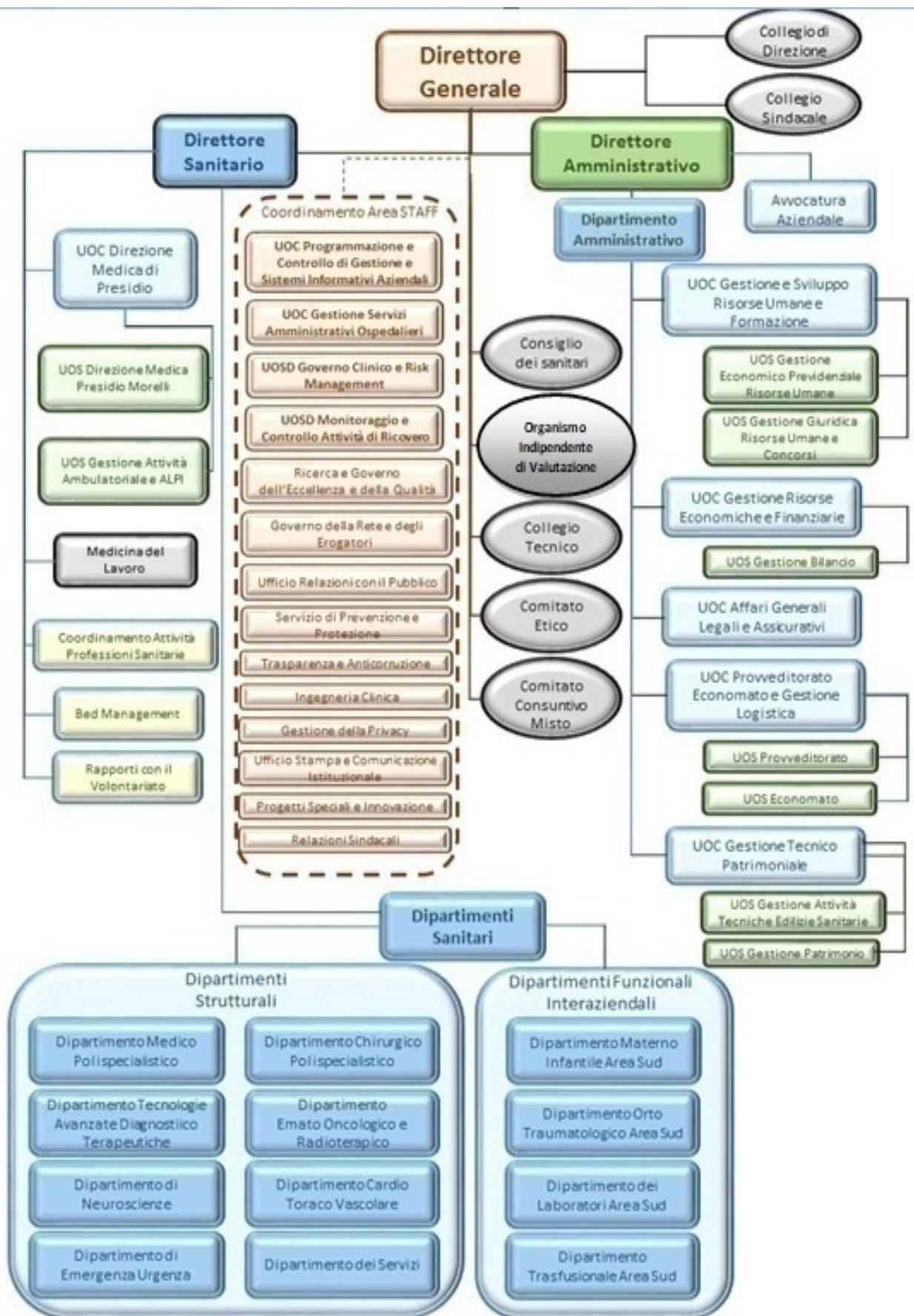


Grafico 22 – Organigramma della Direzione Strategica e dei Dipartimenti.

Il modello organizzativo aziendale è, dunque, di tipo dipartimentale con n. 1 Dipartimento Amministrativo, n. 8 Dipartimenti Sanitari Strutturali e n. 4 Dipartimenti Sanitari Funzionali. Le strutture operative ospedaliere comprendono n. 39 unità operative complesse e n. 13 unità operative semplici dipartimentali.

## **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**

Il Dipartimento Amministrativo è un'unità organizzativa a carattere gestionale la cui principale funzione è quella di garantire supporto alla Direzione Strategica e alle varie articolazioni aziendali, coordinando ed integrando tutti i processi tecnico amministrativi necessari alla realizzazione della mission aziendale.

Unità operative afferenti al Dipartimento Amministrativo:

1. U.O.C. AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI,
2. U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE E FORMAZIONE,
3. U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE,
4. U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE,
5. U.O.C. PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA.

## **DIPARTIMENTI SANITARI**

### **DIPARTIMENTI STRUTTURALI**

#### **1. Dipartimento Medico Polispecialistico**

Nell'ambito delle attività dell'Azienda il *Dipartimento Medico Polispecialistico* eroga prestazioni sanitarie di elevata complessità, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria plurispecialistica della popolazione assistita secondo criteri di appropriatezza, efficacia e qualità.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale in un paziente spesso fragile, polipatologico, anziano, facendosi carico di patologie epidemiologicamente rilevanti. Grazie alla sua componente specialistica il dipartimento è inoltre in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, ponendosi come riferimento regionale e nazionale nel follow-up pre e post trapianto di rene, oltre che nel campo infettivologico.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone, inoltre, secondo criteri di appropriatezza, di migliorare l'integrazione fra la fase acuta e la bassa intensità di cure, favorendo l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali post-ricovero e la continuità assistenziale.

Unità operative afferenti al Dipartimento Medico Polispecialistico:

1. U.O.C. DERMATOLOGIA,
2. U.O.C. DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA,
3. U.O.C. GASTROENTEROLOGIA,
4. U.O.C. GERIATRIA,
5. U.O.C. MALATTIE INFETTIVE,
6. U.O.C. MEDICINA GENERALE,
7. U.O.C. NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
8. U.O.C. PNEUMOLOGIA,

9. U.O.C. PSICHIATRIA (unità operativa allocata presso il Presidio "Riuniti" afferente all'ASP di RC),
10. U.O.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE,
11. U.O.S.D. REUMATOLOGIA.

## **2. Dipartimento Chirurgico Polispecialistico**

Si propone come dipartimento per l'erogazione di prestazioni di chirurgia generale e specialistica di elevata complessità svolte secondo criteri di appropriatezza e qualità. Grazie alla sua componente specialistica, il dipartimento è in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, della chirurgia generale e specialistica. Ulteriore compito del dipartimento è quello di integrare e supportare l'attività chirurgica in urgenza effettuata dal Dipartimento Emergenza-Urgenza.

Unità operative afferenti al Dipartimento Chirurgico Polispecialistico:

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

## **3. Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare**

*Il Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare*, di nuova istituzione, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria, nasce come centro di eccellenza e di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie cardiologiche, cardiocirurgiche, toraciche e vascolari. All'interno del Dipartimento è garantita l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

L'Azienda ha inteso attivare, di concerto con la struttura commissariale, tutte le procedure per l'apertura della prima Cardiocirurgia Ospedaliera della Calabria, con il preciso obiettivo di fornire un servizio di eccellenza ai cittadini e conseguentemente ridurre la mobilità passiva delle patologie di interesse cardiocirurgico dalla nostra provincia e Regione.

La mission del dipartimento è sviluppare l'eccellenza nell'attività chirurgica attraverso la collaborazione multiprofessionale, l'applicazione integrata delle tecnologie più avanzate, l'impegno nella cultura medico-clinica e nella formazione degli operatori, finalizzando le risorse professionali, tecniche e strumentali secondo livelli di assistenza appropriati alle necessità di cura del paziente.

Unità operative afferenti al Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare:

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

## **4. Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico**

Il Dipartimento Onco - Ematologico e Radioterapico si propone di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita del paziente affetto da malattie oncologiche ed ematologiche attraverso il concorso dell'ottimizzazione dell'assistenza necessariamente coniugata con l'innovazione terapeutica.

Il Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico rappresenta l'ambito naturale nel quale si realizzano le terapie multimodali, cui concorrono direttamente o funzionalmente l'oncologia medica e l'ematologia.

Unità operative afferenti al Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico:

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

### **5. Dipartimento Neuroscienze**

Il Dipartimento Neuroscienze si caratterizza per l'elevato livello di specializzazione delle sue componenti e per una consuetudine all'integrazione tra strutture diagnostiche e assistenziali, conseguente ad uno sviluppo culturale in continua evoluzione.

Il Dipartimento, inoltre, si avvale di apparecchiature con tecnologia avanzata.

Unità operative afferenti al Dipartimento Neuroscienze:

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

### **6. Dipartimento Emergenza-Urgenza**

Obiettivo primario dell'attività dipartimentale è la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti che presentano acutamente gravi compromissioni delle funzioni vitali e la costante applicazione delle metodiche di trattamento di eccellenza. Particolare attenzione viene posta all'aspetto multidisciplinare e all'integrazione funzionale delle diverse competenze professionali presenti all'interno dell'azienda e a vario titolo coinvolte nella gestione di queste problematiche cliniche, specificatamente attraverso la produzione di protocolli e linee guida condivisi e la revisione sistematica della casistica, al fine di creare una cultura diffusa dell'emergenza-urgenza clinica, integrata rispetto all'attività clinica ordinaria elettiva.

Unità operative afferenti al Dipartimento Emergenza – Urgenza:

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

### **7. Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche**

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche ha come elemento caratterizzante l'integrazione di conoscenze, risorse umane e tecnologie per la diagnostica e la terapia attraverso l'impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche valorizza e ottimizza l'impiego della strumentazione diagnostico e terapeutica, in particolare quella di elevato valore tecnologico e clinico di area radiologica, e ritiene fondamentale l'approccio multidisciplinare per il raggiungimento dei compiti assegnati.

Unità operative afferenti al Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche:

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

### **8. Dipartimento dei Servizi**

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

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

Unità operative afferenti al Dipartimento dei Servizi:

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

## **DIPARTIMENTI FUNZIONALI**

### **1. Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area-Sud**

Il *Dipartimento Materno-Infantile dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale, comprendendo le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Tale Dipartimento è deputato all'assistenza di donne, bambini e adolescenti mediante interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assicurando:

- la promozione e tutela della salute della donna e della coppia (assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio);
- la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti (assistenza al neonato sano e al neonato con patologie, assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche, riabilitazione dei minori disabili).

All'interno del dipartimento Materno-Infantile sono presenti servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete ed in particolare:

- strutture ospedaliere di Pediatria;
- strutture ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia;
- strutture ospedaliere di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale;
- strutture ospedaliere e territoriali di Neuropsichiatria Infantile;
- consultori familiari;

assicurando, inoltre, il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e servizi per minori (Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Prevenzione, ecc.).

Unità operative del afferenti al Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area Sud:

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

### **2. Dipartimento Interaziendale Orto-Traumatologico Area Sud**

Il *Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale comprendente strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Il Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale, risponde ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, standard di appropriatezza delle prestazioni, best practice e modelli organizzativi.

### **3. Dipartimento Interaziendale Medicina di Laboratorio Area Sud**

Si propone come dipartimento con un importante ruolo di fornitore di servizi sia per i clienti interni che esterni all'Azienda avendo come obiettivo l'efficacia e l'efficienza da raggiungere attraverso sinergie organizzative intra ed interdipartimentali volte all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Il dipartimento medicina di laboratorio riveste un importante ruolo di supporto all'attività clinica: la strategia che esso persegue è la capacità di mantenere una continua attenzione alla qualità e tempestività del servizio offerto, alla completezza della diagnostica offerta e alla sua costante aderenza alle necessità cliniche, all'aggiornamento delle prestazioni in base all'evoluzione delle discipline mediche, in particolare nelle aree critiche o di eccellenza della nostra azienda nelle quali la diagnostica di laboratorio è fondamentale (quali ad es. emergenza, trapianti, onco-ematologia).

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

Inoltre, la completezza e l'elevato livello di specializzazione della diagnostica vengono messe a disposizione non solo degli utenti interni od esterni dell'azienda, ma anche di altre strutture sanitarie.

### **4. Dipartimento Interaziendale Trasfusionale Area Sud**

Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale dell'Area Sud costituisce l'ambito territoriale di riferimento per sviluppare un'integrazione e un forte coordinamento tra i Servizi Trasfusionali dell'intera provincia di Reggio Calabria. Il nuovo modello organizzativo si propone il miglioramento dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi trasfusionali nonché la promozione di tutti gli aspetti legati alla sicurezza della donazione e della trasfusione del sangue.

Al Dipartimento interaziendale afferiscono le Strutture Trasfusionali dell'intera provincia di Reggio Calabria modulate su diversi livelli di attività, realizzando così una specifica rete secondo il modello Hub e Spoke. Il Servizio Trasfusionale del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli", centro HUB, svolge la funzione di Unità di Coordinamento.

## **3.1.2 Risorse umane**

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

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

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

Al 31.12.2024 le risorse umane sono pari a n. 1.832 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	4	91	95
PROFESSIONALE	4	-	4
RELIGIOSO	-	1	1
SANITARIO	443	1.001	1.444
SOCIOSANITARIO	-	259	259
TECNICO	-	29	29
<b>TOTALE</b>	<b>451</b>	<b>1.381</b>	<b>1.832</b>

*Tabella 23 – Personale al 31.12.2024.*

### Analisi di genere

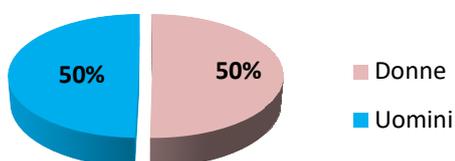
Dei complessivi n. 1.832 dipendenti n. 1.129 sono donne (61,63%) e n. 703 sono uomini (38,37%).

RUOLO	DIRIGENZA			COMPARTO			TOT. COMPLESSIVO
	F	M	TOT.	F	M	TOT.	
AMMINISTRATIVO	2	2	4	53	38	91	95
PROFESSIONALE	1	3	4	-	-	-	4
RELIGIOSO	-	-	-	-	1	1	1
SANITARIO	224	219	443	693	308	1.001	1.444
SOCIOSANITARIO	-	-	-	152	107	259	259
TECNICO	-	-	-	4	25	29	29
<b>Totale</b>	<b>227</b>	<b>224</b>	<b>451</b>	<b>902</b>	<b>479</b>	<b>1.381</b>	<b>1.832</b>

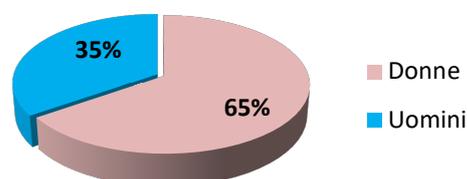
*Tabella 24 - Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2024.*

Approfondendo l'analisi di genere, si riscontra che nei ruoli dirigenziali risultano presenti complessivamente n. 227 donne (50,33%) e n. 224 uomini (49,66%), mentre per il personale non dirigente risultano n. 902 donne (65,32%) e n. 479 uomini (34,68%).

#### Analisi di genere - Dirigenza



#### Analisi di genere - Comparto



*Grafico 25 – Analisi di genere.*

### 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, durante l'emergenza da virus Covid-19, ha avviato un percorso sperimentale di sviluppo interno volto alla valorizzazione di forme di "organizzazione agile", facendo ricorso allo "smart working" quale modalità di lavoro finalizzata al contrasto della pandemia e strumento di garanzia per l'erogazione dei servizi ordinari.

Il lavoro agile che ha caratterizzato il periodo emergenziale ha avuto come obiettivo principale quello del "distanziamento sociale" a tutela della salute pubblica, mentre il lavoro agile previsto dalla legge (ex art. 18 comma 1 Legge n. 81/2017) ha lo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

La "sperimentazione" messa in atto durante l'emergenza pandemica ha evidenziato come il ricorso al lavoro agile, se ben strutturato ed organizzato, possa comportare l'avvio di una rivoluzione della cultura organizzativa, poiché apre a una modalità di prestazione lavorativa che esula dalla concezione secondo la quale essa debba essere svolta in una sede e in un orario di lavoro definiti. In tale contesto, il G.O.M. ha avviato un sistema di flessibilità organizzativa che permetta di ottenere una maggiore produttività attraverso l'incremento di autonomia e responsabilità dei dipendenti nell'attivazione di forme di lavoro a distanza, pur con le caratteristiche peculiari proprie di un contesto ospedaliero.

È evidente che nel caso dell'Azienda Ospedaliera non tutti i dipendenti possono beneficiare delle opportunità offerte della nuova normativa. La loro applicazione è, infatti, possibile solo in aree di attività dei servizi amministrativi e di supporto, mentre non sono applicabili nelle aree preposte all'attività di produzione sanitaria.

In particolare, restano escluse dalla possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa "agile" le attività assistenziali di diagnosi e cura implicanti contatto diretto con i pazienti o le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile in modalità remota, mentre possono accedere al lavoro agile quelle figure professionali, prevalentemente impiegate nei servizi amministrativi e di supporto (affari generali, gestione del personale, approvvigionamenti, ragioneria, Direzione Medica di Presidio ecc.).

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

Il paradigma di tale trasformazione è il concetto di "smart working", da intendere come una cultura del lavoro che dedica maggiore attenzione ai risultati e meno alla presenza fisica, il quale è stato tradotto con la locuzione italiana di "lavoro agile" e definisce una modalità lavorativa dove la priorità viene data al risultato della prestazione del lavoratore piuttosto che alla sua effettiva presenza sul posto di lavoro.

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

l'attenzione su obiettivi e indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche.

L'Azienda, ha inserito nella presenta sottosezione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (P.I.A.O) un programma di interventi da implementare nel triennio 2024-2026 la modalità di lavoro agile in regime ordinario, da aggiornare in rapporto allo sviluppo del quadro normativo.

In particolare sono di seguito descritti:

- il livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile;
- le condizioni e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- gli obiettivi individuati dall'Azienda ed i sistemi di misurazione della performance;
- i contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia.

### 3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda ha adottato una modalità di attivazione dello Smart Working in linea con le indicazioni nazionali, regionali ed aziendali.

Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, con esclusione del personale a contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede.

Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale.

Con delibera n. 1113 del 28/12/2023 l'Azienda ha approvato il regolamento per il lavoro agile (smart working) per disciplinare una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi vita/lavoro, ma anche quale misura che inneschi cambiamenti positivi in termini di ammodernamento organizzativo e manageriale, in grado di sviluppare processi virtuosi con impatti positivo sul benessere dei lavoratori e sull'efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

Nelle tabelle seguenti si riportano in maniera sintetica i dati relativi al personale che ha svolto attività in smart working nel periodo 2022/2024.

NR.DIPENDENTI IN SMART WORKING	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Affari Generali, Legali e Assicurativi	1	-	-
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	-	1	1
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	-	-	-
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	-	-	-
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	1	-	-
Avvocatura	-	-	-
Area Staff Direzione Generale	2	-	-
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	-	1	-
Monitoraggio e Controllo Ricoveri	-	-	-
<b>Totale complessivo</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

NR. GIORNATE IN SMART WORKING	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Affari Generali, Legali e Assicurativi	1	-	-
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	-	12	22
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	-	-	-
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	-	-	-
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	4	-	-
Avvocatura	-	-	-
Area Staff Direzione Generale	24	-	-
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	-	16	-
Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero	-	-	-
<b>Totale complessivo</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>22</b>

*Tabella 25 - Attività di smart working 2022-2024.*

### 3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile

Per condizioni abilitanti si intendono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa.

L'Azienda ha proceduto, pertanto, ad un'analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

In particolare, sono stati valutate:

**A. Le misure organizzative:** Per un'attuazione del lavoro agile che si adatti al meglio alla tipologia di lavoro svolta dalle singole unità organizzative e alle diverse mansioni svolte dai singoli dipendenti, è demandata al personale dirigente di ogni unità organizzativa l'effettuazione della mappatura (e nel relativo aggiornamento) dei processi e delle attività, anche finalizzata all'eventuale individuazione di quelle attività che non possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile.

Si riporta di seguito una prima tabella di sintesi, da aggiornare e/o integrare, con la mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile e i relativi volumi.

Nella tabella sono, inoltre, specificati alcuni degli obiettivi raggiungibili con l'introduzione del lavoro agile sulla specifica attività:

- *Qualità del lavoro:* possibilità di svolgere qualitativamente meglio l'attività in modalità agile, potendo disporre di un contesto meno soggetto a interruzioni e/o dinamiche di ufficio che possono portare a interruzioni e/o distrazioni.
- *Quantità del lavoro:* possibilità di incrementare la produttività grazie al lavoro agile, sia perché questo porta ad una ottimizzazione dei tempi (ad esempio nello svolgimento delle riunioni e nell'utilizzo di procedure e strumenti digitali) sia come ricaduta del precedente obiettivo;
- *Qualità percepita dall'utente:* il servizio svolto in modalità agile può risultare conveniente e di maggiore qualità anche per l'utente del servizio;
- *Accessibilità:* il lavoro agile apre alla possibilità di svolgere alcune attività al di fuori del consueto orario di lavoro e/o rende più accessibili alcuni servizi (ad esempio colloqui, visite, etc).

A tali obiettivi si aggiungono alcuni obiettivi scontati e trasversali, non riportati in tabella, quali il benessere del lavoratore, la riduzione di assenze, la razionalizzazione degli spazi, la riduzione degli spostamenti.

Unità Operativa	Attività	Obiettivi				Volume attività
		Qualità del lavoro	Quantità tempo	Qualità percepita	Accessibilità servizio	
<b>Affari Generali, Legalli e Assicurativi</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Gestione rapporti con broker, compagnie assicurative, difensori, consulenti tecnici, ecc.	X	X	X		
	Predisposizione convenzioni con altri Enti	X	X	X		
<b>Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Accreditamento e chiusura corsi in ECM	X	X		X	
	Applicazioni contrattuali e relazioni sindacali/Fondi: stesura documentazione (regolamenti, accordi, gestione della corrispondenza) ed elaborazioni dati.	X	X			
	Area economica/stipendi: elaborazioni inerenti tutte le verifiche relative ai pagamenti degli stipendi ed al monitoraggio costi del personale	X	X			
	Area Giuridica: stesura atti (determine, delibere), gestione part-time, mobilità, autorizzazioni per incarichi extraistituzionali	X	X			
	Concorsi e procedure selettive: stesura bandi	X	X			
	Gestione previdenziale: gestione pratiche quiescenza	X	X			
	Progettazione e gestione eventi formativi interni	X	X			
	Pubblicazione dati	X	X			
<b>Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Contabilizzazione fatture elettroniche passive	X	X			
	Emissione fatture attive	X	X			
	Emissione mandati di pagamento per fornitori	X	X			
	Regolarizzazione provvisori di entrata	X	X			
<b>Gestione Tecnico Patrimoniale</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	25%
	Programmazione e progettazione interventi manutentivi	X	X			
	Stesura di relazioni, documentazione, ecc.	X	X			
<b>Provveditorato, Economato e Gestione Logistica</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X	X	X	30%
	Gestione gare CONSIP	X	X	X	X	
	Gestione ordinativi di acquisto	X	X	X	X	
	Gestione procedure di gara	X	X	X	X	
	Liquidazione fatture	X	X	X	X	
<b>Avvocatura</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Redazione atti	X	X			
<b>Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.</b>	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, ecc.	X	X	X	X	20%
	Gestione degli acquisti di beni e servizi informatici	X	X			
	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	
	Gestione flussi informativi, analisi dati, statistica, data warehouse, business intelligence, ecc.	X	X			
	Redazione P.I.A.O./Relazione sulla Performance	X	X			
	Redazione Schede di budget	X	X			
	Reportistica infrannuale/annuale strutturata o su richiesta	X	X			
	Stesura capitolati, attività varie di Project Management, RUP e DEC relativamente alla fornitura di beni e servizi informatici	X	X		X	
Stesura di relazioni, documentazione, linee guida, manuali, ecc	X	X				
<b>Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	20%
	Monitoraggio flussi SDO, CEDAP	X	X			
<b>Direzione Medica di Presidio</b>	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	10%
	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, Gestione Agende, ecc.	X	X	X	X	

**Tabella 26 – Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile.**

Sulla base della mappatura delle attività erogabili in modalità agile, il Direttore/Dirigente della struttura definisce il numero complessivo dei dipendenti che, per la tipologia di mansioni svolte, possono accedere al lavoro agile. Al personale dirigente è, inoltre, richiesto di verificare periodicamente le condizioni abilitanti, affinché sia possibile concedere al maggior numero possibile di richiedenti l'opportunità di svolgere parte del proprio lavoro in modalità agile.

L'individuazione di tali condizioni abilitanti da parte della dirigenza permetterà, infatti, all'Azienda di pianificare l'adozione di eventuali atti o provvedimenti che consentano di ampliare progressivamente la platea dei lavoratori agili, andando oltre le limitazioni di fatto esistenti.

Per le parti non espressamente disciplinate si rimanda a quanto previsto dai vigenti CCNL e successivo regolamento aziendale.

#### **A. Le piattaforme tecnologiche di supporto al lavoro agile**

Al fine di garantire il funzionamento dello smart working durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda si è dotata di una soluzione applicativa che permette:

- di utilizzare gli applicativi web dell'Azienda senza doverli pubblicare direttamente in internet in modo da poter aumentare la sicurezza dei sistemi ed evitare attacchi esterni quali, ad esempio, i cosiddetti "attacchi brute force";
- di accedere alle risorse di rete locali (cartelle condivise, stampanti, scanner) con le modalità di cui al punto precedente;
- di connettersi con i sistemi indipendentemente dal dispositivo;
- di supportare fino a 100 accessi simultanei.

La soluzione dispone di caratteristiche di scalabilità, sicurezza, modulabilità, semplicità d'uso.

In fase di prima attivazione, la situazione d'emergenza ha imposto alla maggior parte dei dipendenti di servirsi dei propri dispositivi per proseguire il lavoro solitamente svolto in ufficio, con il supporto dell'Help Desk aziendale per le configurazioni necessarie.

L'emergenza di Covid-19 ha, tuttavia, messo in luce la necessità di acquistare nuovi dispositivi e di aggiornare le postazioni di lavoro tradizionali con nuova strumentazione sia hardware che software, la cui acquisizione da parte dell'Azienda è già cominciata nel corso del 2022. Infatti, superata la situazione di emergenza, durante la quale ha prevalso il principio "bring your own device", è intenzione dell'Azienda provvedere gradualmente, per mezzo delle strutture competenti, all'acquisizione e fornitura di una dotazione tecnologica adatta al corretto svolgimento, anche al di fuori dell'abituale sede di servizio, dei compiti assegnati. Ciò avverrà sulla base delle specifiche richieste inviate dalle strutture organizzative, a seguito della verifica periodica delle condizioni abilitanti, ma anche in un'ottica generale di aggiornamento della strumentazione tecnologica in dotazione all'Azienda. La scelta del nuovo materiale hardware sarà incentrata sulla creazione di un nuovo concetto di postazione di lavoro, più flessibile e adatto sia al desk sharing che all'alternanza tra giornate in presenza e giornate in lavoro agile.

In dettaglio, l'Azienda si è organizzata nel tempo e, ad oggi, garantisce:

- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati mediante VPN e sistema di smart working;

- disponibilità di spazio di archiviazione su NAS presenti presso il data center aziendale per la conservazione dei dati con accesso protetto da account di dominio;
- utilizzo di applicativi che consentono la gestione di workflow che permettono la gestione per fasi dei processi, con le relative abilitazioni di accesso e ruoli dei singoli dipendenti;
- possibilità di accesso ai dati e agli applicativi da parte del dipendente presso qualunque postazione di lavoro, anche se dislocata presso una sede diversa da quella consueta di lavoro, purché all'interno della rete organizzativa o in VPN, mediante l'utilizzo di policy.

### B. Le competenze professionali

Ulteriori condizioni abilitanti al lavoro agile sono le competenze professionali, sia per quanto riguarda le competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e l'uso delle tecnologie digitali), sia con riferimento all'analisi e mappatura delle competenze del personale e alla rilevazione dei relativi bisogni formativi.

Infatti, è utile individuare i lavoratori in possesso di determinate competenze che possono facilitare l'implementazione e la diffusione del lavoro agile, in primo luogo competenze organizzative (capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi) e competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie). Ove le competenze abilitanti non siano sufficientemente diffuse, l'Azienda proporrà una serie di corsi orientati al miglioramento delle competenze digitali, alla sicurezza nello svolgimento del lavoro in modalità agile, ecc. Ciò al fine di innescare un cambiamento culturale interno che dia ancora più centralità devono essere progettati adeguati percorsi di formazione al perseguimento degli obiettivi ed alla programmazione delle attività sia degli individui e dei gruppi di lavoro che delle singole strutture.

### 3.2.3 La misurazione e valutazione della performance

A consuntivo, dopo ogni fase, l'Azienda dovrà verificare il livello raggiunto rispetto al livello programmato. I risultati misurati, da rendicontare in apposita sezione della *Relazione sulla performance*, costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

A tal fine potranno essere misurati:

- a) l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni provenienti dall'utenza esterna;
- b) i costi e i ricavi sostenuti per l'implementazione lavoro agile, servendosi di alcuni indicatori, quali ad esempio il costo per la formazione delle competenze specifiche; gli investimenti in supporti hardware e infrastrutture; gli investimenti in digitalizzazione dei processi.
- c) l'impatto del lavoro agile dal punto di vista della dimensione economica e del livello di soddisfazione dei dipendenti.

Si possono individuare **indicatori** sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di *performance*:

1. **Indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile:** utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo.

### INDICATORI RIFERITI ALLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
<b>INDICATORI QUANTITATIVI</b>			
% Lavoratori agili effettivi/totale lavoratori agili potenziali	X	X	X
<b>INDICATORI QUALITATIVI</b>			
Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dipendenti, articolato per genere, età, ecc.	X	X	X

**Tabella 27 – Indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile.**

2. **Indicatori riferiti alla performance organizzativa:** utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo stesso.

### INDICATORI RIFERITI ALLE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
<b>ECONOMICITÀ</b>			
Riduzione costi			X
<b>EFFICIENZA</b>			
<b>Produttiva:</b> Diminuzione assenze, aumento produttività	X	X	X
<b>Economica:</b> Riduzione di costi per output di servizio			X
<b>Temporale:</b> Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie		X	X
<b>EFFICACIA</b>			
<b>Quantitativa:</b> Quantità erogata, quantità fruita	X	X	X
<b>Qualitativa:</b> Qualità erogata, qualità percepita	X	X	X

**Tabella 28– Indicatori riferiti alle performance organizzative.**

3. **indicatori riferiti alla performance individuale:** forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Dal punto di vista individuale la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia, se ben accompagnata, favoriscono nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, consentendo di ottimizzare il tempo dedicato al lavoro e, contestualmente, la produttività a favore dell'Azienda, anche in ragione di una maggiore responsabilizzazione derivante dalla diversa organizzazione del lavoro. Un altro beneficio potenziale è riconducibile ad una riduzione dei livelli di stress, favorita dalla possibilità di lavorare in luoghi diversi dall'ufficio e dall'abitazione e di gestire al meglio il tempo libero.

A fronte di questi potenziali benefici è però necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

In tal senso, le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono le medesime e devono fare riferimento a risultati e comportamenti, così come indicato dalle Linee Guida 2/2017 e 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

Rispetto ai risultati, sarà necessario fare riferimento a obiettivi individuali o di gruppo/team e relativi indicatori che riguardano:

- la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati;

- la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui singolo lavoratore è responsabilizzato.

#### INDICATORI RIFERITI ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE – AREA RISULTATI

INDICATORI	DESCRIZIONE
<b>INDICATORI DI EFFICACIA</b>	<p><b>Efficacia quantitativa:</b> n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche evase in lavoro agile/n. pratiche assegnate in lavoro agile.</p> <p><b>Efficacia qualitativa:</b> qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di custode satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile.</p>
<b>INDICATORI DI EFFICIENZA</b>	<p><b>Efficienza produttiva:</b> n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato.</p> <p><b>Efficienza temporale:</b> tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile.</p>

**Tabella 29– Indicatori riferiti alla performance individuale.**

### 3.2.4 Gli impatti del lavoro agile

Il lavoro agile non si limita a contribuire alla *performance* organizzativa e alle *performance* individuali, ma può avere degli **impatti positivi o negativi**:

- sia all'**interno** dell'Azienda: ad esempio impatti sul livello di salute dell'ente, sulla struttura e sul personale (da verificare, ad esempio, attraverso periodiche indagini di clima);
- sia all'**esterno** dell'Azienda: ad esempio, minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dal minore spostamento casa – lavoro dei propri dipendenti, nonché della ridotta necessità di spostamento casa-sportelli fisici per gli utenti dei servizi pubblici erogati; minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell'uso di materiali (cancelleria); migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, soprattutto per le donne su cui ricade ancora oggi il maggior carico di cura; aumento del benessere dell'utenza per ridotta necessità di file a sportelli fisici ecc; diffusione della cultura digitale.

La scelta degli indicatori più appropriati deve tenere conto, infine, dell'adeguatezza dei sistemi di misurazione dell'Azienda.

#### INDICATORI DI IMPATTO DEL LAVORO AGILE

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
<b>IMPATTI ESTERNI</b>	Migliorare la qualità della vita del lavoratore	<b>Impatto Sociale: per i lavoratori</b> % di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto lavoro-vita privata			X
		<b>Impatto Ambientale:</b> riduzione dell'utilizzo di carta stampata			X
		<b>Impatto Economico: per i lavoratori</b> % di dipendenti che ritiene di aver risparmiato in spese di viaggio per andare a lavoro			X

<b>IMPATTI INTERNI</b>	<b>Migliorare la salute dell'Azienda</b>	<b>Salute organizzativa: miglioramento della salute organizzativa e di clima.</b> % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale			<b>X</b>
		<b>Salute professionale: miglioramento della salute professionale.</b> % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze professionali			<b>X</b>
		<b>Salute economica: miglioramento della salute economico-finanziaria.</b> % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di ottenere dei risparmi per l'Azienda			<b>X</b>
		<b>Salute digitale: miglioramento della salute digitale.</b> % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze informatiche			<b>X</b>

**Tabella 30 – Indicatori di impatto del lavoro agile.**

### 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

#### 3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre 2024

Nella tabella seguente si rappresenta la consistenza di personale al 31 dicembre 2024 in termini quantitativi in relazione ai profili professionali presenti.

RUOLO	PROFILO	F	M	TOTALE
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	2	2	4
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA Totale	2	2	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	INGEGNERI	-	3	3
	AVVOCATI	1	-	1
	DIRIGENZA PROFESSIONALE Totale	1	3	4
DIRIGENZA MEDICA	MEDICI	190	210	400
	DIRIGENZA MEDICA Totale	190	210	400
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	BIOLOGI	29	5	34
	FARMACISTI	5	1	6
	FISICI	-	3	3
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA Totale	34	9	43
COMPARTO SANITARIO	INFERMIERE ESP.	3	3	6
	INFERMIERE PEDIATRICO	18	-	18
	INFERMIERE	538	256	794
	FISIOTERAPISTA	9	6	15
	LOGOPEDISTA	2	-	2
	ORTOTTISTA	2	-	2
	OSTETRICA ESP.	1	-	1
	OSTETRICA	47	1	48
	TECNICO AUDIOMETRISTA	1	-	1
	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	3	2	5
	TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRC. E PERFUSIONE CARDIOV.	6	3	9
	TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO	35	15	50
	TECNICO RADIOLOGIA MEDICA ESP.	-	-	-
	TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	27	22	49
	TECNICO AUDIOMETRISTA	1	-	1
	COMPARTO SANITARIO Totale	693	308	1001
	COMPARTO SOCIO SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	152	107
	COMPARTO SOCIO SANITARIO Totale	152	107	259
COMPARTO PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	-	1	1
	COMPARTO PROFESSIONALE Totale	-	1	1
COMPARTO AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFES. ESPERTO	-	1	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	4	-	4
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	42	30	72
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	6	7	13
	COMMESSE	1	-	1
	COMPARTO AMMINISTRATIVO Totale	53	38	91
COMPARTO TECNICO	ASSISTENTE SOCIALE	1	1	2
	ASSISTENTE TECNICO	-	4	4
	AUS. SPEC. -SERV. TEC .EC. (Ag. Tec.)	-	1	1
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	-	4	4
	OPERATORE TECNICO	3	14	17
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	-	1	1
	COMPARTO TECNICO Totale	4	25	29
	<b>Totale complessivo</b>	<b>1.129</b>	<b>703</b>	<b>1.832</b>

Tabella 31 – Personale al 31.12.2024 distinto per ruolo e profilo professionale.

### 3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale

Con delibera n. 267 del 29/04/2024 il G.O.M. ha adottato il piano dei fabbisogni di personale 2024 e il piano assunzionale anno 2024;

Con il D.C.A. n. 102 del 20/05/2024 avente ad oggetto *“Piani dei fabbisogni e piani assunzionali delle Aziende del SSR per l’anno 2024”*, Il Commissario ad Acta per l’attuazione del Piano di Rientro ha proceduto ad una rielaborazione dei piani attribuendo alle Aziende il budget previsionale di spesa per le assunzioni dell’anno 2024, revocando i precedenti piani assunzionali autorizzati ma facendo salve le procedure concorsuali *in itinere*;

Con delibera n. 407 del 27/06/2024 il Grande Ospedale Metropolitano *“Bianchi – Melacrino – Morelli”* di Reggio Calabria ha adottato il Piano dei fabbisogni e il Piano assunzionale 2024 rettificando la delibera n. 267/2024;

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

- ✓ l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del D.M. n. 70/2015, del D.C.A., n. 64/2016 e del D.C.A. n. 198/2023.
- ✓ la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero e le funzioni non tariffabili;
- ✓ il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Con il D.C.A. n. 185 del 26/07/2024 la Regione ha autorizzato le Aziende del S.S.R. alle assunzioni di personale, come da tabelle allegate al predetto D.C.A..

Il G.O.M. con delibera n. 489 del 05/08/2024 ha preso atto del D.C.A. n. 185/2024 ed ha avviato l’implementazione delle assunzioni 2024 che, in parte è avvenuta nell’anno 2024 e, per la restante parte, avverrà nel 2025.

FABBISOGNO PERSONALE DA DELIBERA 407 del 27/06/2024	Unità di personale
DIRIGENTI MEDICI	64
DIRIGENTI SANITARI	11
COLL. PROF. SAN. INFERMIERI	54
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	2
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	10
ULTERIORE PERSONALE COMPARTO SANITARIO	8
O.S.S.	62
PERSONALE AMMINISTRATIVO/PROFESSIONALE/TECNICO	76
	287

**Tabella 32 – Fabbisogno personale delibera n. 407 del 27.6.2024.**

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

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

L'obiettivo indicato al punto 1) è strettamente correlato alla possibilità di procedere alla stabilizzazione del personale precario, ove ed entro il limite consentito dalla normativa e dalle direttive di prassi nazionale e regionale ancora da emanarsi, ed alla sostituzione del personale interessato al turn-over, così come previsto dal D.C.A. n. 113/2022 e dal D.C.A. n. 118/2022.

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

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

Il piano dei fabbisogni e delle assunzioni del personale per il 2024 quale strumento di programmazione di medio termine, sebbene a valenza temporale annuale in ossequio alle specifiche disposizioni regionali, fa salva la possibilità di apportare ulteriori variazioni ed integrazioni in relazione all'eventuale evoluzione del quadro normativo di riferimento e/o a nuove esigenze, derivanti dal trasferimento di funzioni al G.O.M. o di qualsiasi altro sopravvenuto fabbisogno che allo stato attuale non è possibile prevedere o definire.

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

Da ultimo, questa Azienda, come tutte le Aziende del SSR, rimane in attesa dei criteri e delle linee guida della Regione Calabria in merito alla redazione del Piano dei fabbisogni e delle assunzioni anno 2023 o, meglio e più coerentemente con il D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., del Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023/2025, in esecuzione al Programma Operativo 2022-2025, approvato con D.C.A. n. 40 del 25/01/2023.

### 3.3.3 Formazione del personale

Con la nota prot. n. 34354 del 27.9.2024 l'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione ha avviato l'analisi dei fabbisogni formativi per la predisposizione del Piano Annuale della Formazione anno 2025 secondo quanto previsto dalle linee guida del piano regionale dei servizi sanitari in materia di formazione del personale.

In data 16/12/2024 il Piano Annuale della Formazione 2025 è stato validato da parte del Comitato Scientifico Aziendale.

Con delibera del Commissario Straordinario n. 846 del 27/12/2024 è stato approvato il documento di programmazione "Piano Annuale della Formazione anno 2025".

Il limite di spesa per il finanziamento del Piano Annuale della Formazione 2025 è stato determinato con la delibera del Commissario Straordinario n. 693 del 31/10/2024 di approvazione del Bilancio Economico Preventivo 2025.

Il piano annuale della formazione viene definito in base a:

- a) direttive nazionali e regionali in materia di Aggiornamento Professionale Continuo;
- b) rilevazione del fabbisogno annuale formativo espresso dagli operatori;
- c) attività di ricerca svolta in azienda.

I percorsi formativi si sviluppano in tre ambiti di azione:

- sviluppo delle competenze professionali nel settore specifico di attività, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni;
- consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire rispetto alle proprie competenze e ai propri ruoli;
- sviluppo di carriera, come definizione di percorsi di carriera professionali sulla base delle capacità e dei talenti.

Nell'ambito della Formazione Aziendale 2025, l'Azienda sceglie di privilegiare la formazione interna (in sede) in quanto strategicamente rispondente alla necessità di realizzare percorsi formativi che interessano il maggior numero di dipendenti e contemporaneamente permettere una formazione ritagliata sui reali bisogni formativi e sul contesto.

Nella redazione del Piano Annuale della Formazione 2025 si è tenuto conto delle peculiarità di questa Azienda che ha l'obiettivo di perseguire i seguenti "fattori critici di successo":

- cura della qualità della vita e centralità del paziente, orientata ad una visione olistica della persona;
- attenzione ai rapporti umani e assenza di qualsiasi discriminazione nell'assistenza;
- definizione di percorsi assistenziali, orientati alla soddisfazione dei bisogni globali della persona assistita;
- garanzia di appropriatezza e correttezza delle cure e dell'uso delle risorse;
- sostegno dell'innovazione e utilizzo di tecnologie avanzate, anche in termini di informatizzazione, come strumento a servizio degli operatori e del paziente, nei processi diagnostici, assistenziali e terapeutici;
- assenza di discriminazioni di genere;

L'Azienda preferisce, inoltre, valorizzare le competenze professionali maturate dal proprio personale con l'affidamento delle attività di docenza e tutoraggio alle risorse umane interne.

Nell'attività formativa possono rientrare anche iniziative che trovano finanziamento in specifici e vincolati progetti comunitari, nazionali, regionali e interaziendali, ma che, ovviamente, non potranno gravare sui fondi preventivati per la formazione aziendale.

In data 14.6.2023 è stata validata, dall'Ente accreditante della Regione Calabria, l'istanza del G.O.M. di accreditamento standard in qualità di provider ECM. In data 28.7.2023 è stata eseguita la verifica presso la sede operativa dell'Azienda. Con decreto dirigenziale della Regione Calabria n. 4236 del 27/3/2024 il G.O.M. ha ottenuto l'accreditamento standard (id 22) in qualità di provider ECM e, pertanto, è qualificato ad elargire attività di formazione continua nel settore sanitario ed attribuire crediti ECM rilasciando il relativo attestato ai partecipanti come eventi o corsi di formazione.

### ***Strumenti metodi didattici e formativi***

Il Piano Formativo utilizza setting e metodologie didattiche tradizionali che prevedono la partecipazione in presenza dei partecipanti, e digitali che sfruttano la tecnologia ed i canali di partecipazione virtuale.

A seguito dell'emergenza da COVID-19 e delle mutate modalità di lavoro dovute all'introduzione dello smart working (lavoro agile), l'apprendimento digitale e la creazione di offerte di formazione da remoto distanza (FAD) sono diventati centrali della formazione professionale continua. L'uso dei media digitali e le possibilità offerte dai nuovi strumenti di lavoro collaborativo stanno cambiando il nostro modo di lavorare e di imparare. Un efficace apprendimento autogestito sul posto di lavoro sta diventando sempre più importante. Attraverso l'integrazione dell'apprendimento digitale, l'accesso alla conoscenza diventa flessibile, semplice, rapido, maggiormente individualizzato e autogestito, ampiamente indipendente rispetto ai vincoli di tempo e di luogo.

È demandato alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, per quanto di competenza, la gestione degli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi alla realizzazione delle attività di formazione obbligatoria e facoltativa attivando, ove necessario, le procedure dell'accreditamento E.C.M.

Il programma delle attività formative 2025 è stato sottoposto al confronto con le OO.SS., nell'incontro del 20/12/2024, per come previsto dai CC.CC.NN.LL. del comparto e della dirigenza Area medica e PTA.

Inoltre, sulla base delle indicazioni della Direzione Aziendale e delle Strutture interessate, potranno essere prese in esame ulteriori richieste di attivazione di percorsi formativi in merito alle esigenze non rilevate nel corso della prima fase di analisi, nel rispetto dei tempi stabiliti dall'AGENAS.

La formazione del personale costituisce, quindi, nella prospettiva del PIAO (e non solo), una delle determinanti della creazione di valore pubblico.

La direttiva *“Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”* del Ministro della Pubblica Amministrazione, emanata recentemente (14.1.2025), richiama l'obbligatorietà, per tutte le amministrazioni, della formazione in materia di:

- attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (L. n. 150 del 2000, art. 4);
- salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D. Lgs. n. 81 del 2008, art. 37);
- prevenzione della corruzione (l. n. 190 del 2012, art. 5);
- etica, trasparenza e integrità;
- contratti pubblici;
- lavoro agile;
- pianificazione strategica.

In termini più generali, la disciplina del PIAO stabilisce che gli obiettivi formativi annuali e pluriennali devono essere “finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali”.

L’Azienda Ospedaliera definisce le politiche e i programmi formativi per l’attuazione dei principi e degli obiettivi del PNRR in materia di formazione, delle norme e degli atti di indirizzo emanati dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, in coerenza con la propria missione istituzionale e con i propri fabbisogni, riportando per ciascuno degli interventi formativi previsti le informazioni minime (area di competenza, destinatari e target, modalità di erogazione, numero di ore, tempi e risorse).

È responsabile del conseguimento dei target PNRR in materia di formazione, promuove la formazione dei propri dipendenti (obiettivo di 40 ore/anno, a partire dal 2025 e assegna a ciascun dirigente, quale obiettivo annuale di performance, la formazione per 40 ore/anno, a partire dal 2025, prioritariamente sui temi della leadership e delle soft skills.

Nel corso del triennio 2025-2027 procederà inoltre alla registrazione sulla Piattaforma Syllabus e abiliterà tutti i dipendenti alla fruizione dei corsi e infine monitorerà e renderà conto l’attuazione dei programmi formativi e ne valuterà risultati e impatti in termini di crescita delle persone, performance individuale e organizzativa e valore pubblico.

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio e rendicontazione, nel merito dei contenuti previsti dal P.I.A.O., si realizza in Azienda principalmente attraverso i seguenti strumenti, già attivi e normati secondo le diverse normative di riferimento dei vari Piani integrati nel P.I.A.O.:

1. il **Processo di Budget** e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda;
2. la **Relazione della Performance**, relativamente alla performance aziendale, secondo quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009;
3. la **Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, redatta ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e sulla base delle indicazioni dell'ANAC e pubblicata sul sito internet aziendale, in Amministrazione Trasparente – sezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione;
4. i **sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza**;
5. i **sistemi di rilevazione del clima interno**.

Inoltre, su base triennale, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) effettuerà, relativamente alla Sezione "Organizzazione e capitale umano", il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance.

STRUMENTO	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	SOGGETTI RESPONSABILI
Processo di Budget	Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
Relazione della Performance	Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Secondo le modalità stabilite dall'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e le indicazioni ANAC.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza	Mediante questionario su sito istituzionale.	Ricerca e Governo dell'Eccellenza e della Qualità
Sistemi di rilevazione del clima interno	Mediante questionario su Portale del Dipendente.	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

**Tabella 33 – Monitoraggio P.I.A.O..**