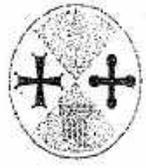




Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

**DELIBERAZIONE DELLA COMMISSIONE STRAORDINARIA**  
(Latella - Musolino - Gulli)  
(D.P.R. 13/09/2019, D.P.R. 17/02/2020 e D.P.R. del 30/10/2020)

DELIBERAZIONE N. 891 del 07/12/2020

**OGGETTO:** ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022

**STRUTTURA PROPONENTE:** COMMISSIONE STRAORDINARIA

Proposta n. 69 del 07/12/2020

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

Il Responsabile del procedimento

Il Direttore dell'UOC GREF

- ATTESTA CHE LA SPESA DI € ..... SCATURENTE DALLA PRESENTE PROPOSTA È IMPUTATA AL CONTO ..... DEL BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2020, CHE PRESENTA LA NECESSARIA COPERTURA FINANZIARIA COSÌ COME SI EVINCE DALLA VERIFICA DELLE DISPONIBILITÀ PRESENTI SUL SUDDETTO CONTO ALLA DATA ODIERNA
- ATTESTA CHE LA PRESENTE PROPOSTA NON COMPORTA SPESA NE' ALTRI ONERI A CARICO DEL BILANCIO AZIENDALE

Il Dirigente Amministrativo  
S. S. R. Direzione Regionale Economica e Finanziaria  
(Dott. Alberto D'Arro)

Il Dirigente Amministrativo  
S. S. R. Direzione Regionale Economica e Finanziaria  
(Dott. Alberto D'Arro)

Parere del Direttore Amministrativo (Francesco Marchitelli)	Favorevole <input checked="" type="checkbox"/>	Parere del Direttore Sanitario (Mario Lazzaro)	Favorevole <input checked="" type="checkbox"/>
	Contrario <input type="checkbox"/>		Contrario <input type="checkbox"/>

## LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

VISTO il DPR del 13 settembre 2019 con il quale l'ASP di Catanzaro è stata sciolta ai sensi degli art. 143 e 146 del D.Lgs. n. 267/2000 e la relativa gestione è stata affidata ad una Commissione Straordinaria composta dal Prefetto a.r. Domenico Bagnato, dal Viceprefetto Franca Tancredi e dal Dir. II f. Dott. Salvatore Gulli;

VISTO il D.P.R. del 25 novembre 2019 di nomina del Prefetto a.r. Gianfelice Bellesini quale componente della predetta Commissione in sostituzione del Prefetto a.r. Domenico Bagnato;

VISTO il DPR del 17 febbraio 2020 di nomina del Prefetto a.r. Luisa Latella quale componente della predette Commissione in sostituzione del Prefetto a.r. Gianfelice Bellesini;

VISTO il DPR del 30 ottobre 2020 di nomina del Viceprefetto Carmelo Marcello Musolino quale componente della predette Commissione in sostituzione del Viceprefetto Franca Tancredi;

### VISTO

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - attuativo della Legge 4 marzo 2009, n. 15 - in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

### DATO ATTO che

- L'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150/2009 sancisce l'approvazione del Piano della performance e della successiva Relazione sulla performance:
  1. Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente:
    - a) entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
    - b) un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «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, e il bilancio di genere realizzato.
  2. I documenti di cui alle lettere a) e b) del comma 1 sono immediatamente trasmessi alla Commissione di cui all'articolo 13 e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.
  3. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno nel Piano della performance.
  4. Per le amministrazioni dello Stato il Piano della performance contiene la direttiva annuale del Ministro di cui all'articolo 14 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165.\* Commi abrogati dal D.P.R. n. 105/2016.
  5. In caso di mancata adozione del Piano della performance è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano della performance per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione denominati.

### VISTA

- la deliberazione della CIVIT n. 112 del 28 ottobre 2010, con cui la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche ha fornito istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- la deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), che ha sostituito la CIVIT, n. 6 del 17 gennaio 2013 con cui sono state definite le "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance" fornendo in particolare indicazioni ai fini della redazione del Piano della Performance;

**ATTESO** che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, ogni Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il Piano stesso (ai sensi dell'articolo 11, comma 8, del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e dell'art. 10, 8° c., lett. b) del D. Lgs. n. 97/2016);

**DATO ATTO** che a causa dell'evento pandemico da SARS-CoV-2 non è stato possibile approvare il Piano della Performance entro i termini previsti in quanto sia le strutture erogative che la Direzione Strategica sono state concentrate nella stesura di protocolli ed indicazioni inerenti al contrasto alla pandemia da COVID-19.

**RICHIAMATO** il vigente Regolamento di organizzazione aziendale (DDG n. 660 del 19/07/2018) e ritenuta la propria competenza;

**RICHIAMATO**, altresì, il Decreto Ministeriale 28 luglio 1995, n. 523;

**ACQUISITI** i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di rispettiva competenza;

### LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Riunitasi come di seguito

N°	Nome e Cognome	Presenza	
1	Dott.ssa Luisa LATELLA	<del>SI</del>	NO
2	Dott. Carmelo Marcello MUSOLINO	SI	<del>NO</del>
3	Dott. Salvatore GULLI'	<del>SI</del>	NO

### DELIBERA

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

**APPROVARE** il Piano della Performance - triennio 2020/2022 - parte integrante del presente atto;

**PUBBLICARE** detto Piano sul sito internet dell'ASP di Catanzaro nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

**DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa da iscriversi a Bilancio;

**DEMANDARE** alla S.C. Affari Generali l'invio del presente atto ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Distretto; alle Strutture di Staff, di Supporto ed Amministrative.

Luisa Latella

Carmelo Marcello Musolino

Salvatore Gulli

U.O. AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI

ADEMPIMENTI

La presente deliberazione non è soggetta a controllo preventivo di legittimità ed è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 10, comma 7, della legge regionale 22 gennaio 1996, n° 2.

IL DIRETTORE AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI  
Dott.ssa Rossella Galati

La presente deliberazione è soggetta a controllo preventivo di legittimità ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 2, della legge regionale 19 marzo 2004, n° 11, e s.m.i.

Inviata alla Regione Calabria in data \_\_\_\_\_ con nota prot. n° \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI  
Dott.ssa Rossella Galati

Trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, comma 4, della L.R. 23 dicembre 1996, n. 43 in data \_\_\_\_\_ con nota prot. n° \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI  
Dott.ssa Rossella Galati

Pubblicata all'Albo Pretorio in data 07 DIC. 2020

IL DIRETTORE AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI  
Dott.ssa Rossella Galati

Trasmessa al Collegio Sindacale in data 07 DIC. 2020

IL DIRETTORE AFFARI GENERALI E ASSICURAZIONI  
Dott.ssa Rossella Galati

Piano della Performance  
Azienda Sanitaria  
Provinciale di Catanzaro  
Anni 2020 - 2022

Il  
Direttore  
Dott. ...

## INDICE

### I PARTE: ANALISI DESCRITTIVA

#### 1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

- 1.1 Chi siamo
- 1.2 Cosa facciamo
- 1.3 Come operiamo

#### 2. IDENTITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA

- 3.1 L'amministrazione "in cifre"
- 3.2 Mandato istituzionale e Mission
- 3.3 Albero della performance

#### 4. ANALISI DEL CONTESTO

- 4.1 Analisi del contesto esterno
- 4.2 Analisi del contesto interno
- 4.3 Il contesto normativo di riferimento
- 4.4 Fattori critici
- 4.5 Punti di Forza

### II PARTE: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

#### 4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

#### 5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

- 5.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

#### 6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

- 6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
- 6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
- 6.3 Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
- 6.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

#### 7. IL SISTEMA DEGLI INDICATORI

- 7.1 Elenco degli indicatori aziendali

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione; definisce inoltre i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione ed il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il presente Piano è redatto in conformità con quanto previsto dalla delibera della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche n. 112/2010 - "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

Il Piano è suddiviso in 2 parti:

- nella prima si descrive il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.
- nella seconda si individuano gli obiettivi strategici che la Direzione Generale vuole perseguire e le azioni da realizzare in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, con particolare attenzione agli aspetti ritenuti maggiormente rilevanti secondo le dimensioni/aree della performance.

Si descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo. Infine si evidenzia la relazione tra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi definiti nel piano. Il D.Lgs. n. 97/2016 stabilisce che l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (approvato con delibera n. 15 del 29/01/2020) la Direzione Strategica ha definito un percorso per il coinvolgimento delle strutture e dei dirigenti nelle attività di prevenzione della corruzione, che diventano contenuto rilevante del Piano della Performance 2020-2022.

Attraverso il coinvolgimento dei dirigenti e del personale, a vario titolo interessato, la Direzione Aziendale intende implementare il processo di maturazione culturale, attraverso l'assimilazione di comportamenti che vanno oltre al mero adempimento burocratico, al fine di diffondere un clima etico e di alto contenuto valoriale.

## I - PARTE: ANALISI DESCRITTIVA

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

#### 1.1 **Chi siamo**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro è stata costituita dall'accorpamento della ex A.S.L. n. 6 di Lamezia Terme e della ex A.S.L. n. 7 di Catanzaro, disposto dall'art. 7 delle Legge Regionale 11.05.2007, n. 9. La sede legale dell'ASP è a Catanzaro, in via Vinicio Cortese, 25. Il codice fiscale/partita iva dell'Azienda è 02865540799. Il sito Internet aziendale sul quale devono assolversi, tra l'altro, gli obblighi di pubblicazione degli atti, dei provvedimenti amministrativi e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza è [www.asp.cz.it](http://www.asp.cz.it)

#### 1.2 **Cosa facciamo**

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente, e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Calabria, integrando anche i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

La visione strategica dell'ASP è rivolta a sviluppare e consolidare un sistema organizzativo capace di garantire appropriatezza, tempestività, efficacia, qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni di salute, orientati al miglioramento continuo della qualità offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili.

L'Azienda tende ad assicurare un accesso equo e trasparente ai propri servizi sanitari e socio-sanitari e ricerca, ove possibile, l'eccellenza degli stessi mediante un'organizzazione basata sui principi della qualità totale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione e attraverso un percorso di ascolto e di trasparenza con la società civile per concretizzare qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni.

Nell'attuale contesto socio-economico nazionale e regionale, i principali capisaldi del mandato istituzionale dell'Azienda riguardano la sostenibilità economico-finanziaria, lo sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

In un quadro di estrema complessità e dinamicità come quello attuale, la Direzione Aziendale si è concentrata sulla strategia emergente; leggendo ed interpretando il contesto di riferimento, ha identificato le connessioni e le sinergie possibili e le ha ricondotte a un percorso in linea con le normative e le linee guida nazionali, regionali e provinciali. In tale contesto sono stati sviluppati progetti innovativi con razionalizzazione dei fattori produttivi, contrastando la logica dei tagli lineari e salvaguardando la qualità dei servizi erogati.

*I principali asset sui quali si focalizza la strategia aziendale sono di seguito indicati:*

- L'implementazione del Piano regionale della Prevenzione
- Il nuovo Piano di prevenzione vaccinale
- La riorganizzazione delle reti territoriali
- Il governo della specialistica ambulatoriale
- Le reti ospedaliere
- La riduzione delle liste di attesa per prestazioni specialistiche e di ricovero
- Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici
- Le funzioni di garanzia e committenza dei Distretti e l'accesso ai servizi
- Le relazioni con altre Aziende dell'area provinciale
- La sostenibilità economico-finanziaria
- Sviluppo e valorizzazione delle competenze
- Sviluppo dell'Area di supporto Tecnica e Amministrativa
- Gestione dell'emergenza Covid
- Implementazione delle procedure amministrativo-contabili
- Iniziative di riduzione del deficit strutturale

### **1.3 Come operiamo**

Con riferimento alle modalità operative di perseguimento degli *outcome*, la complessiva strutturazione organizzativa aziendale proposta è prioritariamente orientata alla costituzione di una armonica rete di servizi tale da garantire una visione processuale dei percorsi di cura. L'integrazione organizzativa e professionale, che rappresenta il filo conduttore del complessivo impianto aziendale, garantisce innanzitutto la ricomposizione dei processi assistenziali e, conseguentemente, vorrebbe contrastare la defatigante ricostruzione del mosaico assistenziale da

parte del cittadino. Un siffatto approccio consente all'Azienda di divenire nel suo complesso "sistema", migliorando così le performance sotto il profilo economico in ragione della evidente e correlata razionalizzazione delle risorse. Le strette connessioni programmatiche ed operativo-gestionali di livello territoriale tra Distretti/Dipartimenti del Territorio, Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale, quelle Territorio-Ospedale (Distretti/Dipartimenti Ospedalieri) e le interrelazioni con il sistema dell'emergenza-urgenza, conferiscono all'Azienda una configurazione di vera e propria rete organizzativa, armonicamente correlata attraverso la condivisa costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e profili di cura che rappresentano il collante tra gli stessi nodi. Solo così è possibile concretizzare la presa in carico dei pazienti che conferisce qualità ed efficacia alle prestazioni erogate. Questo sistema rappresenta un caposaldo nella lotta all'emergenza pandemica da COVID-19.

La rimodulazione della rete ospedaliera aziendale, coerente con le indicazioni regionali, è tesa a costituire una rete intra-specificità tali da armonizzare e differenziare l'offerta di prestazioni. L'Azienda, nella propria strutturazione, non può prescindere, a sua volta, dall'essere parte del complessivo sistema sanitario regionale e, quindi, di essere nodo di una più vasta ed articolata rete assistenziale. Proprio in relazione al livello ospedaliero di assistenza, l'organizzazione aziendale garantisce il complessivo impianto ospedaliero di livello regionale sistematizzato a rete secondo una logica di centri hub e centri spoke, sempre nel rispetto delle determinazioni di livello regionale. Per quanto attiene, infine, all'erogazione dei LEA all'interno delle strutture penitenziarie, così per come più avanti si chiarirà nel dettaglio, l'organizzazione aziendale garantisce, grazie ad una stretta integrazione organizzativa e professionale tra Distretti competenti per territorio e Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze/Dipartimento di Prevenzione, l'inclusione delle stesse strutture nell'ambito della complessiva rete assistenziale.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 86 dell'8 agosto 2016 è stato approvato il vigente Atto Aziendale dell'ASP di Catanzaro, che, tuttavia, sarà necessariamente oggetto di rivisitazione in ottemperanza a quanto sancito dal Decreto Calabria 2020.

Ciò anche al fine di consentire all'Azienda di poter finalmente contare su un'organizzazione snella.

## 2. IDENTITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA

### 2.1 L'amministrazione "in cifre"

Il territorio dell'ASP di Catanzaro presenta una disomogeneità territoriale ed ambientale, sia per quanto attiene l'ampiezza dei comuni, che relativamente alla diffusione della popolazione. Il comune maggiore è Catanzaro con 90.240 abitanti; il minore è Centrache con 391 abitanti. Il comune con la maggiore ampiezza territoriale è Taverna con 132,31 Km<sup>2</sup>; il minore è Gasperina con 6,78 Km<sup>2</sup>.

Anche la densità territoriale della popolazione è notevolmente variabile: si passa dal minimo di 13,3 abitanti per Km<sup>2</sup> di Sorbo S. Basile al massimo di 1.196 di Soverato; la media è pari a 149,8 per Km<sup>2</sup>. La distribuzione della popolazione è collocata nel 39,4% nella classe demografica 0-5000 abitanti, il 16,2% nella classe 5.001-15.000, il 55,6% nella fascia da 15.001-100.000.

Le caratteristiche territoriali ci consentono di classificare il 56% dei comuni nella zona altimetrica montagna interna - collina interna e il restante 44% nella zona altimetrica collina interna - collina litoranea.

Il territorio di competenza dell'ASP coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Catanzaro e comprende un territorio suddiviso in 80 comuni. La Popolazione residente nell'ASP risultava essere al 31 dicembre 2014 di 363.707 unità. Il numero delle donne era superiore a quello degli uomini per un rapporto di coesistenza tra i due sessi pari a 105 donne ogni 100 uomini. Al 31 dicembre 2018 risultano essere residenti 358.316 unità delle quali 183.511 donne (51,2%) e 174.805 uomini (48,8%). Negli ultimi tre anni il rapporto di coesistenza tra i due sessi è rimasto sostanzialmente immutato. Tra il 2014 e il 2017 la popolazione generale è diminuita dell'1,48% pari ad un numero assoluto di 5.391.

#### *Analisi quali-quantitativa delle risorse umane*

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per la realizzazione della mission aziendale.

Seppur con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASP ha avviato un piano di reperimento di risorse umane per potenziare il territorio e la parte di emergenza-urgenza onde permettere una strategia di contenimento dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2.

La collocazione del personale nelle macro-articolazioni aziendali è rappresentata nella sottostante tabella.

MACROARTICOLAZIONE	RUOLO	SANITARIO						PROFESSIONALE			TECNICO				AMMINISTRATIVO			EQUIPE psicodidattica	Totale complessivo		
	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	IPERBARISTICO	LABORATORIO	TECNICO SANITARIO	VIGILANZA E SPEDIZIONE	DIRIGENTE PROFESSIONALE	ALTRO PERSONALE PROFESSIONALE	DIRIGENTE TECNICO	ASSISTENTE SOCIALE	OPERATORE SOCIO SANITARIO	ALTRO PERSONALE TECNICO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	ALTRO PERSONALE AMMINISTRATIVO							
DIPARTIMENTO STAFF	11	3	9		1	4	28				1				4	5		25	25		58
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	2			1		1	4	4			4				57	57	7	112	119	1	185
PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	181	11	361	19	39		511		1	1				86	22	108		15	15	1	736
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERATO	65	5	168	5	25		268		1	1		2	36	20	58			30	30		357
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERIA MANNELLI	12		38	1	9		60		1	1		1	7	2	10						71
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	19	12	50	16	4		101				1	1	1	3	5			16	16		122
DISTRETTO CATANZARO	43	4	90	25	6		168				1	13	8	9	31			52	52	15	266
DISTRETTO LAMEZIA	29	3	36	15			83					1	1	4	6			19	19	22	130
DISTRETTO SOVERATO	23	8	65	17	5		118				1	10	19	16	46			48	48	22	234
SISTEMA EMERGENZA URGENZA SANITARIA	23		106				129					1	106	107							236
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	48	18	86	8			160				1	13	16	5	35			11	11	1	207
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	90		26		1	44	161				1	2		13	16			20	20		197
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	2	1	7	1	1	1	13						1		6	7		5	5	1	26
COMANDATI	2		1	1			6				1							10	10		21
Totale complessivo	550	65	1043	109	91	56	1914	4	3	7	6	44	175	267	492	7	363	370	63		2845

Complessivamente la Dirigenza è costituita da n. 632 unità, pari al 22,2 % del personale; la restante parte del personale, pari a n. 2214 unità (77,8%) è rappresentata dal Comparto.

La Dirigenza, inoltre, è ripartita tra l'area medica e l'area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente: Dirigenti Medici n. 554 unità (87,0 % della Dirigenza); Dirigenti Sanitari non Medici n. 65 unità (10,3 % della Dirigenza); Dirigenti TPA n. 17 unità (2,7 % della dirigenza)

#### Analisi caratteri qualitativi/quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	54
Età media dei dirigenti (anni)	58
Tasso di crescita unità di personale negli anni	-2,6%
% di dipendenti in possesso di laurea	62%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	8,9
Turnover del personale	65,6%
Costi di formazione/spese del personale	87.719,00

#### Analisi Benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze	7,9%
Tasso di dimissioni premature	3,20%
Tasso di richieste di trasferimento	1,5%
Tasso di infortuni	0,09%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	42.979,43
% di personale assunto a tempo indeterminato	97,7%

### Analisi di genere

Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	45,7%
% di donne rispetto al totale del personale	52,1%
Stipendio medio del personale donna dirigente	79.972
Stipendio medio del personale donna non dirigente	30.481
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	52,1%
Età media del personale femminile dirigente	56
Età media del personale femminile non dirigente	52
% di personale donna laureato / totale personale donna	50%
Ore medie di formazione di personale donna	8,6

#### *Le risorse finanziarie complessivamente assegnate*

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "mission" sono fondamentali sia per sostenere i costi di produzione delle prestazioni sanitarie rese, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei connessi processi gestionali.

La principale fonte di finanziamento dell'Azienda è rappresentata dalla ripartizione del fondo sanitario regionale sulla base della cosiddetta "quota capitaria" corretta per i principali flussi di mobilità.

L'Azienda adotta annualmente un proprio documento programmatico e di consuntivo ed utilizza gli schemi del Conto Economico previsti dal Ministero della Salute, in cui espone i valori dei ricavi e dei costi della produzione.

Si riporta di seguito il Conto Economico consuntivo 2018, il consuntivo IV trimestre 2019 ed il preventivo per l'anno 2020 nel quale sono indicate le risorse finanziarie utilizzate negli anni 2018- 2019 e quelle disponibili per il perseguimento degli obiettivi 2020:

DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2018	CONSUNTIVO 2019	PREVENTIVO 2020
<b>A.1) Contributi in c/esercizio</b>	685.791.145,35	676.877.650,98	679.723.643,21
<b>A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale</b>	679.583.975,47	670.814.952,08	671.871.643,21
<b>A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto</b>	668.428.190,83	661.793.474,60	661.286.003,39

A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	11.155.784,64	9.021.477,48	10.585.639,82
<b>A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)</b>	6.207.119,88	6.062.495,90	7.852.000,00
A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extrafondo)	5.778.564,46	5.845.970,16	7.635.000,00
A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	312.322,43	53.955,86	135.000,00
A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	5.466.242,03	5.792.014,30	7.500.000,00
A.1.B.3) Contributi da Ministero della Salute e da altri soggetti pubblici (extra fondo)	428.555,42	216.525,74	217.000,00
A.1.B.3.4) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	428.555,42	216.525,74	217.000,00
<b>A.1.D) Contributi c/esercizio da privati</b>	50,00	203,00	
<b>A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti</b>	-5.232.735,55	-4.222.846,91	-4.000.000,00
A.2.4) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-5.232.735,55	-4.222.846,91	-4.000.000,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	829.451,62		
A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	10.927,72		
A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	758.410,81		
A.3.E) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	60.113,09		
<b>A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</b>	4.773.913,31	4.765.191,66	4.460.245,97
<b>A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici</b>	3.204.427,34	3.160.821,06	2.892.245,97
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	800.753,17	719.530,97	802.016,54
A.4.A.1.7) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	604.016,54	604.016,54	604.016,54
A.4.A.1.15) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	196.736,63	115.514,43	198.000,00
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	42.619,11	34.053,15	30.000,00
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	2.361.055,06	2.407.236,94	2.060.229,43
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	1.046.566,72	913.941,28	1.095.934,59
A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	43.243,16	37.763,20	45.282,99
A.4.A.3.5) Prestazioni di File F	124.909,99	109.080,86	130.802,15
A.4.A.3.6) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	245.902,54	214.740,71	257.502,07
A.4.A.3.7) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	339.264,15	296.271,13	355.267,67
A.4.A.3.8) Prestazioni termali Extraregione	167.537,03	146.306,02	175.439,96

A.4.A.3.16) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	393.631,47	689.133,74	
A.4.B.5) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)			926.000,00
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	947.831,42	962.202,09	642.000,00
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	621.654,55	642.168,51	
A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera			640.000,00
A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	606.883,00	640.539,00	
A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica			2.000,00
A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c. 1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	14.771,55	1.629,51	
A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)			4.742.000,00
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.503.622,99	4.894.785,48	4.742.000,00
A.5.A) Rimborsi assicurativi	8.218,34	867,91	1.000,00
A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	47.798,14	60.127,00	60.000,00
A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	47.798,14	60.127,00	60.000,00
A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	233.103,66	99.808,74	50.000,00
A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	233.103,66	99.808,74	50.000,00
A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	1.576.370,40	448.611,12	428.000,00
A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	167.832,82	181.739,30	182.000,00
A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	1.408.537,58	266.871,82	246.000,00
A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	2.638.132,45	4.285.370,71	4.203.000,00
A.5.E.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	2.638.132,45	4.285.370,71	4.203.000,00
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.871.202,02	3.863.392,00	4.050.000,00
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale e APA-PAC	3.850.838,08	3.822.698,24	4.000.000,00
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	20.363,94	40.693,76	50.000,00
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.594.682,97	4.974.907,50	5.500.000,00
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	6.594.682,97	4.974.907,50	5.500.000,00
A.9) Altri ricavi e proventi	146.634,22	235.281,99	236.000,00
A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	127.721,46	127.742,58	128.000,00
A.9.C) Altri proventi diversi	18.912,76	107.539,41	108.000,00
B.1) Acquisti di beni	77.994.194,22	77.867.303,41	76.520.211,74

<b>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</b>	76.998.421,04	76.841.143,89	75.601.015,87
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	40.774.014,84	40.222.839,80	40.574.154,83
B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini, emoderivati di produzione regionale, ossigeno e altri gas medicali	40.759.291,80	39.163.926,63	40.574.154,83
B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	9.076,71	45.039,60	
B.1.A.1.4) Emoderivati di produzione regionale	5.646,33		
B.1.A.3) Dispositivi medici	11.542.684,54	11.994.603,98	12.000.000,00
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	6.391.453,23	6.456.263,73	6.330.000,00
B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	1.528.111,36	1.874.725,75	1.970.000,00
B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	3.623.119,95	3.663.614,50	3.700.000,00
B.1.A.4) Prodotti dietetici	540.437,44	576.820,79	546.393,70
B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	3.164.039,53	2.782,37	2.947.635,58
B.1.A.6) Prodotti chimici	1.853,28	2.842,40	1.667,95
B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	20.888,92	16.834,96	19.222,47
B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	223.795,51	169.749,64	21.194,34
B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	20.730.706,98	21.074.669,95	19.300.000,00
<b>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</b>	995.773,18	1.026.159,52	919.195,87
B.1.B.1) Prodotti alimentari	2.736,26	4.998,81	5.462,63
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	14.713,30	527,97	23.241,97
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	399.146,34	462.416,03	389.231,71
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	523.408,15	297.735,66	441.067,34
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	21.875,32	50.995,55	29.687,79
B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	33.893,81	209.485,50	30.504,43
<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	443.057.888,59	436.446.418,71	434.704.682,70
<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>	416.674.746,61	407.933.263,92	406.380.928,56
<b>B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base</b>	47.965.250,52	45.158.065,07	47.165.841,48
B.2.A.1.1) - da convenzione	47.543.383,56	44.785.803,05	46.787.984,89
B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	25.971.551,67	23.500.945,44	25.187.984,89
B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	6.695.294,10	6.072.753,57	6.500.000,00
B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale	10.203.832,65	10.708.329,14	10.700.000,00
B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici I18, ecc)	4.672.705,14	4.503.774,90	4.400.000,00
B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) Mobilità extraregionale	421.866,96	372.262,02	377.856,59
<b>B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica</b>	50.151.330,61	50.390.636,11	50.917.370,91
B.2.A.2.1) - da convenzione	48.334.882,94	48.707.275,06	49.219.000,00
B.2.A.2.2) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	684.607,83	684.607,83	684.607,83
B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	1.131.839,84	998.753,22	1.013.763,08
<b>B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</b>	46.518.319,76	46.601.271,95	46.251.905,74
B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	26.398.273,18	26.398.273,18	26.398.273,18
B.2.A.3.5) - da pubblico (Extraregione)	8.339.245,45	7.358.680,90	7.469.271,56
B.2.A.3.7) - da privato - Medici SUMAI	6.939.366,87	7.082.084,44	6.750.000,00
B.2.A.3.8) - da privato	4.841.432,26	5.762.231,43	5.634.359,00
B.2.A.3.8.G) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	4.841.432,26	5.762.231,43	5.634.359,00
<b>B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa</b>	7.169.183,74	7.869.745,78	7.765.085,16
B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	6.003.700,09	6.645.085,16	6.645.085,16

B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	1.165.483,65	1.224.660,62	1.120.000,00
<b>B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa</b>	8.715.682,14	9.642.819,65	9.560.000,00
B.2.A.5.3) - da pubblico (Extraregione)		1.921,36	
B.2.A.5.4) - da privato	8.715.682,14	9.640.898,29	9.560.000,00
<b>B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica</b>	11.565.714,14	11.911.235,90	10.160.000,00
B.2.A.6.4) - da privato	11.565.714,14	11.911.235,90	10.160.000,00
<b>B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera</b>	183.849.122,49	176.763.262,33	176.844.023,54
B.2.A.7.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	80.973.064,18	80.973.064,18	80.973.064,18
B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	48.130.094,18	42.470.749,54	43.109.025,36
B.2.A.7.4) - da privato	54.745.964,13	53.319.448,61	52.761.934,00
B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali classificati privati		24.000,00	
B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	54.745.964,13	53.295.448,61	52.761.934,00
<b>B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale</b>	6.199.287,61	5.449.833,48	5.067.797,05
B.2.14.8.4) - da privato (intra-regionale)	3.682.167,09	3.067.797,05	3.067.797,05
B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	2.517.120,52	2.382.036,43	2.000.000,00
<b>B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F</b>	19.205.676,84	18.662.769,55	18.525.308,84
B.2.A.9.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	12.045.661,91	12.045.661,91	12.045.661,91
Mobilità intra-regionale			
B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	5.113.055,47	4.511.840,29	4.579.646,93
B.2.A.9.4) - da privato (intra-regionale)	2.046.959,46	2.105.267,35	1.900.000,00
<b>B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione</b>	1.253.626,45	1.203.806,95	1.569.793,73
B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione)	100.674,90	88.837,11	90.172,21
B.2.A.10.4) - da privato	1.152.951,55	1.114.969,84	1.479.621,52
<b>B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario</b>	704.893,68	256.080,81	259.780,75
B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)	290.038,38	255.934,41	259.780,75
B.2.A.11.4) - da privato	414.855,30	146,4	
<b>B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</b>	27.610.725,40	28.197.966,85	28.121.705,79
B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	117.877,16	32.981,32	
B.2.A.12.4) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione		28.935,46	
B.2.A.12.5) - da privato (intra-regionale)	27.395.736,82	27.981.685,28	27.981.705,79
B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale)	97.111,42	154.364,79	140.000,00
<b>B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intra-moenia)</b>	360.402,75	487.132,01	400.000,00
B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intra-moenia - Area specialistica	360.402,75	487.132,01	400.000,00
<b>B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari</b>	1.328.395,15	1.254.329,23	1.295.855,65
B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	51.331,00	51.947,00	46.197,90
B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	246.286,39	104.898,51	221.657,75
B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	1.030.777,76	1.097.483,72	1.028.000,00
<b>B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</b>	57.993,85	26.047,63	80.194,46
B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	22.760,80		46.484,72
B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato	35.233,05	26.047,63	33.709,74
B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000		14.439,46	

B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	23.622,29	4.191,42	23.260,06
B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	11.610,76	7.416,75	10.449,68
<b>B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria</b>	<b>4.019.141,48</b>	<b>4.058.260,62</b>	<b>2.396.265,46</b>
B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	1.016.071,80	5 19.739,29	250.000,00
B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	3.532,68	2.399,13	
B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	1.278.563,95	933.925,81	1.241.006,77
B.2.4.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	1.720.973,05	2.602.196,39	905.258,69
<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>26.383.141,98</b>	<b>28.513.154,79</b>	<b>28.323.754,14</b>
<b>B.2.B.1) Servizi non sanitari</b>	<b>26.317.982,59</b>	<b>28.477.284,30</b>	<b>28.093.507,30</b>
B.2.B.1.1) Lavanderia	650.703,48	765.864,97	649.000,00
B.2.B.1.2) Pulizia	3.397.982,67	3.377.053,72	3.115.622,20
B.2.B.1.3) Mensa	1.646.233,82	2.023.781,27	1.648.119,48
B.2.B.1.4) Riscaldamento	1.783,00	1.981.706,23	1.589.286,31
B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	1.918.473,85	1.779.118,84	3.180.872,86
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	278.431,46	145.116,18	250.588,31
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	237.105,02	200.181,74	218.380,00
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	1.399.096,62	2.116.235,28	1.307.988,55
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	3.685.884,07	3.039.466,06	3.600.000,00
B.2.B.1.10) Altre utenze	427.087,50	518.039,51	284.378,75
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	4.277.612,03	4.207.868,99	4.149.850,84
B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	3.999.999,99	3.999.999,99	4.000.000,00
B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	277.612,04	207.869,00	149.850,84
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	8.397.589,07	8.322.851,51	8.099.420,00
B.2.B.1.12.) Altri servizi non sanitari da privato	8.397.589,07	8.322.851,51	8.099.420,00
<b>B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</b>	<b>29.163,15</b>	<b>14.129,85</b>	<b>150.246,84</b>
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		7.474,97	
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	29.163,15	6.654,88	150.246,84
B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	29.163,15	6.654,88	150.246,84
<b>B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)</b>	<b>35.996,24</b>	<b>21.740,64</b>	<b>80.000,00</b>
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	8.234,21	3.826,28	20.000,00
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	27.762,03	17.914,36	60.000,00
<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>10.865.762,69</b>	<b>7.862.279,49</b>	<b>7.617.968,52</b>

<b>B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze</b>	<b>3.511.922,72</b>	<b>1.192.739,02</b>	<b>1.591.124,00</b>
<b>B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari</b>	<b>3.812.668,25</b>	<b>2.822.469,39</b>	<b>2.915.969,90</b>
<b>B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche</b>	<b>2.507.138,73</b>	<b>3.030.273,67</b>	<b>2.386.874,62</b>
<b>B.3.D) Manutenzione e riparazione a mobili e arredi</b>	<b>19.856,84</b>	<b>79.630,25</b>	<b>200.000,00</b>
<b>B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi</b>	<b>602.373,97</b>	<b>498.750,09</b>	<b>280.000,00</b>

<b>B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni</b>	41.1.802,18	238.417,07	244.000,00
<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	4.643.125,97	5.239.267,83	3.872.966,58
<b>B.4.A) Fitti Passivi</b>	1.054.009,29	1.057.040,90	926.825,43
<b>B.4.B) Canoni di noleggio</b>	3.589.116,68	3.854.997,31	2.946.141,15
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	2.742.806,72	2.805.801,92	2.068.526,05
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	846.309,96	1.049.195,39	877.615,10
<b>B.4.C) Canoni di leasing</b>		327.229,62	
B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria		327.229,62	
<b>Totale Costo del personale</b>	161.824.487,15	161.176.349,24	164.005.109,62
<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	128.825.687,76	126.995.320,89	128.514.812,53
<b>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</b>	72.176.998,96	68.975.710,32	71.648.563,96
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	65.523.543,84	62.580.962,87	63.952.316,68
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	63.914.255,43	61.554.397,57	62.932.234,92
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	1.609.288,41	1.026.565,30	1.020.081,76
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	6.653.455,12	6.394.747,45	7.696.247,28
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	6.340.132,74	6.370.203,22	7.671.703,05
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	313.322,38	24.544,23	24.544,23
<b>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</b>	56.648.688,80	58.019.610,57	56.866.248,57
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	54.775.985,33	56.731.215,11	55.349.568,56
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	1.872.703,47	1.288.395,46	1.516.680,01
<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	500.232,51	513.509,54	517.614,46
<b>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</b>	378.787,65	407.801,04	407.801,04
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	378.787,65	407.801,04	407.801,04
<b>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</b>	121.444,86	105.708,50	109.813,42
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	121.444,86	103.003,63	107.108,55
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato		2.704,87	2.704,87
<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	17.623.468,40	18.680.208,94	19.980.661,62
<b>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</b>	820.041,07	738.501,28	732.066,56
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	820.041,07	738.501,28	731.765,31
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato			301,25
<b>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</b>	16.803.427,33	17.941.707,66	19.248.595,06
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	16.613.330,71	17.767.190,16	19.084.931,16
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	190.096,62	174.517,50	163.663,90
<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	14.875.098,48	14.987.309,87	14.992.021,01
<b>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</b>	841.347,35	882.869,80	882.869,80

B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	841.347,35	882.869,80	882.869,80
<b>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</b>	14.033.751,13	14.104.440,07	14.109.151,21
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	14.033.751,13	14.104.440,07	14.105.751,95
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato			3.399,26
<b>B.9) Oneri diversi di gestione</b>	3.753.940,94	4.438.460,68	3.430.834,57
B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	304.098,82	559.370,74	725.000,00
B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	3.449.842,12	3.879.089,94	2.705.834,57
B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	476.380,96	328.604,86	429.631,65
B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	2.973.461,16	3.550.485,08	2.276.202,92
<b>Totale Ammortamenti</b>	10.791.922,71	9.304.812,49	9.060.983,59
<b>B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali</b>	568.409,52	474.598,08	500.000,00
<b>B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</b>	10.223.513,19	8.830.214,41	8.560.983,59
<b>B.11.A) Ammortamento dei fabbricati</b>	7.199.437,20	5.626.075,41	5.560.983,59
B.11.A.2) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	7.199.437,20	5.626.075,41	5.560.983,59
<b>B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali</b>	3.024.075,99	3.204.139,00	3.000.000,00
B.13) Variazione delle rimanenze	58.498,21	2.356.554,10	962.900,00
B.13.A) Variazione rimanenze sanitarie	205.404,79	2.373.499,21	950.000,00
B.13.B) Variazione rimanenze non sanitarie	263.903,00	16.945,11	12.900,00
<b>B.14) Accantonamenti dell'esercizio</b>	21.099.266,89	18.170.928,38	11.498.789,77
<b>B.14.A) Accantonamenti per rischi</b>	9.939.805,95	7.533.482,41	3.080.000,00
B.14.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	8.433.274,57	5.057.623,19	2.000.000,00
B.14.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	1.125.031,38	102.258,34	700.000,00
B.14.A.4) Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	381.500,00	570.000,00	380.000,00
B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi		1.803.600,88	
<b>B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)</b>	363.544,87	363.544,87	370.000,00
<b>B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati</b>	8.075,86	3.545.033,05	8.075,86
B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	8.075,86	3.261.461,05	8.075,86
B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extrafondo) vincolati		283.572,00	
<b>B.14.D) Altri accantonamenti</b>	10.787.840,21	6.728.868,05	8.040.713,91
B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	1.928.477,14	2.571.617,83	2.705.714,27
B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	263.817,37	357.458,76	382.669,91
B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratti dirigenza medica	2.338.397,80	2.901.651,92	3.270.634,74
B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratti dirigenza non medica	368.590,99	443.807,43	486.899,34
B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratti comparto		113.889,51	994.775,65
B.14.D.10) Altri accantonamenti	5.888.556,91	340.442,60	200.000,00
<b>C.1) Interessi attivi</b>	2.601,06		1.500,00

C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica	2.601,06		1.500,00
C.3) Interessi passivi	9.078.639,00	6.371.261,97	3.300.000,00
C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	1.996.979,62	2.085.351,00	2.300.000,00
C.3.C) Altri interessi passivi	7.081.659,38	4.285.910,97	1.000.000,00
C.4) Altri oneri	9.289,41	6.722,41	
C.4.A) Altri oneri finanziari	9.289,41	6.722,41	
E.1) Proventi straordinari	15.156.990,07	7.337.434,03	
E.1.B) Altri proventi straordinari	15.156.990,07	7.337.434,03	
E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	2.049,95	4.800,00	
E.1.B.2) Sopravvenienze attive	3.557.629,50	7.242.073,13	
E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		65.000,00	
E.1.B.2.3) Sopravvenienze attive v/terzi	3.557.629,50	6.984.533,19	
E.1.B.2.3.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	120,90		
E.1.B.2.3.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	75.041,38		
E.1.B.2.3.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	2.486,74		
E.1.B.2.3.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	13.195,87	3.335.865,13	
E.1.B.2.3.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	1.318.250,26	340.379,60	
E.1.B.2.3.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	2.029.770,35	3.308.288,46	
E.1.B.3) Insussistenze attive	11.597.310,62	90.560,90	
E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi	11.597.310,62	90.560,90	
E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	66.714,42		
E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	600,18		
E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	10.553.247,34		
E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	692.159,63	64.522,21	
E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi	284.589,05	26.038,69	
E.2) Oneri straordinari	17.707.023,90	8.663.105,45	
E.2.B) Altri oneri straordinari	17.707.023,90	8.663.105,45	
E.2.B.3) Sopravvenienze passive	17.702.774,36	8.570.619,83	
E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		197.721,64	

E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		197.721,64	
E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	17.702.774,36	8.372.898,19	
E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	2.512.423,15	743.981,77	
E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	1.273.363,43	410.588,74	
E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	41.717,28	32.149,40	
E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	1.197.342,44	301.243,63	
E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	74.589,21	384.571,16	
E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	869.826,38	45.776,75	
E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	4.875.220,18	1.265.036,41	
E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	7.810.035,40	4.979.265,61	
E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	1.560.680,04	954.266,49	
E.2.B.4) Insussistenze passive	4.249,54	92.485,62	
E.2.B.4.3) Insussistenze passive v/terzi	4.249,54	92.485,62	
E.2.B.4.3.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	4.249,54		
E.2.B.4.3.G) Altre insussistenze passive v/terzi		92.485,62	
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>- 44.446.531,62</b>	<b>39.177.667,43</b>	<b>18.335.257,91</b>
<b>Y.I) IRAP</b>	<b>11.714.802,52</b>	<b>11.462.775,23</b>	<b>123.18.733,08</b>
<b>Y.I.A) IRAP relativa a personale dipendente</b>	<b>9.997.469,16</b>	<b>10.491.371,54</b>	<b>10.788.733,08</b>
<b>Y.I.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente</b>	<b>1.717.333,36</b>	<b>971.403,69</b>	<b>1.500.000,00</b>
<b>Y.I.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)</b>			<b>30.000,00</b>

### L'offerta sanitaria

L'Azienda ha approvato il Regolamento di organizzazione e funzionamento, che costituisce un altro importante tassello della riorganizzazione aziendale, perché definisce i livelli di responsabilità, le funzioni e le competenze delle strutture organizzative individuate nell'Atto Aziendale. A seguito dell'adozione dell'atto d'indirizzo di cui alla delibera aziendale n. 234 del 4.05.2020, le strutture complesse, semplici dipartimentali e le semplici sub articolazioni, afferiscono ad una organizzazione dipartimentale composta per come di seguito specificato:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze
- Dipartimento di Medicina e delle Specialità Mediche

- Dipartimento di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche
- Dipartimento dei Servizi Sanitari
- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Materno-Infantile
- Dipartimento Cure Primarie

A livello territoriale l'Azienda si suddivide in tre Distretti Sociosanitari: Distretto di Catanzaro, Distretto di Lamezia Terme e Distretto di Soverato. In quest'ultimo è ubicata la Casa della Salute di Chiaravalle Centrale. Le correlazioni tra ambiti distrettuali, zone sociali e comuni capofila è rappresentata dalla seguente tabella:

Organizzazione Aziendale		
Distretti	Zona Sociale	Comune Capofila
<b>Catanzaro</b>	Catanzaro	Catanzaro
	Catanzaro Lido	
<b>Soverato</b>	Soverato	Soverato
<b>Lamezia Terme</b>	Lamezia Terme	Lamezia Terme
	Soveria Mannelli	Soveria Mannelli

#### *L'organizzazione della rete ospedaliera*

Gli Ospedali dell'ASP di Catanzaro sono così classificati:

- Presidio di Lamezia Terme Ospedale Spoke
- Presidio di Soverato Ospedale Generale
- Presidio di Soveria Mannelli Ospedale di Zona Disagiata

Riferimenti normativi: DCA n. 30 del 3 marzo 2016, DCA n. 64 del 5 marzo 2016; DCA n. 104 del 29 luglio 2020 che riordina la Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19 ai sensi del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 - Art. 2

#### **2.2 Mandato istituzionale e Mission**

La mission istituzionale dell'ASP di Catanzaro è la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

A tal fine, l'Azienda organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'economicità

delle scelte nel rispetto delle risorse disponibili secondo principi di appropriatezza, nella convinzione che l'eliminazione degli sprechi possa essere reinvestita in prestazioni ai cittadini.

### **2.3 Albero della performance**

L'assetto organizzativo dell'ASP di Catanzaro per la sua distribuzione territoriale garantisce di raggiungere le performance attese declinando gli obiettivi strategici per macroarea di intervento e per singole strutture complesse, attraverso l'individuazione di opportuni obiettivi operativi che consentano di perseguire gli obiettivi strategici stabiliti.

In ciascun ambito operativo, quindi, ai sensi del D.Lgs n. 150/2009, vengono coerentemente definiti, secondo il meccanismo a cascata sopra citato ed analiticamente descritto nella procedura aziendale di budget, obiettivi operativi tali da consentire la coniugazione della performance organizzativa conseguita dalla struttura di riferimento con la performance individuale realizzata da ciascun dipendente (dirigente e non).

Per quanto premesso, gli obiettivi strategici definiti dal Commissario ad Acta per il Piano di Rientro con appositi decreti, unitamente agli obiettivi di funzionamento da assegnare per l'anno 2020, devono essere ribaltati alle macrostrutture ed alle unità operative dell'ASP definendo obiettivi operativi coerenti con le strategie aziendali e, comunque, orientati al potenziamento delle attività assistenziali di recente avviamento, al perseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, al miglioramento dei risultati già conseguiti nell'anno precedente, al perseguimento di buoni esiti di salute.

Nella individuazione degli obiettivi sono stati selezionati, in particolare, quelli con una ricaduta più diretta sui cittadini/utenti che si rivolgono alle strutture sanitarie; inoltre, si è cercato di avviare un'attività di monitoraggio sul miglioramento della qualità dei servizi, in riferimento alle dimensioni dell'efficacia, della trasparenza, della accessibilità, della tempestività.

L'albero della performance, dunque, può essere considerato una mappa logica che rappresenta i legami fra mandato istituzionale, mission, aree e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni. Inoltre fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. La filosofia di costruzione dell'albero non corrisponde a quella adottata nella definizione dell'organigramma. Le aree strategiche danno una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'Azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative. La Regione Calabria ha avviato il sistema di valutazione della performance, utilizzandolo come strumento di governo del sistema sanitario regionale nel quale gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino.

Se infatti è importante che le Aziende Sanitarie del sistema calabrese riescano a perseguire l'equilibrio economico-finanziario, questo non è però certamente sufficiente. Fondamentale è che le risorse della collettività creino "valore", ovvero siano adeguatamente utilizzate, con efficienza e appropriatezza, per fornire servizi di elevata qualità, garantendo l'accesso e l'equità.

### **Aree e Obiettivi Strategici della Performance**

#### *A) Livello di Salute della Popolazione*

Pur sapendo che questa tipologia di valori, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi è spesso determinato da scelte gestionali effettuate nel passato, gli indicatori presenti in questa dimensione rappresentano il punto di partenza e di arrivo di tutti i sistemi sanitari.

#### *B) Capacità di perseguimento delle Strategie Regionali*

Le aziende sanitarie rispondono non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, operando in squadra per valorizzare le sinergie e per garantire accesso ed equità a tutta la popolazione. In questo senso è importante che l'Azienda sia attenta e capace di implementare gli orientamenti strategici e regionali, ossia di applicare il piano sanitario regionale e le delibere regionali nei tempi e nei modi richiesti.

#### *C) Governo Socio-Sanitario*

In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività dell'ospedale che per le attività del territorio e della prevenzione.

#### *D) Soddisfazione degli Utenti*

In questa dimensione viene considerata la valutazione che i cittadini e gli utenti danno dei servizi sanitari aziendali che utilizzano. Il giudizio del cittadino/utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere articolato nel dettaglio, cogliendo tutti gli aspetti centrali ed accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, tiene conto della sua esperienza.

#### *E) Soddisfazione dei Dipendenti*

In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una

rilevante focalizzazione sui sistemi e sui meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

F) *Efficienza Operativa e Performance Economico-Finanziaria*

In questa dimensione viene considerata la capacità aziendale di perseguire le condizioni di equilibrio della dinamica economico-finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. Sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili, quali il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'Azienda di strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

G) Emergenza COVID-19.

L'Azienda, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha inteso porre in essere investimenti in risorse umane, tecnologiche e strutturali.

### 3. ANALISI DEL CONTESTO

#### 3.1 Analisi del contesto esterno

E' stato già oggetto di approfondimento l'aspetto demografico in relazione alla popolazione residente. Si riportano, di seguito, il movimento naturale ed il bilancio annuale tra neonati e morti:

Anno	Bilancio demografico	Nascite	Decessi	Saldo Naturale
2012	1 gennaio - 31 dicembre	3.172	3.511	- 339
2013	1 gennaio - 31 dicembre	2.984	3.389	- 405
2014	1 gennaio - 31 dicembre	3.038	3.496	- 458
2015	1 gennaio - 31 dicembre	2.972	3.690	- 718
2016	1 gennaio - 31 dicembre	3.041	3.534	- 493
2017	1 gennaio - 31 dicembre	2.852	3.816	- 964
2018	1 gennaio - 31 dicembre	2.683	3.806	- 1.123

nonchè quello migratorio che rappresenta il bilancio annuale tra iscritti e cancellati:

Anno	Iscritti	Cancellati	Saldo Migratorio
2011	8.115	8.210	- 95

2012	8.069	8.149	- 80
2013	7.148	7.436	- 288
2014	7.551	7.365	186
2015	7.176	7.108	68
2016	7.842	8.063	- 221
2017	7.956	8.512	- 556
2018	7.560	8.944	- 1.384

I due movimenti hanno determinato modifiche dello stato demografico della popolazione assistita ed hanno inciso insieme alla verifica del censimento sul decremento della popolazione residente che, alla data del 31 dicembre 2018, aveva una struttura per fasce d'età per come riportato nella tabella seguente:

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti
	2009	52.180	247.401	68.409
2010	51.623	247.907	68.689	368.219
2011	50.977	248.551	69.069	368.597
2012	49.459	241.200	69.124	359.783
2013	49.142	240.036	70.538	359.716
2014	49.140	242.576	72.263	363.979
2015	48.689	241.316	73.702	363.707
2016	48.037	240.201	74.819	363.057
2017	47.575	238.652	76.116	362.343
2018	47.068	236.786	76.969	360.823

Nella descrizione dei fenomeni inerenti alla composizione e alle modificazioni della popolazione nel tempo, appare utile, altresì, una analisi più dettagliata delle dinamiche di popolazione così come si rileva dall'andamento temporale degli indicatori che seguono.

Tipo indicatore	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,6	8,7	8,6	8,8	8,5	8,3	8,2	8,4	7,9	7,5
tasso di mortalità (per mille abitanti)	9,4	9,1	9,5	9,8	10	9,6	10,2	9,7	10,6	10,6
crescita naturale (per mille abitanti)	-0,8	-0,4	-0,9	-0,9	-1,4	-1,3	-2	-1,4	-2,7	-3,1
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	4,2	4,3	4,3	4,4	3,2	4	4,1	4	-	-
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-3,3	-3	-3,9	-3,1	-0,2	-2,9	-2,1	-3	-3,4	-3,9
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	2,5	1,8	2,6	2,9	3	1,6	2,4	2,7	3,1	1,8

saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)					16,8	1,8	-0,1	-0,3	-1,2	-1,7
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	-0,8	-1,2	-1,3	0,8	19,7	0,5	0,2	-0,6	-1,5	-3,8
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,6	-1,5	-2,2	-0,2	18,2	-0,7	-1,8	-2	-4,2	-6,9
numero medio di figli per donna	1,25	1,28	1,28	1,32	1,39	1,29	1,28	1,33	-	-
età media della madre al parto						31,5	31,7	31,8	-	-
speranza di vita alla nascita - maschi	78,5	78,7	79,4	79,3	79,8	79,9	79,6	80,1	79,9	-
speranza di vita a 65 anni - maschi	18,1	18,2	18,5	18,4	18,6	18,7	18,5	18,8	18,8	-
speranza di vita alla nascita - femmine	83,5	84,6	83,8	84,5	84,6	85	84,8	85,5	84,5	-
speranza di vita a 65 anni - femmine	21,1	22,1	21,5	21,9	22	22,1	22,1	22,6	21,8	-
speranza di vita alla nascita - totale						82,4	82,2	82,8	82,1	-
speranza di vita a 65 anni - totale						20,4	20,3	20,7	20,3	-
popolazione 0-14 anni all'1 gennaio (valori %)	14,3	14,1	13,9	13,8	14	13,5	13,4	13,2	13,1	13
popolazione 15-64 anni all'1 gennaio (valori %)	67,1	67,2	67,3	67	64,8	66,7	66,4	66,2	65,9	65,6
popolazione 65 anni e più all'1 gennaio (valori%)	18,6	18,7	18,8	19,2	21,2	19,9	20,3	20,6	21	21,3
indice di dipendenza strutturale all'1 gennaio (valori %)	49,1	48,9	48,6	49,2	54,2	50,1	50,7	51,2	51,8	52,4
indice di dipendenza degli anziani all'1 gennaio (valori%)	27,8	27,9	27,9	28,7	32,7	29,8	30,5	31,2	31,9	32,5
indice di vecchiaia all'1 gennaio (valori%)	131	133	135	140	151,4	147	151	156	160	163,5
età media della popolazione all'1 gennaio	42	42,2	42,5	42,9	44	43,4	43,7	43,9	44,2	44,5

La struttura della popolazione residente nel territorio aziendale, di fatto, non presenta significative differenze rispetto a quella regionale e nazionale ed è caratterizzata da una riduzione delle nascite e un aumento della vita media, col conseguente invecchiamento della popolazione. Un elemento di riflessione è dato dalla significativa presenza di popolazione residente proveniente da altri Paesi (in primo luogo Nord Africa ed Est Europa), distribuita in tutti i Comuni dell'Azienda. Tale popolazione appartiene alle classi di età feconde e concorre, pertanto, al mantenimento dell'indice di natalità complessivo.

L'esame degli indicatori demografici conferma la necessità di sviluppare ulteriormente i servizi e le attività per la tutela della salute dell'anziano e per la presa in carico e la cura della cronicità.

Sul versante più generale dell'insieme dei servizi, stante la significativa modificazione nella composizione della popolazione rispetto alle provenienze, determinante sarà la capacità degli stessi di adeguarsi alle esigenze della multiculturalità.

L'analisi della struttura della popolazione permette di mettere in evidenza che:

- 1) la popolazione residente si muove verso maggiori livelli di longevità;
- 2) il tasso di crescita è fortemente influenzato dai valori negativi del movimento migratorio superiori a quelli del movimento naturale;
- 3) è in atto il processo di invecchiamento della popolazione;
- 4) le nascite tendono a ridursi ed una quota consistente sono dovute a donne straniere;
- 5) il numero medio di figli per donna feconda non è sufficiente a rimpiazzare numericamente i genitori - ciò comporta un ammontare della popolazione pressoché costante.

Le evoluzioni demografiche dovranno essere continuamente monitorate per comprendere meglio i fenomeni che caratterizzano la popolazione dell'ASP di Catanzaro, per gli inevitabili problemi di equità economico-sociale che devono essere particolarmente attenzionati. Infatti, il calo della fecondità, l'invecchiamento della popolazione nonché l'emigrazione hanno effetti sulla fisionomia di tanti Comuni e sulla geografia della popolazione, rappresentando variabili demografiche che devono essere analizzate tempestivamente in quanto le evoluzioni demografiche si manifestano nel lungo periodo.

Il crescente numero degli anziani (che rappresenta uno dei segni più evidenti della rivoluzione demografica), la diminuzione del tasso di mortalità, l'aumento della speranza di vita alla nascita, la crescita dell'attesa di vita, che è per le donne di 84,5 anni e per gli uomini di 79,9 anni, potrebbero costituire criticità per la armonizzazione delle risorse economiche, umane e strumentali. Ciò comporterà nei prossimi anni la necessità di saper coniugare i reali bisogni della popolazione con le risorse limitate e con un uso appropriato dei servizi.

### **Analisi epidemiologica**

Nell'ottica di una adeguata conoscenza delle necessità assistenziali attraverso l'analisi epidemiologica l'Azienda ha inteso misurare lo stato di salute dei propri assistiti, analizzando i gruppi di rischio clinico che consentono di considerare la malattia e l'utilizzo delle risorse per una gamma completa di tipologia di pazienti, inclusi beneficiari a basso reddito, anziani e portatori di disabilità. Pertanto, partendo dai dati disponibili, è stato possibile assegnare ad ogni singolo assistito un gruppo di rischio unico e reciprocamente esclusivo. Ogni raggruppamento è stato anche impiegato per prevedere l'utilizzo e il costo su base prospettica e retrospettiva.

A tal fine sono stati utilizzati i CRGs, simili concettualmente ai gruppi correlati di diagnosi (DRG), utilizzati per identificare gruppi clinicamente significativi di individui che richiedono

quantità e tipologie di risorse simili. Il processo di raggruppamento ha analizzato dati ospedalieri e territoriali in un arco temporale definito, al fine di individuare i casi in trattamento, monitorare i pazienti e i profili delle cure fornite nel tempo.

Sono stati letti i codici di diagnosi ICD-9-CM relativi a tutti gli eventi di assistenza sanitaria disponibili e sono stati associati ad una categoria diagnostica (acuta o cronica); sono stati, altresì, assegnati tutti i codici di procedura a una categoria di procedure. Ogni singolo individuo è stato raggruppato in un gruppo di stato sanitario definito gerarchicamente e, quindi, in una categoria e nel livello di gravità, nel caso di malattia cronica. L'attività di classificazione è stata sinteticamente rappresentata in nove gruppi principali di stato sanitario: malattie catastrofiche, metastatiche, tre o più patologie croniche, coppie di patologie croniche significative, patologie croniche singole dominanti/moderate, patologie croniche multiple minori, patologie croniche singole minori, significativi acuti e sani (compresi quelli non utilizzatori). Tali raggruppamenti sono costituiti da 269 categorie che, associate ai livelli di gravità, identificano 1.061 classificazioni.

Le categorie di condizioni croniche sono divise nei seguenti livelli di gravità: due, quattro o sei livelli di gravità, a seconda della tipologia di condizione. La gravità è definita rispetto allo stato di malattia atteso e alla previsione di cura nel periodo di 12 mesi. Le categorie acute significative sono suddivise in categorie singole e multiple significative. Tutti gli altri individui sono classificati come sani.

La condizione di cronicità si identifica nelle componenti di seguito specificate:

- a. disordine fisico, mentale, emotivo, comportamentale o di sviluppo;
- b. durata di almeno 12 mesi o più oppure presenza di sequele che persistano per almeno 12 mesi;
- c. necessità di un trattamento continuo e/o di un monitoraggio.

La definizione CRG di una condizione acuta significativa si traduce in una grave malattia acuta che rende l'individuo a rischio, che comporta una necessità di servizi quali-quantitativamente superiori rispetto ai soggetti non affetti da patologie croniche. In tale logica, una malattia acuta è stata classificata solo come acuta significativa se si è verificata negli ultimi sei mesi del periodo di riferimento/base dell'anno. Il sistema utilizzato, oltre ad associare ciascuna persona a una categoria diagnostica reciprocamente esclusiva, restituisce informazioni su tutte le categorie di diagnostica e di procedura registrate nel periodo indice.

Nella tabella che segue sono riportati i valori assoluti di distribuzione degli assistiti per stato di salute e severità.

### Assistiti per stato di salute e severità

Stato Salute / Severità	0	1	2	3	4	5	6	totale
1 a - Residente senza contatti	75.212	0	0	0	0	0	0	75.212
1 b - Sano (senza diagnosi acuta significativa o cronica)	57.767	520	893	0	389	9.703	0	69.273
1 c - Residente con contatti esclusi dai flussi CRG	21.061	0	0	0	0	0	0	21.061
2 - Diagnosi acuta significativa	3.257	0	1.716	0	92	5.165	0	10.231
3 - Unica patologia cronica minore	0	13.594	1.833	0	0	0	0	15.428
4 - Patologia cronica minore in più organi/sistemi	0	903	68	350	15	0	0	1.335
5 - Una patologia cronica dominante o moderata	0	55.651	6.750	2.975	175	881	29	66.461
6 - Patologia cronica significativa in 2 organi/sistemi	0	32.241	18.489	14.319	7.684	3.747	281	76.760
7 - Patologie croniche dominanti in 3 o più organi /sistemi	0	6.794	5.701	7.295	815	330	104	21.039
8 - Tumori dominanti, metastatici e complicati	0	26	167	362	458	215	0	1.228
9 - Condizioni complesse	0	39	118	45	36	12	41	290
TOTALE	157.297	109.768	35.735	25.347	9.663	20.053	454	358.316

I numeri indicati nella precedente tabella evidenziano che il 46,2% della popolazione residente non ha contatti o non ha contatti significativi o validi, derivandone che trattasi quasi esclusivamente di popolazione sana e che solo il 2,9% degli assistiti ha avuto un solo episodio acuto significativo. L'analisi ha messo in evidenza, altresì, che il 50,5% è affetto da una o più patologie croniche e che lo 0,4% della popolazione è affetta da patologie tumorali avanzate o complicate o condizioni generali dello stato di salute molto complesse. Si sottolinea come l'attività di analisi condotta rappresenti il presupposto essenziale per la creazione dei **registri di patologia** (che di fatto individuano nominativamente i pazienti affetti dalle patologie cronicodegenerative più rilevanti sotto il profilo epidemiologico) finalizzati a:

- 1) valutarne l'appartenenza ad una delle classi di rischio in ragione della logica del Kaiser Permanente (modello KP);
- 2) modulare, di conseguenza, gli interventi assistenziali più appropriati;
- 3) monitorare l'aderenza ai profili di cura delineati per ogni singola patologia cronicodegenerativa (ad es. BPCO, diabete, insufficienza cardiaca).

Le attività di classificazione dei pazienti rendono pertanto possibile eseguire ogni analisi epidemiologica per la programmazione delle attività sanitarie. Inoltre, i pesi relativi connessi alle classificazioni diagnostiche di ogni paziente assistito potranno essere utilizzati quale driver correttivo per la reportistica alla medicina generale che nel precedente sistema di analisi/reports era, invece, collegato al numero degli assistiti. Nel corso dell'anno 2020 si è dovuto affrontare l'emergenza pandemica da COVID-19 che ha fatto aumentare i contagi da virus e le relative

indagini epidemiologiche unitamente alle analisi statistiche correlate agli indicatori influenzati da quest'evento.

### Principali cause di mortalità

Il costante incremento della vita media della popolazione ha portato ad elevare notevolmente la speranza di vita alla nascita in entrambi i sessi. C'è stata inoltre una modificazione strutturale della mortalità per età e per causa. Al primo posto, tra le cause di decesso rileviamo infatti, in Italia, le malattie cronic-degenerative che avvengono in età sempre più avanzata, mentre la mortalità per malattie infettive va riducendosi notevolmente nel tempo. Attualmente il maggior numero di decessi viene registrato a carico delle classi d'età anziane e giovani, grazie alla riduzione della mortalità delle classi infantili ed adulte. Il quadro evidenziato a livello nazionale si riproduce localmente con delle peculiarità. L'analisi, effettuata annualmente, consente di valutare eventuali scostamenti temporo-geografici, nonche apportare le modificazioni necessarie alla politica sanitaria locale attraverso strategie preventive di vario grado. Il tasso di mortalità generale standardizzato della provincia per l'anno 2017 è risultato 10,6, quindi inferiore al valore nazionale (10,7) ed ai valori registrati nell'anno precedente sia a livello nazionale che locale. Nella successiva tabella riportiamo i quozienti di mortalità gruppi di patologia relativi alla provincia di Catanzaro.

**Cause di morte per l'anno 2017 dei residenti nella provincia di Catanzaro**

Tipo dato	morti			quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)			
	Sesso	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
<b>Causa iniziale di morte</b>							
alcune malattie infettive e parassitarie		33	32	65	1,87	1,73	1,8
tumori		523	390	913	29,66	21,05	25,25
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario		9	16	25	0,51	0,86	0,69
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche		95	131	226	5,39	7,07	6,25
disturbi psichici e comportamentali		47	73	120	2,67	3,94	3,32
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso		63	84	147	3,57	4,53	4,07
malattie del sistema circolatorio		710	907	1617	40,27	48,95	44,72
malattie del sistema respiratorio		160	100	260	9,08	5,4	7,19
malattie dell'apparato digerente		77	65	142	4,37	3,51	3,93
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo		3	5	8	0,17	0,27	0,22
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo		3	12	15	0,17	0,65	0,41
malattie dell'apparato genitourinario		30	35	65	1,7	1,89	1,8
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale		3	7	10	0,17	0,38	0,28
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche		5	5	10	0,28	0,27	0,28
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite		34	25	59	1,93	1,35	1,63
cause esterne di traumatismo e avvelenamento		83	69	152	4,71	3,72	4,2
<b>totale</b>		<b>1878</b>	<b>1956</b>	<b>3834</b>	<b>106,52</b>	<b>105,57</b>	<b>106,03</b>

I quozienti di mortalità specifici per gruppi di cause risultano generalmente in riduzione rispetto alle medie dell'anno precedente, fatta eccezione per le patologie tumorali.

Le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte in entrambi i sessi. La mortalità per neoplasie hanno fatto registrare valori in incremento, dovuti ad un aumento delle morti attribuite ad entrambi i sessi. Le malattie endocrine e metaboliche sono in decremento, mentre le malattie dell'apparato respiratorio e le cause accidentali e violente continuano a determinare una ingente quota di decessi, particolarmente tra gli uomini.

I quozienti di mortalità specifici per gruppi di cause risultano generalmente in linea con le medie nazionali dello stesso anno, fatta eccezione per le patologie dell'apparato cardiocircolatorio e dei tumori, che risultano più bassi, rispecchiando un andamento già osservato in passato. Nell'ambito dell'Azienda, nel sesso maschile, si nota una riduzione della mortalità per le malattie del sistema respiratorio e per gli incidenti stradali.

Tra le malattie del sistema circolatorio, le malattie ischemiche del cuore occupano il primo posto con una prevalenza nel sesso maschile, mentre i disturbi circolatori dell'encefalo rappresentano la seconda causa più frequente di mortalità, prediligendo il sesso femminile. Per quanto riguarda le patologie neoplastiche, i tumori della trachea, bronchi e polmoni, i tumori del colon retto e della prostata continuano a provocare un elevato numero di decessi tra i maschi e mostrano un incremento dei tassi rispetto agli anni precedenti. Nelle donne i tumori più rilevanti in termini di mortalità sono le neoplasie maligne del seno, polmoni, colon retto, utero ed ovaio; inoltre, nel 2017, il loro tasso è risultato più elevato rispetto all'anno precedente. Al terzo posto per frequenza, in entrambi i sessi, si pongono i tumori a carico dello stomaco. La mortalità per diabete, correlata all'obesità o a cattive abitudini alimentari ed alla sedentarietà, risulta più elevata nel sesso femminile, mentre l'infarto del miocardio è più frequente tra gli uomini.

Le cause accidentali provocano il 95% dei decessi, nella fascia d'età 1-24 anni, nel sesso maschile. Tale fenomeno trova spiegazione con gli incidenti stradali che causano circa un terzo della mortalità giovanile per cause violente. Nell'età adulta, la mortalità per malattie del sistema circolatorio costituisce la prima causa di morte, specialmente nel sesso femminile. Negli ultrasessantatenni e prevalentemente nel sesso femminile, sono le patologie a carico del sistema circolatorio a detenere la percentuale più alta di decessi.

Da quanto sopra si rileva come l'attenzione nel prossimo triennio dovrà continuare ad essere posta sulla prevenzione dei tumori della cervice uterina e della mammella, sul fenomeno delle morti per incidenti stradali e per tumori legati al fumo (polmone), oltre che, ovviamente, a proseguire nell'impegno per la rimozione dei fattori di rischio delle patologie cardiovascolari.

Rispetto agli indicatori nel mondo del lavoro, anche in questo caso è confermata la necessità di continuare nell'impegno per la lotta agli infortuni sul lavoro. Nella nostra realtà devono essere seguiti in maniera particolare il settore edilizia, gli infortuni stradali e quelli in itinere.

Dal punto di vista dei parametri socio-economici il contesto provinciale è caratterizzato da un certo divario rispetto al riferimento nazionale. Tale divario è riferibile a problematiche connesse ad un'offerta di occupazione qualitativamente modesta da parte del sistema produttivo ed istituzionale, con difficoltà strutturali nell'assestamento di processi di sviluppo che sarebbero sostenibili nel tempo solo adottando modelli sociali favorevoli all'incontro tra offerta e domanda di lavoro.

Il ciclo economico, come nel resto del Paese, ha registrato un rallentamento e ha subito una battuta d'arresto in diversi settori produttivi.

La situazione socio-economica generale trova riscontro anche nella crisi finanziaria e strutturale che affligge diversi Enti locali, in un contesto in cui le risorse da dedicare all'integrazione socio-sanitaria del territorio sono scarse, nonostante legislazione e pianificazione integrata, nazionale e regionale abbiano favorito il coordinamento degli attori istituzionali chiamati a far fronte ai nuovi bisogni e alle richieste di salute emergenti.

Diversi fattori, quali soprattutto la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio-sanitari in una logica di integrazione tra l'Ospedale e il Territorio, tra i diversi servizi territoriali, circostanza che richiede un approccio sinergico interistituzionale.

### 3.2 Analisi del contesto interno

#### Prestazioni di ricovero ospedaliero

Nell'anno 2018 i ricoveri per i pazienti dell'area provinciale sono stati 49.242, di cui 47.066 da considerare ai fini del calcolo del tasso, con un tasso di ospedalizzazione di 131,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti, così come si rileva dal dettaglio della tabella seguente.

ANNO 2018	Regime di Ricovero Ordinario	Ricoveri Regime Ordinario x tasso	Regime di Ricovero DH/DS	Totale Ricoveri	Totale Ricoveri x Tasso Osp.	Tasso Osp.
PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	6.853	6.166	1.150	8.003	7.316	20,4
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERIA MANNELLI	219	219	138	357	357	1,0
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERATO	1.930	1.693	671	2.601	2.364	6,6
AZ. OSPEDALIERA PUGLIESE CIACCIO	15.571	14.412	4.645	20.216	19.057	53,2

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MATER DOMINI	2.810	2.810	1.861	4.671	4.671	13,0
CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	933	933	377	1.310	1.310	3,7
CASA DI CURA "VILLA SERENA"	760	760	177	937	937	2,6
CASA DI CURA "VILLA MICHELINO"	569	569	97	666	666	1,9
CASA DI CURA "VILLA S.ANNA"	1.140	1.140	61	1.201	1.201	3,4
INFRA REGIONALI	1.696	1.696	1.061	2.757	2.757	7,7
EXTRA REGIONALI	4.816	4.723	1.707	6.523	6.430	17,9
TOTALE	37.297	35.121	11.945	49.242	47.066	131,4

I dati esposti mettono in evidenza che l'area provinciale di Catanzaro si collochi ad un tasso di ospedalizzazione inferiore a quello standard e con un trend in forte riduzione rispetto agli anni precedenti, così come si rileva dalla tabella successiva, determinato anche dall'avvio di processi assistenziali alternativi al ricovero realizzati negli ultimi anni nell'Azienda e da una rigorosa attività di controllo della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Andamento del Tasso di Ospedalizzazione ASP CZ										
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
221,9	207,3	191,7	178,1	166,7	155,8	131,5	138,5	137,7	134,8	131,4

Nell'anno 2018 gli ospedali della provincia sono stati utilizzati dai residenti complessivamente nell'80,6% dei casi, percentuale sovrapponibile a quella dell'anno precedente. Pertanto il 19,4% dei ricoveri è stato effettuato da erogatori non dell'area, regionali ed extra regionali. Le regioni che nell'anno 2017 hanno "drenato" i ricoveri dei residenti della provincia di Catanzaro in misura più consistente sono il Lazio e la Lombardia che, da sole, assorbono quasi la metà della migrazione extra regionale, così come è espresso dalla seguente tabella delle fughe.

#### Mobilità passiva divisa per Regione erogante

Regione	2015		2016		2017		
	Ricoveri	Importo	Ricoveri	Importo	Ricoveri	Importo	
LAZIO	1.396	4.992.876,00	1.583	5.539.336,00	1.655	5.711.925,48	25,3
LOMBARDIA	1.378	6.848.016,00	1.499	7.218.619,00	1.588	7.318.551,3	24,3
EMILIA ROMAGNA	920	3.953.717,00	992	4.283.835,00	931	3.891.693,95	14,3
TOSCANA	538	1.591.015,00	592	2.155.969,00	563	2.083.621,12	8,6
PUGLIA	417	2.164.614,00	497	2.745.470,00	322	1.320.973,61	4,9
SICILIA	323	1.460.547,00	301	1.559.503,00	350	1.496.919,28	5,4
PIEMONTE	246	1.249.317,00	261	1.471.539,00	279	1.656.329,86	4,3

VENETO	192	839.261,00	243	980.884,00	184	772.969,61	2,8
CAMPANIA	236	759.420,00	225	672.640,00	231	822.217,04	3,5
LIGURIA	174	832.044,00	183	599.711,00	178	586.629,51	2,7
UMBRIA	58	266.653,00	66	338.110,00	58	295.142,88	0,9
BASILICATA	70	384.436,00	33	76.550,00	48	146.393,00	0,7
MARCHE	23	159.695,00	21	92.516,00	40	107.716,31	0,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	31	170.121,00	20	83.090,00	26	107.644,47	0,4
ABRUZZO	15	91.332,00	18	53.568,00	14	18.244,98	0,2
PROV. AUTON. TRENTO	10	50.266,00	12	44.200,00	16	67.576,42	0,2
MOLISE	7	17.469,00	9	31.223,00	23	109.718,00	0,4
PROV. AUTON. BOLZANO	10	27.577,00	6	9.424,00	16	56.489,01	0,2
SARDEGNA	3	3.302,00	6	17.699,00	6	37.424,87	0,1
VALLE DI AOSTA	9	43.272,00	5	13.207,00	4	18.023,00	0,1
Totale	6.124	26.195.305	6.641	28.222.078	6.532	26.626.203,70	100,0

La mobilità passiva relativamente agli anni 2015-2016-2017 ha un andamento sovrapponibile a quello degli anni precedenti.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
26.069.323,00	27.470.564,00	27.464.866,00	28.660.845,00	28.603.424,00	24.299.246,00	26.195.304,00	28.222.078,00	26.626.203,70	26.293.312,00

I dati di attività 2019 dei ricoveri ospedalieri, per i Presidi a gestione diretta, mettono in evidenza un sostanziale mantenimento del numero dei ricoveri, anche se in alcuni reparti si rileva una modifica in incremento del mix della casistica trattata.

	RESIDENTI			NON-RESIDENTI			Totale complessivo
	Ricoveri Ordinari	Ricoveri DH/DS	Totale Residenti	Ricoveri Ordinari	Ricoveri DH/DS	Totale non residenti	
PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA T.	6.890	1.303	8.193	1.751	521	2.272	10.465
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERATO	1.764	600	2.364	749	347	1.096	3.460
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERIA M.LLI	262	117	379	87	54	141	520
Totale complessivo	8.916	2.020	10.936	2.587	922	3.509	14.445

## Cure Primarie

Nell'ambito delle Cure Primarie l'Azienda ha intrapreso già da anni un percorso di rimodulazione organizzativa che trascende gli aspetti meramente formali per operare, invece, una profonda trasformazione separando la rilevazione dei bisogni di salute dall'erogazione delle prestazioni. Già da alcuni anni è stata avviata la creazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in linea con quanto definito dal vigente ACN per la medicina generale e con la Legge 189/2012. Tale sperimentazione ha, altresì, consentito di introdurre un ulteriore elemento di novità, ovvero la condivisione di specifici obiettivi di salute, dando avvio ad un processo di budgeting con la medicina generale. La sperimentazione in argomento si è ulteriormente consolidata nel corso dell'anno 2019 ed ha consentito lo sviluppo di attività di rilievo di livello aziendale, quali:

- definizione scheda di budget per le UCCP
- modalità di partecipazione degli specialisti ambulatoriali
- modalità di accesso e attività degli ambulatori di patologia
- modalità di partecipazione dei medici di continuità assistenziale

In tale ambito deve ricordarsi la definizione dei PDTA finalizzati alla diagnosi e al trattamento della malattia diabetica e della BPCO.

A tale rimodulazione organizzativa della medicina generale deve essere associato un programma di riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale (in aderenza al DPGR n. 94/2012) con contestuale predisposizione della **Centrale Operativa Territoriale (COT)** per la centralizzazione delle chiamate che potrà gestire anche l'emergenza COVID per rispondere alle esigenze della popolazione. Sempre in relazione alla rimodulazione delle Cure Primarie, ulteriore impulso è stato dato, continuando sulla scia dell'applicazione del DPGR n. 12/2011, al sistema delle cure domiciliari e delle cure palliative.

## Specialistica Ambulatoriale

Le prestazioni specialistiche erogate nell'anno 2019 sono quelle rappresentate nella tabella successiva e mostrano un incremento di circa il 3% rispetto all'anno 2018, anche se con differenze tra tipologie di prestazioni nei diversi punti di erogazione.

	RESIDENTI		NON-RESIDENTI		Totale Numero	Totale Valore
	Numero	Valore	Numero	Valore		
<b>DISTRETTO CATANZARO</b>	335.402	3.388.162,00	7.433	72.141,04	342.835	3.460.303,04
Clinica	69.191	1.198.455,50	1.962	34.681,92	71.153	1.233.137,42
Diagnostica Immagini	19.852	649.480,67	441	13.521,10	20.293	663.001,77
Diagnostica Laboratorio	224.116	708.603,32	4.590	16.066,48	228.706	724.669,80
Diagnostica Strumentale	14.635	245.406,94	317	5.454,58	14.952	250.861,52
Procedure	7.608	586.215,57	123	2.416,96	7.731	588.632,53

<b>DISTRETTO LAMEZIA T.</b>	161.308	1.082.880,64	3.751	59.648,98	165.059	1.142.529,62
Clinica	29.148	436.242,49	1.804	28.282,17	30.952	464.524,66
Diagnostica Immagini	5.843	242.564,26	618	26.374,81	6.461	268.939,07
Diagnostica Laboratorio	121.986	326.154,49	1.232	3.525,36	123.218	329.679,85
Diagnostica Strumentale	2.410	42.267,12	45	721,71	2.455	42.988,83
Procedure	1.921	35.652,28	52	744,93	1.973	36.397,21
<b>DISTRETTO SOVERATO</b>	356.019	2.679.705,50	17.257	180.933,78	373.276	2.860.639,28
Clinica	50.648	803.808,29	2.966	50.137,98	53.614	853.946,27
Diagnostica Immagini	11.292	365.567,64	634	21.581,92	11.926	387.149,56
Diagnostica Laboratorio	279.375	935.820,74	12.615	44.652,06	291.990	980.472,80
Diagnostica Strumentale	9.545	194.463,78	736	25.780,43	10.281	220.244,21
Procedure	5.159	380.045,05	306	38.781,39	5.465	418.826,44
<b>P.O. LAMEZIA TERME</b>	772.939	8.731.486,36	69.034	1.546.033,61	841.973	10.277.519,97
Clinica	129.720	2.677.270,85	14.598	326.201,99	144.318	3.003.472,84
Diagnostica Immagini	33.490	1.408.022,73	4.978	299.799,34	38.468	1.707.822,07
Diagnostica Laboratorio	574.780	1.974.839,07	44.599	340.775,70	619.379	2.315.614,77
Diagnostica Strumentale	15.522	344.378,52	1.978	60.754,01	17.500	405.132,53
Procedure	19.427	2.326.975,19	2.881	518.502,57	22.308	2.845.477,76
<b>P.O. SOVERATO</b>	309.163	4.102.882,26	34.873	683.273,80	344.036	4.786.156,06
Clinica	50.740	1.154.439,47	9.286	241.813,10	60.026	1.396.252,57
Diagnostica Immagini	25.938	897.624,62	4.038	120.903,16	29.976	1.018.527,78
Diagnostica Laboratorio	214.983	701.474,67	18.403	56.986,57	233.386	758.461,24
Diagnostica Strumentale	6.058	152.423,07	672	16.624,44	6.730	169.047,51
Procedure	11.444	1.196.920,43	2.474	246.946,53	13.918	1.443.866,96
<b>P.O. SOVERIA MANNELLI</b>	153.365	1.106.441,88	39.500	262.619,75	192.865	1.369.061,63
Clinica	13.868	306.199,11	4.530	104.193,59	18.398	410.392,70
Diagnostica Immagini	3.020	96.120,79	987	27.208,05	4.007	123.328,84
Diagnostica Laboratorio	131.044	339.108,19	32.569	79.283,81	163.613	418.392,00
Diagnostica Strumentale	1.988	30.832,54	689	9.363,08	2.677	40.195,62
Procedure	3.445	334.181,25	725	42.571,22	4.170	376.752,47
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.088.196</b>	<b>21.091.558,64</b>	<b>171.848</b>	<b>2.804.650,96</b>	<b>2.260.044</b>	<b>23.896.209,60</b>

### Assistenza Domiciliare

I residenti presi in carico in assistenza domiciliare sono in lieve riduzione nel 2019 rispetto agli anni 2017 e 2018, anche se con differenze nelle diverse aree territoriali aziendali, così come rappresentato nella seguente tabella.

DISTRETTO	2017	2018	2019
DISTRETTO CATANZARO	1.090	1.263	1.221
DISTRETTO SOVERATO	920	773	718
DISTRETTO LAMEZIA T.	788	710	744
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>2.798</b>	<b>2.746</b>	<b>2.683</b>

### Cure Palliative Domiciliari

I residenti presi in carico in cure palliative domiciliari sono sostanzialmente in linea rispetto all'anno 2018, anche se con lievi differenze nelle diverse aree territoriali aziendali, così come rappresentato nella seguente tabella.

AREE DISTRETTUALI	2017	2018	2019
CATANZARO	82	109	117
LAMEZIA TERME	1	13	17
SOVERATO	57	106	102
TOTALE	140	228	236

### Assistenza Farmaceutica

I pazienti che si sono rivolti alle farmacie convenzionate sono in riduzione in tutte le aree territoriali aziendali nel 2019 rispetto agli anni precedenti, così come si rileva nella seguente tabella.

	2017	2018	2019
DISTRETTO CATANZARO	108.293	106.081	103.464
DISTRETTO LAMEZIA TERME	81.955	80.124	80.153
DISTRETTO SOVERATO	44.970	44.237	43.839
NON RESIDENTE	12.749	12.969	12.918
TOTALI	247.967	243.411	240.374

A tale riduzione di utenti corrisponde una riduzione del costo del sottolivello assistenziale, così come si rileva dai bilanci di esercizio.

### Assistenza Protesica

I residenti che si sono rivolti all'Azienda per la fornitura di protesi ed ausili sono sostanzialmente in linea rispetto agli anni 2018 e 2017, anche se con differenze nelle aree territoriali aziendali, così come rappresentato nella seguente tabella.

	2017	2018	2019
Distretto Catanzaro	4.827	5.197	5.256
Distretto Soverato	2.481	2.976	2.812
Distretto Lamezia Terme	5.957	5.423	5.466
Totale Azienda	13.265	13.596	13.534

## Materno Infantile

I Consultori Familiari e le Neuropsichiatrie Infantili hanno assolto ai compiti di promozione della salute, di cura e riabilitazione, ancorché di consulenza sociosanitaria alle Istituzioni (Organi Giudiziari, Scuole, Enti locali). Tuttavia l'espletamento delle funzioni di competenza necessita di un riequilibrio delle équipe professionali, causa la perdita nel tempo di quelle professionalità che, messe in quiescenza, non sono state reintegrate a causa del blocco del turnover.

Gli utenti che si sono rivolti ai consultori sono in forte riduzione rispetto agli anni 2018 e 2017, anche se con differenze nelle aree territoriali aziendali, così come rappresentato nella seguente tabella.

DISTRETTO	CONSULTORIO	2017	2018	2019
DISTRETTO CATANZARO	CENTRO GINECOLOGIA SOCIALE	313	396	394
DISTRETTO CATANZARO	CONSULTORIO FAMILIARE VIA PONTANA VECCHIA	1.295	1.279	1.216
DISTRETTO CATANZARO	CONSULTORIO FAMILIARE VIA SIRLETO	1.534	1.279	1.218
DISTRETTO CATANZARO	CONSULTORIO FAMILIARE DI TAVERNA	165	46	18
DISTRETTO CATANZARO	CONSULTORIO FAMILIARE DI CATANZARO LIDO	1.596	1.413	1.071
DISTRETTO CATANZARO	CONSULTORIO FAMILIARE DI CROPANI	524	363	429
DISTRETTO LAMEZIA T.	CONSULTORIO FAMILIARE DI LAMEZIA TERME	3.867	3.446	2.566
DISTRETTO LAMEZIA T.	CONSULTORIO FAMILIARE DI MAIDA	717	550	666
DISTRETTO LAMEZIA T.	CONSULTORIO FAMILIARE DI SOVERIA MANNELLI	669	580	361
DISTRETTO SOVERATO	CONSULTORIO FAMILIARE DI BADOLATO	1.643	1.229	939
DISTRETTO SOVERATO	CONSULTORIO FAMILIARE DI CHIARAVALLE	1.146	971	1.020
DISTRETTO SOVERATO	CONSULTORIO FAMILIARE DI GIRIFALCO	661	601	418
DISTRETTO SOVERATO	CONSULTORIO FAMILIARE DI SOVERATO	1.312	1.188	1.180
TOTALE AZIENDA		15.442	13.341	11.496

## Neuropsichiatria di Soverato

PRESTAZIONI	2017	2018	2019
PRIMI ACCESSI	68	59	73
MINORI Legge 104/92	222	220	265
MINORI SOTTOPOSTI AD AUTORITA' GIUDIZIARIA	6	7	12
INTERVENTI RIABILITATIVI	5216	6125	6208

## Neuropsichiatria di Lamezia Terme

PRESTAZIONI	2017	2018	2019
NUOVI PAZIENTI	190	200	200
PAZIENTI GIA' IN CURA	967	1145	1335
PAZIENTI TOTALI	1157	1345	1535

## Neuropsichiatria di Catanzaro

PRESTAZIONI	2017	2018	2019
PRIMI ACCESSI	420	310	220
MINORI Legge 104/92	600	550	577
MINORI SOTTOPOSTI AD AUTORITA' GIUDIZIARIA	40	36	43
PAZIENTI TOTALI	1060	896	840

Sarebbe auspicabile realizzare una Rete per la Neuropsichiatria di Area Centro che abbia il suo focus nella creazione/implementazione di posti letto di degenza ordinaria.

## Salute Mentale

Anche l'area della salute mentale ha nel tempo visto la perdita di professionalità che, messe in quiescenza, non sono state reintegrate a causa del blocco del turnover. Tale situazione ha determinato un sovraccarico produttivo, che ha imposto la definizione di programmi operativi annuali dedicati agli ambiti di tutela più rilevanti. In tale contesto di rilevante criticità, le équipe hanno operato cercando di garantire al meglio l'erogazione delle prestazioni e dei programmi correlati agli obiettivi di budget assegnati.

CENTRO DI SALUTE MENTALE	2017	2018	2019
CSM AMBULATORIO CHIARAVALLE	177	188	178
CSM CATANZARO	2.537	2.293	2.224
CSM CATANZARO PRESIDIO CZ LIDO	1.506	1.351	962
CSM LAMEZIA TERME	1.790	1.765	1.545
CSM PRESIDIO DI GIRIFALCO	262	184	146
CSM SOVERATO PRESIDIO DI MONTEPAONE	2.145	1.979	1.926
CSM REVENTINO	586	568	396
SRP GIRIFALCO (EX CTR)	32	28	19
SRP PALERMITI (EX CTR)	7	6	4
TOTALE AZIENDA	9.042	8.362	7.400

Le attività dipartimentali si sono concentrate su una più precisa individuazione delle aree di bisogno prioritarie (area esordi - area disturbi comuni - area disturbi gravi persistenti e complessi) e sulla metodologia (percorsi di cura/programmi innovativi) sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico. In particolare sono stati avviati interventi territoriali di continuità assistenziale, di integrazione delle reti naturali, interventi precoci di presa in carico, di integrazione con MMG e PLS, con i consultori, comunità terapeutiche, strutture residenziali sociosanitarie, centri semi residenziali terapeutici.

## Vaccinazioni

L'Azienda ha promosso ed eseguito le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal Piano Nazionale Vaccini del Ministero della Salute, nella promozione delle campagne di *prevenzione collettiva, nella profilassi internazionale e nel controllo delle malattie trasmissibili*.

E' stata migliorata la gestione dell'esistente anagrafe vaccinale sugli ambulatori aziendali grazie ad un sistema informatizzato collegato con le anagrafi comunali.

L'informatizzazione ha consentito una più corretta conduzione dei programmi vaccinali e l'aumento delle coperture vaccinali. La campagna vaccinale antinfluenzale-antipneumococcica è stata svolta nella stessa modalità organizzativa dello scorso anno (collaborazione dei MMG) e ad una percentuale di copertura uguale all'anno precedente ottenendo un risultato soddisfacente.

Le vaccinazioni anti-haemophilus, antipneumococcica dell'infanzia, antimeningococcica di tipo C fino al 5° anno di vita hanno consentito di superare la copertura del 97% per l'anti-haemophilus, insieme ai vaccini obbligatori, contribuendo ad una significativa riduzione del numero dei casi di malattia.

E' in itinere la campagna antinfluenzale stagione 2020/2021, in stretta sinergia e collaborazione con MMG e PLS. La vaccinazione antinfluenzale dovrebbe avere secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un obiettivo di copertura minimo del 75% e del 95% come obiettivo ottimale negli over 65 e gruppi a rischio.

Nel contesto dell'attuale pandemia correlata al Coronavirus, la vaccinazione antinfluenzale aiuta in particolare a fare diagnosi differenziale rispetto al Covid-19 ma soprattutto, a giudicare da alcune evidenze, sembrerebbe aumentare la risposta immunitaria complessiva fornendo un'arma di difesa in più contro la malattia da SARS-CoV-2.

## Screening Oncologici

Permangono le criticità di interfacciamento con i software di refertazione nonché l'utilizzo di una anagrafe non aggiornata. In tale contesto sono peggiorati i valori di estensione, adesione e copertura dei tre programmi di screening, così come si rileva dalla seguente tabella:

SCREENING	ANNI	CERVIC	MAMMOGRAFICO	COLONRETTALE
TARGET	2017	33.674	25.554	49.687
	2018	33.529	25.827	50.090
	2019	33.235	25.987	50.090
	2020 (gen.-ott.)	32.273	26.181	50.646
INVITI	2017	35.007	12.076	17.414
	2018	21.184	3.022	6.933
	2019	20.506	4908	8.081
	2020 (gen.-ott.)	9.735	1284	223

<b>ESAMI</b>	2017	10.154	5.550	5.474
	2018	6.157	2.555	2.510
	2019	4.557	3.330	1.975
	2020 (gen.-ott.)	2.804	504	154
<b>COPERTURA</b>	2017	30,15%	21,72%	11,02%
	2018	18,36%	9,89%	5,01%
	2019	13,71%	12,81%	3,93%
	2020 (gen.-ott.)	8,69%	1,93%	0,30%

### 3.3 Il Contesto Normativo di Riferimento

In uno scenario nazionale e regionale caratterizzato da una razionalizzazione dei costi, gli impulsi normativi per il contenimento della spesa sanitaria sono stati numerosi ed hanno comportato la riorganizzazione dei servizi sanitari delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Particolare rilevanza ha assunto nella programmazione sanitaria regionale il piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale (Piano di Rientro) e dei connessi decreti operativi, ai quali si aggiungono i DCA per interventi rivolti al contenimento della pandemia da COVID-19.

Questi costituiscono il fondamento normativo e regolamentare per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata in ambito regionale, in quanto incidono sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell'offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introducono chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

Le linee di intervento che il Piano di Rientro ha delineato possono essere così sintetizzate:

- progressivo spostamento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso l'accorpamento e la riconversione di presidi ospedalieri sottoutilizzati;
- superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungodegenza e postacuzie;
- potenziamento delle terapie intensive e semintensive e posti letto per pazienti COVID stabilizzati;
- riduzione della mobilità sanitaria passiva extraregionale;

- progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico che organizzativo;
- introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende;
- attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche, che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell'informatizzazione dei flussi;
- istituzione e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi territoriali.

### 3.4 Fattori critici

Sebbene l'Azienda risulti ben configurata geograficamente e abbastanza ben articolata, il suo principale punto di debolezza è rappresentato paradossalmente dall'insistenza sul territorio di propria competenza dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini. Queste infatti, cui vengono riconosciute tutte le prestazioni erogate, non hanno l'obbligo di dover preventivamente negoziare volumi e tipologie delle prestazioni da erogare e tale circostanza grava significativamente sull'assegnazione finanziaria all'Azienda Sanitaria.

Altro fattore di criticità è rappresentato dalla presenza di quattro Strutture private accreditate per prestazioni di ricovero ospedaliero alle quali sono riconosciuti tetti di spesa definiti in sede regionale con ridotte possibilità per l'Azienda di valorizzare la contrattazione in relazione all'effettivo fabbisogno.

Una significativa criticità aziendale è rappresentata da un considerevole deficit di bilancio relativo ai tre Presidi Ospedalieri a gestione diretta, anche se con diverse motivazioni e valori, che mette in evidenza un rapporto inefficiente tra attività e costi di gestione.

Il risultato di esercizio dei Presidi a gestione diretta rileva un forte squilibrio tra costi e ricavi ma mostra, anche per le azioni correttive gestionali avviate, una tendenza al miglioramento. Pertanto, si ritiene fondamentale un incremento delle attività, principalmente chirurgiche, correlato alle necessità dei relativi bacini di utenza, alle analisi delle fughe, agli accordi con le aziende ospedaliere pubbliche dell'area ed ai contratti con gli erogatori privati accreditati. Tale azione programmatica, seppur ostacolata dalla grave emergenza epidemiologica da Covid-19, necessita, per essere realizzata, di risorse umane e tecnologiche nonché di investimenti che oggi non sono immediatamente disponibili ma programmabili nel medio periodo.

Il profilo organizzativo-gestionale definito per il Presidio di Soveria Mannelli (identificato come Ospedale di Zona Disagiata) determina, oltre alla negativa situazione economico-finanziaria,

anche problematiche connesse alla garanzia del livello assistenziale dell'emergenza-urgenza. Ipotesi riorganizzative maggiormente aderenti alle oggettive capacità di risposte clinico-assistenziali ed alle tipologie e volumi di attività erogate potrebbero consentire un più efficace utilizzo delle risorse ed un miglioramento del conto economico di Presidio, con conseguenti benefici anche per il bilancio aziendale. Su tale situazione si sta intervenendo sia sul medio che lungo periodo, avendo previsto, per l'anno in corso e limitatamente alla durata dell'emergenza epidemiologica correlata al COVID-19, n. 13 posti letto per pazienti stabilizzati; superata tale fase, l'Ospedale di Soveria Mannelli sarà valorizzato quale struttura pubblica per la riabilitazione cardiologica H 24 ed anche come Presidio per la diagnosi e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) H 24.

Un'altra area di razionalizzazione della spesa riguarda le postazioni di continuità assistenziale che oggi sono 60, con un costo di 9.200.000 euro circa, i cui volumi di attività non giustificano affatto l'attuale struttura organizzativa. Obiettivo prioritario dell'Azienda è aumentare gli standard di sicurezza ed evitare - anzi prevenire - disagi agli utenti nell'ottica di una revisione complessiva dell'offerta della rete territoriale, che superi definitivamente la logica della "vicinanza fisica" della postazione di riferimento e sia strutturata in stretta sinergia con la rete dell'emergenza-urgenza.

Pertanto, pur richiamando quanto previsto dall'ACN della Medicina Generale (AIR 2016), ovvero rapporto ottimale 1 medico ogni 3.500 residenti, qualsiasi strategia di revisione delle postazioni di continuità assistenziale, anche in ottemperanza ad apposito decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, non deve semplicemente puntare all'obiettivo di contenimento dei costi.

In relazione agli aspetti organizzativi dei servizi territoriali, si mette in evidenza un'organizzazione dei Poli sociosanitari territoriali in alcuni casi non adeguatamente coerente con i livelli minimi di attività, di assistenza e di servizi per la popolazione di riferimento. Criticità si rilevano sia rispetto alla tipologia di offerta di diagnostic sia rispetto alla presa in carico di pazienti con pluripatologie croniche che, ovviamente, in tale organizzazione non possono trovare risposte ai propri bisogni.

La precedente analisi riguarda anche l'organizzazione degli ambulatori di assistenza specialistica territoriale. In particolare si rilevano:

- frammentazione eccessiva degli ambulatori specialistici con difficoltà a concludere l'iter diagnostico terapeutico;
- sovrapposizione nei Poli, dove è collocato un presidio ospedaliero a gestione diretta, di ambulatori ospedalieri e territoriali con evidenti diseconomie di scala;
- impossibilità a poter attrezzare adeguatamente gli ambulatori territoriali con scarsa saturazione delle capacità produttive e consistenti scostamenti significativi del primo margine di contribuzione.

Le criticità del sottolivello assistenziale si rilevano in modo evidente dalla precedente tabella relativa al risultato economico dell'esercizio 2019 per Livelli Essenziali di Assistenza dove lo scostamento assoluto e percentuale del sottolivello Specialistica Ambulatoriale è molto elevato.

Analogo ragionamento deve essere rappresentato rispetto all'organizzazione degli Uffici Amministrativi, il cui personale è dislocato in diverse sedi aziendali: le relative frammentate funzioni non possono non avere ripercussioni sull'efficacia e l'efficienza delle attività sanitarie. In tale prospettiva i ristretti margini operativi del fattore di produzione costo del personale, anche in relazione alle dinamiche connesse al blocco del turn-over, obbligano ad una revisione di tutta la politica di gestione del personale. In tale direzione l'Azienda ha già definito una dotazione organica, non solo per macroarticolazione e unità operative, ma anche per singole funzioni e sottolivelli assistenziali coerentemente con il Regolamento generale di organizzazione e funzionamento connesso all'Atto Aziendale vigente. Tuttavia, quanto definito non trova ancora attuazione con una riallocazione interna del personale, con la conseguenza che l'assegnazione del personale non è sempre correlata al dimensionamento delle attività e dei servizi per unità operativa e per sede. Inoltre, l'eccessiva parcellizzazione sul territorio delle attività e delle strutture, soprattutto amministrative, non è sufficientemente giustificata dalla qualità/quantità delle attività e rappresenta una criticità aziendale, la cui risoluzione potrebbe consentire una riduzione del fabbisogno di personale ed orientarlo maggiormente alle effettive esigenze funzionali e operative dell'Ente.

Nonostante la spesa farmaceutica iscritta nel bilancio dell'Azienda per assistenza erogata tramite le farmacie convenzionate sia stata negli ultimi anni in costante riduzione e che a tale circostanza abbia contribuito l'incremento della distribuzione diretta alla dimissione, la distribuzione tramite duplice via e la distribuzione diretta dei farmaci in fascia H e dell'ossigeno, il valore assoluto rispetto alla spesa programmata in sede di Conferenza Stato-Regioni per il sottolivello assistenziale risulta ancora alto rispetto allo standard.

Il progetto regionale definito Sigemona, relativo alla gestione delle residenzialità, dell'assistenza domiciliare, della neuropsichiatria infantile, della salute mentale e della gestione dei relativi flussi informativi per tutte le aziende sanitarie della Regione, ha determinato a carico dell'ASP di Catanzaro costi per un importo di circa 4.000.000 senza alcuna compensazione infragruppo.

Anche i costi correlati all'attività di ricerca del Centro Regionale di Neurogenetica, istituito con apposita Legge Regionale, e dell'Associazione per la Ricerca Neurogenetica Onlus, prevista dalla stessa Legge Regionale, sono stati solo parzialmente finanziati negli anni determinando, anche in questo caso, costi aggiuntivi per l'Azienda.

Inoltre deve rappresentarsi la situazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), allo stato ubicato nel Presidio Ospedaliero Pugliese, transitato alle competenze dell'Azienda Sanitaria

Provinciale relativamente alla gestione del personale ed ai relativi costi (1.900.000,00 circa), mentre i ricavi connessi all'attività dello stesso servizio sono per intero attribuiti (circa 1.500.000 di euro) all'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio.

Ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal mancato introito negli anni della intera quota finanziata e delle perdite di esercizio che hanno continuato a determinare, seppur in maniera molto più contenuta rispetto al passato, una perdurante situazione di mancanza di liquidità. Tale circostanza non ha sempre consentito di far fronte ai pagamenti nei tempi previsti e continua a produrre contenzioso, con ulteriore aggravio della situazione finanziaria. Conseguentemente si sono determinati riflessi negativi sui conti aziendali per interessi moratori, rivalutazione monetaria e spese legali, nonché di oneri finanziari per interessi passivi (oltre 2 mln di euro) per un costante e necessario ricorso alle anticipazioni di cassa autorizzate dalla Regione e concesse dal Tesoriere.

La definizione dei budget economici da contrattualizzare con i privati accreditati a livello regionale, demandando a livello aziendale la definizione della tipologia di prestazioni da acquistare nell'ambito del tetto definito senza un preliminare accordo/negoziazione con le strutture pubbliche accreditate dell'area, rischia di invertire la logica del processo degli acquisti e di allocare impropriamente le risorse disponibili.

Non da ultimo si mette in evidenza che la valorizzazione della mobilità sanitaria extraregionale ed intraregionale, rappresentata nella tabella M, non trova spesso riscontro nei dati aziendali e negli stessi dati esposti sul portale regionale dei flussi.

Infine la gestione del contenzioso rappresenta un ulteriore punto critico che, dal momento e dalle circostanze che lo hanno generato, dalla rappresentazione nei vari gradi di giudizio, agli esiti, sia in relazione alle conseguenze procedurali ed organizzative aziendali che agli effetti finanziari e contabili, sta determinando gravi ripercussioni negative sulla conduzione dell'Azienda.

### **3.5 Punti di forza**

Accanto ai fattori critici, qui esaminati, vanno evidenziati alcuni punti di forza, che non possono non essere considerati nella definizione degli indirizzi strategici dell'Azienda.

Si rileva che il deficit registrato, oltre che imputabile a quanto rappresentato, deriva anche da una sottostima dei finanziamenti relativamente ai costi sostenuti per mobilità passiva.

Il costo del personale, per l'effetto del blocco delle assunzioni, continua a ridursi, anche se in alcuni settori sanitari la riduzione del personale sta determinando situazioni di particolare criticità per il mantenimento dei livelli di assistenza. L'inadeguatezza dei finanziamenti, anche se non imputabile all'Azienda, rappresenta un aspetto critico per una corretta politica degli investimenti e per l'adeguamento strutturale dei servizi; pertanto ulteriori risorse potranno essere ottenute sulla farmaceutica esterna, sul costo del personale e su una programmazione degli acquisti per beni e

servizi. Tra gli aspetti positivi si evidenziano una buona configurazione territoriale e un miglioramento dell'efficienza operativa dei Presidi che fanno registrare un buon tasso di occupazione dei posti letto, liste di attesa non particolarmente critiche ed una riduzione del deficit di bilancio. La gestione dei presidi ospedalieri, in particolare, si è concretizzata in una razionalizzazione e riorganizzazione dei posti letto, anche se non completamente realizzata.

Infine i processi di informatizzazione avviati e/o messi a regime ed i processi di programmazione e controllo, di responsabilizzazione della Dirigenza sulle competenze gestionali e la precisa definizione dei compiti e delle competenze, in quanto preconditione di un corretto governo aziendale, devono essere considerati elementi positivi, anche se non sufficienti, di un virtuoso utilizzo delle risorse disponibili.

#### Analisi dei Punti di Forza e di Debolezza

	Complessivi	Ospedale	Territorio	Gestione
<b>Punti di Forza</b>	Buon livello di innovazione	Dimensioni medie	Omogeneità del bacino di utenza	Orientamento al cambiamento
	Capacità di attrazione	Alcune aree di attrazione	Positivi rapporti con gli Enti Locali	Miglioramento delle capacità gestionali, con significativa attenzione alla trasparenza e tracciabilità degli atti e rigorosa applicazione della normativa antimafia
		Immagine in miglioramento di alcune aree		
	Complessivi	Ospedale	Territorio	Gestione
<b>Punti di Debolezza</b>	Significativa mobilità in uscita	Insufficienti investimenti	Insufficienti investimenti	Difficoltà ad operare nella logica della programmazione
	Assenza di una cultura aziendale unitaria	Età media elevata in vari profili professionali	Disomogeneità nell'area dell'integrazione sociosanitaria	Difficoltà ad operare in modo integrato e sistemico
	Organico inadeguato per alcuni profili	Produttività non elevata		Gestione del Contenzioso
	Assegnazione finanziaria	Logistica e requisiti di accreditamento		Gestione finanziaria

## II PARTE: VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

### 4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

#### **RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI**

Rete Ospedaliera	<p>Riqualificazione e messa a norma dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta</p> <p>Completamento della riorganizzazione dei servizi ospedalieri a gestione diretta coerenti con la programmazione regionale</p> <p>Implementazione dell'attività chirurgica in relazione al potenziamento delle tecnologie in uso e/o acquisizione di nuove (compatibilmente con l'emergenza Covid-19), attraverso anche la riorganizzazione dell'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale (APA)</p> <p>Adeguamento e qualificazione dei posti letto pubblici in base alla nuova definizione della rete</p> <p>Allineamento al tasso di occupazione standard</p> <p>Allineamento alla degenza media standard</p> <p>Allineamento alla degenza preoperatoria standard</p> <p>Avvio attività di ricovero del Polo integrato ASP/Inail di Lamezia Terme con la collaborazione, disciplinata da convenzione, dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro</p> <p>Messa a regime attività degenza ordinaria U.O.C. Oncologia</p> <p>Avvio attività degenza ordinaria U.O.C. Neurologia</p> <p>Sperimentazione gestionale Dipartimento trasmurale Cardiochirurgico-Cardiologico per il potenziamento dell'offerta sull'ambito provinciale per contenere la mobilità passiva</p>
------------------	---

Rete tempo dipendenti - rete sca - rete sindrome coronarica acuta	<p>Acquisto dei defibrillatori con trasmissione ECG</p> <p>Installazione dei defibrillatori sui mezzi di soccorso e sui punti di pronto soccorso dove assenti</p>
Rete dell'emergenza-urgenza	<p>Completamento della riorganizzazione della rete</p> <p>Completamento della sostituzione mezzi</p> <p>Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso</p>
Servizio Immunotrasfusionale	Piano di adeguamento aziendale in relazione alla organizzazione del sistema trasfusionale regionale
Rete Oncologica	Preso d'atto DCA n. 100/2020 - Approvazione PDTA per le principali patologie oncologiche con i relativi indicatori
Rete delle Malattie Rare	Attuazione rete per le malattie rare
Rete Riabilitazione e Lungodegenza	Attuazione rete di riabilitazione e lungodegenza
PDTA Sclerosi Multipla	Monitoraggio della attuazione del percorso attraverso una reportistica annuale
PDTA Diabete	Monitoraggio della attuazione del percorso
Percorso Nascita	Avvio lavori per ristrutturazione del Blocco Operatorio di Ginecologia Presidio di Soverato
Rete Assistenza Territoriale	<p>Istituzione Centrale Operativa Territoriale (COT) per la messa in rete di: Dipartimento Prevenzione, MMG, PLS, USCA, Postazioni di Continuità Assistenziale, UCCP, Servizio 118.</p> <p>Monitoraggio e controllo dell'utilizzo degli strumenti standardizzati per la rivalutazione continua dei pazienti presenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali</p> <p>Raggiungimento dei livelli soglia LEA</p>

	Interventi per l'integrazione territorio-ospedale: ridefinizione UCCP e AFT e relativi obiettivi Riorganizzazione della rete dei consultori
Terapia del Dolore	Implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali sul dolore neoplastico e sulle patologie algiche benigne
Gestione Emergenza Covid-19	Procedure e protocolli clinico-organizzativi Programmazione per l'approvvigionamento di lungo periodo dei dispositivi di protezione individuale (DPI)

#### **AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO E RAPPORTO CON GLI EROGATORI**

Rapporti con gli Erogatori	<p>Ridefinizione dei livelli massimi da acquistare dagli erogatori privati accreditati per prestazioni di ricovero ospedaliero</p> <p>Sottoscrizione dei contratti</p> <p>Verifica della applicazione metodologia appropriatezza definita con DPGR 5/2014</p> <p>Esecuzione dei controlli sugli indicatori e i valori standard secondo quanto disposto dal DPGR 53/2011</p> <p>Esecuzione dei controlli analitici in coerenza con quanto disposto dal DM 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche"</p> <p>Verifica appropriatezza delle prestazioni specialistiche</p> <p>Verifiche appropriatezza delle prestazioni residenziali</p>
----------------------------	--

## RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	<p>Ottimizzazione delle risorse sul territorio</p> <p>Ricollocazione del personale specialistico convenzionato (Veterinari)</p> <p>Definizione dei livelli efficienti per erogazione dei servizi</p> <p>Riorganizzazione delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione</p> <p>Monitoraggio dello stato di attuazione della catena di comando per ciascuna delle quattro aree della sicurezza alimentare e sanità veterinaria (SVET A-B-C e SIAN)</p> <p>Utilizzo evidenze dell'osservatorio epidemiologico</p> <p>Adeguamento di tutte le strutture adibite al ricovero dei cani randagi (canili sanitari e rifugi):</p> <p>Sterilizzazione dei cani randagi censiti</p> <p>Standardizzazione delle procedure aziendali</p> <p>Formazione degli Operatori</p> <p>Iscrizioni annuo alla BDR</p> <p>Monitoraggio controlli territoriali</p> <p>Azzeramento prevalenza di "Brucellosi e Tubercolosi" bovina, bufalina</p> <p>Azzeramento prevalenza di "Brucellosi" ovina e caprina</p> <p>Adeguamento delle anagrafiche alla Masterlist Reg. CE 852/2004" (secondo gli indirizzi del DCA n. 106/2014)</p>
---	--

Screening	<p>Incremento estensione, adesione e copertura per lo screening del cancro delle cervice uterina, della mammella e del colon retto</p> <p>Promozione della partecipazione consapevole e della rendicontazione sociale</p> <p>Realizzazione del Piano test HPV</p> <p>Coordinamento e lancio della campagna di comunicazione</p>
Copertura Vaccinale	<p>Copertura vaccinale nei bambini</p> <p>Lancio delle campagne informative (antinfluenzale, altre vaccinazioni)</p> <p>Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (<math>\geq 65</math> anni)</p>

#### BILANCIO E CERTIFICABILITA'

PAC Aziendali	<p>Riformulazione PAC Aziendali secondo le specifiche del DCA 212/2018 ed ulteriori modifiche ed integrazioni</p> <p>Definizione azioni e tempistiche dei PAC Aziendali e costante monitoraggio degli stessi</p>
Bilancio	<p>Applicazione procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n. 33/2016 ed ulteriori modifiche ed integrazioni</p> <p>Rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di equilibrio di bilancio</p>

## CONTABILITA' ANALITICA

Contabilità Analitica	<p>Mantenimento, nell'ambito del processo di programmazione e controllo aziendale, di apposita reportistica con la rappresentazione degli indicatori di sintesi di struttura</p> <p>Predisposizione di apposito prospetto di riconciliazione allo scopo di rilevare la coerenza delle due contabilità, Generale ed Analitica, che consenta nello stesso tempo di rilevare le incongruenze e le motivazioni che le hanno generate</p> <p>Attivazione cruscotto di controllo direzionale</p>
-----------------------	--

## SANITA' PENITENZIARIA

Percorsi di Superamento Ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari	<p>Completamento lavori per avvio attività della REMS regionale di Girifalco</p> <p>Esecuzione di iniziative formative sul disagio mentale in carcere e le interazioni fra i servizi aziendali dedicati ed i CSM</p>
Sanità Penitenziaria	Attivazione percorsi condivisi (Regione, Articolazioni del Ministero della Giustizia, Enti Locali, Terzo Settore) di riabilitazione e recupero sociale

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gestione del rischio clinico	<p>Predisposizione di un piano di comunicazione interprofessionale all'interno dei Dipartimenti per la corretta applicazione di procedure per la prevenzione/riduzione degli eventi avversi</p> <p>Monitoraggio annuale della implementazione di tutte le raccomandazioni ministeriali precedentemente recepite e applicate</p> <p>Monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria al fine di contenere gli eventi avversi e gestire adeguatamente il contenzioso</p> <p>Continua attività di audit circa gli eventi sentinella, eventi avversi e contenziosi maggiormente significativi</p> <p>Definizione di linee guide, protocolli e procedure di risk management</p>
------------------------------	---

## CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Farmaci sottoposti a note limitative AIFA, farmaci del sistema cardiovascolare, eparine a basso peso molecolare, antinfiammatori, farmaci dell'apparato respiratorio, farmaci per il diabete, farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna, antibiotici, emoderivati	<p>Monitoraggio attraverso le farmacie territoriali dell'andamento dei consumi dei farmaci sottoposti a note AIFA</p> <p>Analisi della qualità dei dati dei flussi e dei consumi farmaceutici in ambito territoriale</p> <p>Condivisione PDTA con Centri prescrittori, integrati con linee guida di appropriatezza prescrittiva per patologie che prevedono l'utilizzo di farmaci biologici/innovativi in area reumatologica, gastroenterologica, dermatologica, sclerosi multipla, terapie per la sterilità, maculopatie ed epatite C</p>
---	--

<p>Ulteriore promozione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti e monitoraggio dell'attività prescrittiva anche con il supporto del sistema tessera sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, lett. b) del DL 78/2010</p>	<p>Attuazione delle Rete Farmaceutica prevista nel DCA 130/15 per l'assolvimento delle funzioni di governo dei processi e la gestione delle attività di monitoraggio della spesa farmaceutica per farmaci e dispositivi medici di competenza</p> <p>Monitoraggio dei consumi di farmaci a Brevetto Scaduto e farmaci non a Brevetto Scaduto per gli ATC di cui ai DPGR nn. 37/14, 47/14 e 66/15</p> <p>Monitoraggio per la descrizione del profilo prescrittivo dei Medici, costituito dai principali indicatori di appropriatezza, utilizzando anche il set di indicatori di controllo disponibili su Tessera Sanitaria approvato con DPGR n. 37/14</p> <p>Monitoraggio e verifica attività delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD) in coerenza con quanto previsto dal regolamento regionale DCA 66/15</p> <p>Monitoraggio dell'applicazione della ricetta dematerializzata con particolare riferimento al DM del 14/11/2015 pubblicato su GU 303/15</p>
<p>Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale</p> <p>Appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici</p> <p>Conoscenza del miglior profilo rischio/beneficio</p> <p>Monitoraggio andamento dei consumi e delle prescrizioni dei farmaci sottoposti a registri di monitoraggio AIFA e note AIFA</p>	<p>Monitoraggio e analisi delle prescrizioni e dell'andamento dei consumi dei farmaci sottoposti a registri di monitoraggio e a note AIFA con riferimento all'appropriatezza e all'aderenza e all'applicazione delle attività di rimborso condizionato nelle procedure negoziali stabilite da AIFA</p> <p>Rendicontazione dell'applicazione del DCA 137/15, di modifica al DPGR 38/12 con report trimestrali</p>

	<p>Monitoraggio della attuazione delle procedure informatiche relative alla logistica, alla gestione dei magazzini e alla prescrizione informatizzata al fine di consentire per farmaci e dispositivi la tracciabilità dei percorsi dalla fase di stoccaggio a quella di somministrazione/consumo fino ad arrivare alla dose unitaria</p> <p>Analisi della qualità dei dati dei flussi e dei consumi farmaceutici in ambito ospedaliero</p> <p>Monitoraggio delle attività di farmacovigilanza attiva e adozione di iniziative di informazione indipendente sui farmaci, contrasto alle acquisizioni di farmaci nell'ambito di attività promozionali che condizionano la prescrizione territoriale</p>
--	--

## ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

<p>Beni e Servizi</p>	<p>Integrazione del piano del fabbisogno 2021 relativo all'acquisto di beni e servizi</p> <p>Monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti Consip come da disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi previste dall'art. 2, comma 1, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, nonché dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge 78/09</p> <p>Per le categorie di costo a maggiore impatto sul conto economico, per le quali non sono ancora in corso affidamenti centralizzati, si prevede di attuare le seguenti attività:</p> <p>I) Ricognizione dei Servizi Appaltati (manutenzioni, servizi alberghieri, etc) onde consentire attraverso l'utilizzo della Stazione Unica Appaltante (SUA) la omogeneizzazione dei servizi per predisporre capitolati tecnici di gara unici a livello regionale</p> <p>II) Servizi utenze: analisi puntuale dei contratti in essere e attivazione di procedure Consip/MEPA per abbattere i relativi costi</p>
	<p>III) Ricognizione per altri Servizi Sanitari e non, individuando maggiori elementi di spesa per la successiva definizione delle azioni e degli interventi da porre in essere</p> <p>IV) Ricognizione dei Canoni per noleggio, individuando maggiori elementi di spesa per la successiva definizione delle azioni e degli interventi da porre in essere</p>

Azioni specifiche sui dispositivi medici	<p>Monitoraggio dell'utilizzo dei dispositivi e verifica di eventuali variazioni degli standard</p> <p>Adeguamento del repertorio dei dispositivi medici</p> <p>Elaborazione di linee guida per la standardizzazione ed utilizzo di procedure per la gestione dei costi sopravvenuti a seguito di eventi eccezionali</p> <p>Definizione del fabbisogno complessivo per categoria di dispositivo</p>
Assistenza Integrativa Protesica	<p>Istituzione Commissioni di appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della stessa</p> <p>Elaborazione per ogni categoria merceologica di regole di gestione logistica dei beni</p> <p>Uso a regime del sistema di gestione informatica del materiale non consumabile con evidenza dell'utilizzatore, disponibilità e stato di utilizzo</p>

#### **GESTIONE DEI PAGAMENTI**

Gestione dei pagamenti	<p>Costituzione di un Gruppo di Lavoro presieduto dal Direttore Amministrativo, che si occupi della gestione dei pagamenti del debito pregresso</p> <p>Monitoraggio dei tempi medi di pagamento, attraverso l'attivazione di flussi mensili relativi al dettaglio dei pagamenti e al registro di cassa</p>
------------------------	--

	<p>Definizione di piani di pagamento trimestrali coerenti con le rimesse ordinarie e con i trasferimenti delle altre risorse destinate alla copertura dei disavanzi (premierità residue e fiscalità che si renderanno disponibili)</p> <p>Utilizzo del sistema di monitoraggio e controllo centralizzato dei pagamenti ordinari dell'Azienda:</p> <p>I) Definizione di flussi informativi sulla rendicontazione dei pagamenti</p> <p>II) Implementazione procedure di analisi degli scadenziari fornitori</p> <p>III) Implementazione procedure di verifica dell'allineamento pagamenti/partitario/Co.Ge.</p> <p>IV) Implementazione procedura di verifica della completa alimentazione sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC)</p>
Gestione degli investimenti con contributi in C/esercizio	Adozione del Piano degli investimenti aziendali

#### FONDI DI INVESTIMENTO

Programma di Potenziamento per Innovazione Tecnologica	Avvio delle attività di acquisto secondo il DCA 183/2020
Programma Nazionale per la Realizzazione di Strutture per Cure Palliative (L. 39/1999)	Approvazione dello studio di fattibilità Realizzazione degli interventi programmati
Programma Investimenti ex Art. 20, L. 67/88 Adeguamento alla Normativa Antincendio	Realizzazione degli interventi

#### GESTIONE DEL PERSONALE

Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale	Applicazione delle norme in materia di reclutamento del personale, anche con i fondi Covid di cui al DCA n. 103/2020 come integrato dal DCA n. 136/2020
Stabilizzazione del personale precario del SSR ai sensi del DPCM 6/03/2015 recante "Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto Sanità"	Avvio delle procedure per la stabilizzazione del personale precario

<p>Adempimenti Legge 30/10/2014 n. 161: orario di lavoro del Personale delle Aziende del SSR</p>	<p>Adozione delibera aziendale per la modifica dell'orario di lavoro per la riorganizzazione interna a ciascun reparto e/o servizio</p> <p>Predisposizione di un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni della Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'art. 14. L. 161/14</p>
<p>Disciplina per l'utilizzo dell'istituto dell'acquisto di prestazioni aggiuntive ex art. 55, comma 2 dei CCNLL delle medesime Aree</p>	<p>Monitoraggio della spesa per prestazioni aggiuntive</p>
<p>Ricollocazione del personale inidoneo alla mansione specifica e verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione</p>	<p>Verifica del personale soggetto a limitazioni</p> <p>Verifica del personale valutato "non idoneo" e riclassificato</p> <p>Verifica del personale che usufruisce del beneficio della L. 104/1992</p> <p>Report semestrali relativi allo stato di attuazione delle disposizioni contenute nell'accordo recepito con DCA 11/15</p>
<p>Adempimenti art. 1 comma 236, L. 208/15 - Fondi della contrattazione integrativa</p>	<p>Costituzione fondi</p>
<p>Conferimento di tutti gli incarichi della Dirigenza e del Comparto</p>	<p>Incarichi dirigenziali struttura</p> <p>Incarichi dirigenziali perdenti posto</p> <p>Incarichi di funzione comparto</p> <p>Incarichi di organizzazione comparto</p>
<p>Valutazioni incarichi dirigenziali</p>	<p>Completamento valutazioni dirigenziali professionali - comportamentali</p>

**LEA**

Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Valutazione attività in riferimento al programma nazionale valutazione esiti  Azioni di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
---	---

**FLUSSI INFORMATIVI**

Sistemi Informativi	Uso a regime Sistemi Contabili  Uso a Regime Sistemi Amministrativi  Uso a Regime Sistemi del Personale  Uso a Regime ADT e SDO  Uso a Regime Specialistica Privata  Uso a Regime Anagrafe Assistiti ed Esenti  Uso a Regime Assistenza Protesica  Uso a Regime Dispositivi Medici  Uso a Regime CUP integrato  Uso a Regime Registri di Patologia
Tessera Sanitaria e Dematerializzazione della Ricetta	Ricognizione delle criticità e degli interventi necessari da attuare  Monitoraggio dell'avanzamento e della completa risoluzione delle criticità oltre che dei dati di TS

## 5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nel medio e lungo periodo sono stati elaborati obiettivi strategici per l'Azienda: in particolare, si sono programmati investimenti infrastrutturali, in tecnologie, sul personale ed obiettivi di risparmio come **il contenimento dei fitti passivi** attraverso l'utilizzo di immobili nella disponibilità della stessa ASP o di Enti Pubblici.

Con delibera n. 733 del 3.11.2020 si è proceduto ad assumere personale medico, infermieristico e tecnico per far fronte all'emergenza COVID: di seguito la tipologia di personale assunto:

DCA 136/2020 - TABELLA 1: Articolo 1 comma 4 "Potenziamento personale territoriale per ADI"	personale da assumere fino del 16/11/2020 al 31/01/2021	COSTO ANNUO PER UNITA'	COSTO ANNUO COMPLESSIVO	Numero mesi/anzianità	COSTO NOV.DIC. 2020 - GEN 2021	TOTALE COSTO	RIPARTO ART. 1, COMMA 4, D.L. 34/2020	DIFFERENZA
Medici Cardiologi	11	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	158.080,58 €	158.080,58 €		
Medici Cure Palliative	9	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	129.338,65 €	129.338,65 €		
Medici Geriatri	15	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	215.564,42 €	215.564,42 €		
Medici Infettivologi	12	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	172.451,54 €	172.451,54 €		
Medici Medicina Interna	10	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	143.709,62 €	143.709,62 €		
Medici Pneumologi	15	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	215.564,42 €	215.564,42 €		
Medici Rianimatori	10	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	143.709,62 €	143.709,62 €		
Medici di Neuropsichiatria Infantile	9	74.729,00	448.374,00 €	2,5 mesi	129.338,65 €	129.338,65 €		
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	8	36.250,30	217.501,80 €	2,5 mesi	55.769,69 €	55.769,69 €		
GSS	25	28.287,48	169.724,88 €	2,5 mesi	135.997,50 €	135.997,50 €		
Operatore tecnico Professionale per le attività di sanificazione/disinfezione degli ambienti ed automezzi	4	28.136,90	168.817,80 €	2,5 mesi	21.643,31 €	21.643,31 €		
<b>TOTALI</b>	<b>128</b>				<b>1.521.168,00 €</b>	<b>1.521.168,00 €</b>	<b>1.523.727,30</b>	<b>2.559,30</b>
<b>DCA 103/2020 - Allegato A: "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale" - TABELLE 5 e 6: Articolo 8 "Impatto economico"</b>								
	personale da assumere fino del 16/11/2020 al 31/01/2021	COSTO ANNUO PER UNITA'	COSTO ANNUO COMPLESSIVO	Numero settimane	COSTO NOV.DIC. 2020 - GEN 2021	TOTALE COSTO	RIPARTO D.L. 34/2020	DIFFERENZA
Infermieri (35 ore sett. a 30,00 € l'ora)	56	55.850,00	3.116.400,00 €	11 settimane	646.800,00 €	646.800,00 €		
Assistenti Sociali (24 ore sett. A 30,00 € l'ora)	4	38.160,00	152.640,00 €	11 settimane	31.680,00 €	31.680,00 €		
<b>TOTALI</b>	<b>60</b>				<b>678.480,00 €</b>	<b>678.480,00 €</b>	<b>1.973.760,00</b>	<b>1.295.280,00</b>
<b>DCA 136/2020 - TABELLA 3: Articolo 1 comma 8 "Centrali operative"</b>								
	personale da assumere fino del 16/11/2020 al 31/01/2021	COSTO ANNUO PER UNITA'	COSTO ANNUO COMPLESSIVO	Numero mesi	COSTO NOV.DIC. 2020 - GEN 2021	TOTALE COSTO	RIPARTO ART. 1, COMMA 4, D.L. 34/2020	DIFFERENZA
Medici 138	23	74.729,00	448.374,00 €	1,5 mesi	206.652,75			
<b>TOTALI</b>	<b>23</b>					<b>206.652,75</b>	<b>207.025,36</b>	<b>372,61</b>

Inoltre con delibera nr. 758 del 10.11.2020 sono stati assunti n. 64 infermieri per fronteggiare l'emergenza COVID ed assegnati agli Istituti Scolastici dell'intero ambito provinciale.

Il Piano degli Investimenti Infrastrutturali per l'ammodernamento delle strutture e degli ospedali dell'ASP di Catanzaro è riportato nel seguente prospetto riepilogativo.

Descrizione dell'intervento	Livello di priorità (7)	STIMA DEI COSTI DELL'INTERVENTO (8)							Apporto di capitale privato (11)	
		Primo anno	Secondo anno	Terzo anno	Costi su annualità successive	Importo complessivo (9)	Valore degli eventuali immobili di cui alla scheda C collegati all'intervento (10)	Scadenza temporale ultima per utilizzo dell'eventuale finanziamento derivante da contrazione di mutuo	importo	Tipologia
		valore	valore	valore	valore	valore	valore	data	valore	Tabella D.4
Blocco Operatorio Ginecologia	1		300.000,00			300.000,00				
Completamento progetto di riordino della rete ospedaliera in emergenza covid P.P. OO. Lamezia Terme	1	2.900.000,00	1.125.885,05			3.125.885,05				
Lavori di manutenzione straordinaria per messa in sicurezza del blocco operatorio del P.O. di Soverato (compresa pressione negativa in sala operatorie)	1	200.000,00				200.000,00				
Potenziamento area cardiologia/vascolare e area endoscopica e blocchi operatorio Lamezia Terme (compresa pressione negativa in sala operatoria), compreso trasferimento ostetrica/ginecologia su piastra	1	2.400.000,00	1.000.000,00			3.400.000,00				
Realizzazione nuova costruzione POLT	1	870.000,00	500.000,00			1.170.000,00				
Realizzazione nuova costruzione POLT	1	500.000,00	500.000,00			1.000.000,00				
Realizzazione camera calda e rampa di accesso PD Soverato	1	113.100,00				113.100,00				
Adeguamento percorsi e camera calda di biocontenimento PD Soverato	1	75.400,00				75.400,00				
Realizzazione PS pre triage con annessi servizi	1	500.000,00	284.180,00			784.180,00				
Ristrutturazione ammodernamento Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme	1	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	11.600.000,00	17.000.000,00				
Ristrutturazione ammodernamento Presidio Ospedaliero Soverato	1	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	3.435.000,00	9.435.000,00				
Ristrutturazione ammodernamento Presidio Ospedaliero Soveria Mannelli	1	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.500.000,00	8.500.000,00				
Adeguamento antincendio Polt Lamezia Terme	1	1.500.000,00				1.500.000,00				
Adeguamento antincendio Presidio Ospedaliero Soverato	1	1.650.000,00				1.650.000,00				
Adeguamento antincendio Presidio Ospedaliero Soveria Mannelli	1	1.500.000,00				1.500.000,00				
Adeguamento sismico Polt Lamezia Terme	1	2.000.000,00	6.000.000,00	4.200.000,00	4.000.000,00	16.200.000,00				
Adeguamento sismico Presidio Ospedaliero Soverato	1	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	2.021.980,00	5.021.980,00				
Adeguamento sismico Presidio Ospedaliero Soveria Mannelli	1	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.025.000,00	4.025.000,00				

Il DCA n. 183 del 19.12.2020 assegna all'ASP di Catanzaro un finanziamento per il rinnovo dell'alta tecnologia, in particolare vengono sostituite la TAC e la RMN del P.O. di Lamezia Terme, ed inoltre verrà acquistata una nuova TAC per il Pronto Soccorso del PO di Lamezia. Sul Territorio, invece, verrà potenziata la radiologia del Polo di Catanzaro Lido con l'acquisto di una nuova TAC.

Al fine di poter fronteggiare adeguatamente l'emergenza epidemiologica in atto correlata all'infezione da SARS-CoV-2, nel **Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme** è stata allestita un'Area Covid dotata di 20 pl e con una capacità di massimo 30, operativa in sinergia con i 2 HUB di Catanzaro e le altre Strutture insistenti nell'intera area centrale.

Nel corso del 2020, presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme, sono stati attivati i posti letto di degenza ordinaria di pertinenza dell'U.O.C. di *Oncologia*, in maniera tale da poter assicurare ai pazienti affetti da neoplasie e bisognosi di ricovero un'assistenza specialistica qualificata H24. Medesimo percorso verrà intrapreso per l'U.O.C. di *Neurologia* i cui posti letto di degenza ordinaria, limitatamente ad una temporanea fase di avvio, saranno allocati nell'ambito dell'Area Internistica.

A seguito della emanazione del DCA n. 91 del 18/06/2020 presso il Presidio di Lamezia è prevista la realizzazione di un edificio nell'area esterna, in prossimità del Pronto Soccorso e a questo collegato tramite un tunnel: il piano terra accoglierà un *nuovo Pronto Soccorso* con radiologia tradizionale e Tc; al primo piano sono previsti 6 pl di *Terapia Intensiva* (aggiuntivi rispetto ai 12 pl di TI già presenti nel Presidio), di cui 1 pl di *Terapia Intensiva Pediatrica*, e 6 pl di *Terapia Semintensiva*.

Sempre nel 2020 si è dato corso alla stipula di una **convenzione tra ASP ed Università Magna Graecia di Catanzaro** per la creazione di un Laboratorio di valutazione funzionale, innovazione e ricerca a supporto delle prestazioni di **Medicina Fisica e Riabilitativa**. La convenzione dovrà perseguire le seguenti finalità:

- elaborare specifici protocolli riabilitativi di prevenzione e cura nel campo della neurologia e dell'ortopedia;
- collaborare in progetti di ricerca e attività scientifiche relative agli ambiti della Medicina Fisica e Riabilitativa;
- organizzare attività seminariali e laboratori tematici nel campo della riabilitazione.

Grazie alla convenzione con l'UMG ed alle intese programmatiche con la Direzione Generale dell'INAIL, l'Azienda intende perseguire l'obiettivo dell'attivazione di posti letto di degenza ordinaria presso il Polo ASP/INAIL di Lamezia Terme, dotato di apparecchiature elettromedicali di ultima generazione, alcune delle quali acquisite di recente dalla stessa ASP.

E' in fase di valutazione una ipotesi di *sperimentazione gestionale* che trova il suo fondamento nella istituzione del Dipartimento Transmurale Pubblico-Privato di **Cardiologia – Cardiochirurgia – Riabilitazione Cardiologica**. Tale progetto innovativo permetterebbe al paziente cardiopatico di essere seguito durante tutto il suo percorso, dall'arrivo in ospedale fino alla sua dimissione, assicurando non solo le cure più moderne, interventistiche o cardiocirurgiche, ma anche la riabilitazione cardiologica. Ciò assicurerebbe una ripresa clinica precoce e una maggiore sicurezza dei percorsi, avendo come obiettivi:

- a) presa in carico globale del paziente con miglioramento della qualità percepita
- b) aumento dell'offerta in ambito provinciale con recupero della mobilità passiva

Il Dipartimento si basa su una sperimentazione gestionale il cui elemento fondante è rappresentato dall'integrazione pubblico-privato tra la Cardiologia e la Cardiochirurgia presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme ed il Sant'Anna Hospital di Catanzaro, nonché sulla disponibilità di spazi adeguati all'interno del Presidio Ospedaliero di Soveria Mannelli, da destinarsi alla riabilitazione cardiologica.

In pratica al Dipartimento potrebbero afferire le seguenti strutture:

- Cardiologia con UTIC nel P.O. di Lamezia, che gode di una posizione strategica centrale in Calabria, facilmente accessibile con ogni tipo di collegamento (autostradale, aereo, ferroviario), nonché dotato di area destinata all'atterraggio degli elicotteri.
- Cardiochirurgia - che oggi afferisce al Sant'Anna Hospital - verrebbe integrata nell'offerta di servizi/prestazioni in capo al Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme.
- Degenza ordinaria, day hospital, attività ambulatoriale, palestre attrezzate allocati nel P.O. di Soveria Mannelli, da inserire nella struttura complessa di Cardiologia con UTIC.

Il **Presidio Ospedaliero di Soveria Mannelli**, finita l'emergenza COVID, verrà trasformato in *Riabilitazione Cardiologica*, con degenza ordinaria, day hospital, attività ambulatoriale, palestre attrezzate, sotto la diretta responsabilità della struttura complessa di Cardiologia con UTIC del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme. Inoltre verrà attivato un percorso per le sindromi *Disturbi del Comportamento Alimentare* (DCA), multidisciplinare e multiprofessionale, anche con ricoveri h 24, in considerazione della circostanza per cui in Italia due milioni di ragazzi soffrono di tali disturbi, mentre ogni anno nel mondo decine di milioni di giovani si ammalano. Su cento ragazze in età adolescenziale, dieci soffrono di disturbi legati all'alimentazione, una o due sono affette dalle forme più gravi, come l'anoressia e la bulimia, mentre le altre da manifestazioni cliniche transitorie.

Il **Presidio Ospedaliero di Soverato** necessita inderogabilmente di processi di ristrutturazione finalizzati al suo adeguamento funzionale e messa a norma. A seguito della emanazione del DCA n. 91 del 18/06/2020, oltre agli investimenti infrastrutturali di cui al precedente prospetto relativi al *Blocco di Ginecologia*, al *Pronto Soccorso* e alle *Sale Operatorie di Chirurgia Generale ed Ortopedia*, saranno realizzati anche due posti letto di *Terapia Semintensiva* allo scopo di garantire l'erogazione in sicurezza, per Pazienti ed Operatori, delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

#### **Rete Territoriale,**

Facendo seguito agli appositi Decreti del Commissario ad Acta, si è provveduto alla rivisitazione della stessa con i provvedimenti di seguito specificati:

- delibera n. 336 dell'1/06/2020
- delibera n. 471 del 30/07/2020
- delibera n. 770 del 12.11.2020

**Casa della Salute di Chiaravalle Centrale.** Il progetto di riconversione prevede la ricostruzione dell'ex Presidio Ospedaliero del SAN BIAGIO per porre le basi di una Casa della Salute più funzionale attraverso la realizzazione di tre edifici distinti. L'edificio A, di nuova costruzione, dislocato nella porzione Sud-Ovest dell'area oggetto di intervento, costituirà il centro del presidio ospedaliero, ospitando al suo interno la maggior parte delle funzioni previste per le erogazioni prestazionali. Negli edifici B e C sul confine Sud-Est dell'area, oggetto di ristrutturazione, verranno ospitate le funzioni specialistiche ed in particolare per la realizzazione del PPI e degli ambienti di pertinenza della Guardia Medica e del centro operativo 118.

L'importo complessivo dell'intervento è pari ad 8.100.000,00 euro a valere sulle risorse del Piano di Azione Coesione (PAC) 2014/2020 della Regione Calabria. Ad oggi lo stato di attuazione della procedura è il seguente:

- Il RUP è stato individuato;
- E' stato sottoscritto Piano di Attivazione (PEA) con INVITALIA che dovrà svolgere la gara per l'aggiudicazione dei lavori;
- E' in corso di perfezionamento, con INVITALIA, il Piano di Attivazione, con due ulteriori documenti che completeranno quanto già sottoscritto.

## **Telemedicina**

L'esigenza primaria da perseguire in qualsiasi Sistema Salute deve essere la garanzia di fornire alla popolazione un'assistenza continua h 24 per tutti i giorni della settimana. L'obiettivo principale ed ineludibile è quello di assicurare all'ambito territoriale di riferimento dell'ASP di Catanzaro intersettorialità e integrazione degli interventi, nella governance e nella gestione del Welfare Sanitario e Socio-assistenziale, soprattutto in funzione di emergenze pandemiche di cui al COVID-19.

Nell'ASP di Catanzaro, grazie ai finanziamenti su Fondi FESR, si potrà attuare la telemedicina per portare al domicilio del paziente quegli strumenti utili per il monitoraggio dei parametri vitali con la possibilità d'intervento in caso di peggioramento della situazione clinica.

Il sistema integrato di Telemedicina sarà composto da infrastrutture collegamento e da appositi kit di apparecchiature destinate agli operatori ed altre da distribuire presso il domicilio del paziente, opportunamente definite in funzione delle esigenze di pazienti target caratterizzati da specifiche patologie, anche multiple, o COVID correlate.

## **Autismo**

In Italia vi è una persona su 77 (età 7-9) con disturbo dello spettro autistico, con una prevalenza maggiore nei maschi. Inoltre, le persone con autismo molto di frequente presentano diverse comorbilità neurologiche, psichiatriche e mediche di cui si deve tenere conto per organizzare efficaci interventi.

L'obiettivo nel medio e lungo periodo sarà quello di mettere insieme le migliori competenze finalizzate alla diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico, al fine di poter programmare efficaci interventi riabilitativi e di sostegno alle famiglie, anche attraverso la formazione ed informazione che consentano di gestire nel modo migliore tale disturbo.

Si evidenzia che l'ASP di Catanzaro collabora attivamente al Progetto di inclusione "*Pensami Adulto*", che coinvolge diverse Regioni.

## **SCREENING**

L'approvazione del DCA n. 137/2020, che modifica ed integra il DCA n. 50/2015, rappresenta l'occasione di riorganizzare i programmi di screening oncologico a livello regionale, attraverso la partecipazione attiva anche delle Aziende Ospedaliere, con conseguente prevedibile aumento dell'offerta, che andrà garantita nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Osservatorio Nazionale Screening per la ripresa dei programmi di screening dopo la pandemia.

E' fondamentale: acquisire personale dedicato agli screening oncologici; attivare servizio postale con utilizzo di postel; integrare anagrafe di screening con anagrafe regionale; interfacciare SW

screening con sistemi di refertazione; sottoscrivere accordi con le Aziende Ospedaliere per esami di primo e secondo livello ed interventi di terzo livello; sottoscrivere accordi con i MMG; potenziare le attività dei consultori; avviare a livello regionale il protocollo HPV per lo screening cervicale; definire l'assetto del "Centro Screening Oncologici" dell'ASP nel rispetto dei requisiti per l'accreditamento.

### **SERVIZIO EMERGENZA-URGENZA 118**

Nel 2020 sono state adottate misure finalizzate a potenziare e qualitativamente migliorare il Servizio di Emergenza Urgenza 118:

- implementazione requisiti di sicurezza delle Postazioni di Emergenza Territoriale
- razionale programmazione approvvigionamenti DPI
- programmazione sostituzione di tutte ambulanze
- programmazione acquisto numero 4 auto mediche
- acquisto di numero 14 monitor defibrillatori
- programmazione degli impianti di illuminazione e di quanto necessario all'utilizzo delle piazzole adiacenti agli Ospedali di Lamezia Terme e Soveria Mannelli per atterraggio notturno degli elicotteri
- programmazione trasferimento presso altra sede della nuova Centrale Operativa 118
- programmazione e realizzazione delle procedure di sanificazione presso ogni singola Postazione di Emergenza Territoriale
- reclutamento di medici, infermieri, autisti

## 5.1 Obiettivi assegnati al Personale Dirigenziale

Si rimanda integralmente alle schede di budget per l'anno 2020

## 6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

### 6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della Performance

Questo processo inizia dopo l'approvazione del bilancio di previsione annuale e di quello pluriennale.

Non è stato possibile elaborare il piano nei tempi, anche se non perentori, definiti dal D.Lgs. 150/09 (art. 10 comma 1 lettera a), causa emergenza epidemiologica correlata all'infezione pandemica da SARS-CoV-2. In ogni caso l'allineamento delle attività con il bilancio di previsione per l'anno 2020 consente l'adozione del piano rispetto ad obiettivi già in svolgimento.

Si riportano di seguito le fasi del processo per lo sviluppo del ciclo di gestione della performance in relazione ai Soggetti coinvolti.

#### Fasi del processo - Soggetti coinvolti

Fase del processo	Soggetti coinvolti
Definizione dell'identità dell'organizzazione	Direzione Strategica
Analisi del contesto esterno ed interno	Programmazione e Controllo di Gestione Epidemiologia e Statistica Gestione Risorse Umane
Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direzione Strategica
Valutazione della coerenza con la programmazione economico-finanziaria	Direzione Strategica Risorse Economico-Finanziarie Programmazione e Controllo di Gestione
Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direzione Sanitaria Aziendale Direzione Amministrativa Aziendale Ingegneria Clinica Macro Articolazioni Aziendali Programmazione e Controllo di Gestione
Comunicazione del piano sia ai soggetti interni che esterni	S.C. Affari Generali

Le criticità emerse nello sviluppo del processo risiedono in particolare nel non totale allineamento della sequenza logica delle sue fasi, con riguardo soprattutto alla costruzione del sistema di misurazione della performance organizzativa e, parallelamente, di quella individuale, anche in relazione da un lato all'atteggiamento culturale e dall'altro alla intrinseca complessità del sistema di misurazione della performance.

## **6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati. Al fine di garantire l'effettivo collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio è richiesto ai Direttori ed ai Responsabili della fase programmatica e di definizione/gestione degli obiettivi, di esplicitare i costi presunti dei consumi e del personale.

## **6.3 Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione**

L'art. 1, comma 8 della Legge n. 190/2012, nel testo novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, stabilisce che la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione ha inoltre precisato che *"Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo"*.

La deliberazione n. 15 del 29/01/2020 di approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020/2022 ha stabilito che le attività di prevenzione della corruzione e gli adempimenti in materia di trasparenza sono da intendersi quali obiettivi di rilevanza strategica e, per l'effetto, le azioni correlate saranno tradotte annualmente, nel processo di budget, in obiettivi organizzativi ed individuali da assegnarsi alle strutture ed ai dirigenti. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Piano della Performance sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Al di là delle azioni previste e dei correlati adempimenti, l'intento della Direzione Strategica è quello di far prendere coscienza all'intera organizzazione di cui si è parte che la correttezza e l'integrità dell'agire pubblico devono rappresentare la bussola di riferimento.

Con il coinvolgimento dei dirigenti e del personale, a vario titolo interessato, la Direzione Aziendale intende implementare il processo di maturazione culturale, attraverso l'assimilazione di comportamenti che vanno oltre al mero adempimento burocratico.

A tal fine, la formazione rappresenta una leva fondamentale e l'Azienda, in aderenza alle indicazioni contenute nel P.N.A., intende proseguire nei percorsi formativi strutturati su due livelli:

- a) Livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- b) Livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

La conoscenza delle norme, dell'organizzazione e dei processi aziendali, delle misure obbligatorie e di quelle ulteriori che l'Azienda ritiene di adottare nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, è un utile strumento per sviluppare una efficace cultura della legalità e per prevenire i fenomeni di "*maladministration*".

#### **6.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

Le azioni per il miglioramento del Piano della performance sono molteplici. Ne vengono indicate alcune, in coerenza con la delibera n. 112/2010 della CiVIT:

- mettere in atto iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano stesso secondo logiche proattive;
- adottare interventi organizzativi per realizzare l'attività propedeutica alla stesura del Piano, ossia l'analisi del contesto esterno e interno: il risultato dell'analisi è quello di evidenziare i temi strategici da affrontare e le criticità da superare;
- avviare progetti di benchmarking sia interno che esterno;
- adottare interventi organizzativi per la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che devono caratterizzare gli obiettivi. Questi, infatti, devono identificarsi nelle seguenti caratteristiche e, pertanto, essere:

- a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla mission istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione
  - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari
  - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi
  - d. riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno
  - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe
  - f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente
  - g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili
- estendere il processo a tutte le aree strategiche;
  - applicare il Piano in maniera sistematica;
  - determinare gli standard dei servizi;
  - organizzare corsi di formazione sul ciclo della performance e la valutazione;
  - avviare progetti di approfondimento sul benessere organizzativo.

**Sistema degli indicatori**  
**per il monitoraggio dell'assistenza**  
**dell'Azienda Sanitaria Provinciale**

## INDICATORI DI CONTESTO PER LA STIMA DEL BISOGNO SANITARIO

Indicatore	Razionale
Buona salute percepita	<i>La salute percepita rappresenta un indicatore affidabile dello stato di salute, contribuisce a stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione.</i>
Classificazione degli assistiti in classi di gravità e severità delle patologie da cui sono affetti	<i>Indicatore aggregato e di dettaglio di salute e di malattia della popolazione assistita</i>
Definizione del peso assistenziale di ogni assistito residente	<i>Indicatore aggregato e di dettaglio di assorbimento delle diverse tipologie di risorse assistenziali</i>
Proporzione del numero di esenzioni per patologia rispetto agli assistiti residenti	<i>Indicatore proxy dello stato di salute della popolazione</i>
Proporzione del numero di esenzioni per reddito rispetto agli assistiti residenti	<i>Indicatore proxy di fragilità economica della popolazione</i>
Fragilità nell'anziano (65 anni o più)	<i>Indicatore epidemiologico basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana.</i>
Indice di cronicità	<i>Indice sintetico basato sulla presenza di malattie croniche.</i>

## INDICATORI DI EQUITÀ' SOCIALE

Indicatore	Razionale
Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	<i>L'indicatore misura la quota di popolazione che riporta difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a gruppi con posizione socioeconomica sfavorevole.</i>

## PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Indicatore	Razionale
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	<i>Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.</i>
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1°dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
Copertura vaccinale anti-pneumococcica	
Copertura vaccinale anti-meningococcica C	
Copertura vaccinale anti-HPV	
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	<i>Indicatore per il monitoraggio della copertura della vaccinazione antinfluenzale, misura finalizzata a prevenire la morbosità per influenza e le sue complicanze nella popolazione anziana, nonché l'eccesso di mortalità.</i>
Denunce d'infortunio sul lavoro	<i>Indicatori per il monitoraggio delle attività (ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro.</i>
Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	<i>Indicatore per il monitoraggio delle garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.</i>
Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.</i>
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,</li> <li>- il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,</li> <li>- il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.</li> </ul>

<p>Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti</p>	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva.</i></p>
<p>Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</p>	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.</i></p>
<p>Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti</p>	<p><i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.</i></p>
<p>Indicatore composito sugli stili di vita</p>	<p><i>Indicatore composito volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili.</i></p>
<p>Proporzione di persone invitate ad effettuare test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto</p>	<p><i>Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata</i></p>
<p>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto</p>	<p><i>Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.</i></p>
<p>Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</p>	<p><i>Indicatore per la misura della capacità dei programmi di screening di identificare i tumori precocemente al fine di ottimizzare le capacità di intervento.</i></p>

## ASSISTENZA DISTRETTUALE

Indicatore	Razionale
Tasso di ospedalizzazione in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione, di diagnosi precoce che di cura.</i>
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.</i>
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 ab 50-74 anni	<i>Indicatori proxy di efficacia assistenziale del sistema delle cure primarie</i>
Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 20-74 anni	
Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	
Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde (per 1000 ab residenti adulti)	<i>L'indicatore segnala inappropriately nell'utilizzo del Pronto Soccorso; tale inappropriately può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della medicina territoriale ed in particolare dei medici di assistenza primaria.</i>
Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab minori 0-14 anni)	<i>L'indicatore segnala inappropriately nell'utilizzo del Pronto Soccorso; tale inappropriately può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della pediatria di libera scelta.</i>
Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab minori 0-14 anni)	<i>L'indicatore segnala inappropriately nell'utilizzo del Pronto Soccorso in momenti particolari della settimana; tale inappropriately può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale.</i>
Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	<i>Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma) sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento, richiedendo l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support – ALS). L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.</i>

Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<i>L'indicatore monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza; esso valuta la performance del sistema "118", permettendo di misurare l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale.</i>
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire risposte al bisogno.</i>
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D (Differibile), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire risposte al bisogno.</i>
Consumo pro-capite di prestazioni specialistiche	<i>Indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali.</i>
Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.	
Consumo pro-capite di prestazioni di radiodiagnostica	
Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	
Spesa farmaceutica lorda pro-capite territoriale	<i>Monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica</i>
Percentuale di farmaci inibitori di pompa protonica non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali	<i>Contenimento della spesa farmaceutica territoriale a carico del SSR indirizzando la prescrizione dei farmaci verso prodotti a più basso costo, a parità di efficacia e sicurezza per il cittadino</i>
Percentuale di SSRI non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime di convenzione	
Percentuale di statine non coperte da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime di convenzione	
Percentuale di ACE inibitori non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime di convenzione	
Percentuale di antagonisti recettori alfa adrenergici non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime di convenzione	
Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto erogati dalle farmacie territoriali in regime di convenzione	

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	<i>Indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella / traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.</i>
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi	<i>Indicatori che monitorano il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella / traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.</i>
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 Abitanti – Inibitori di pompa	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti – Antiipertensivi	
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti – Statine	
Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.	<i>Indicatore che misura la quota di ricorso alle ecografie in gravidanza in misura superiore a quella raccomandata per lo screening di patologie della gravidanza e/o del feto, dunque a potenziale rischio di inapproprietezza.</i>
Percentuale di presidi, protesi e ortesi non consumabili in rapporto alla popolazione assistita	<i>Indicatore che misura la quota e la tipologia di ricorso della popolazione assistita a presidi protesi e ortesi</i>
Percentuale di presidi consumabili in rapporto ai pazienti in carico	<i>Fornisce indicazioni sull'utilizzo di presidi consumabili da parte dei pazienti in carico</i>
Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	<i>Fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base.</i>
Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	<i>Fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata pediatrica con CIA base.</i>
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	<i>Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati nei vari livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).</i>
Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1), (CIA 2), (CIA 3)	<i>Fornisce informazioni sull'offerta e sull'attività del servizio di assistenza domiciliare integrata, attraverso la somma delle prese in carico domiciliari in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale.</i>
Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.	<i>Indicatore per la misura dell'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza.</i>
Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.	<i>Indicatore per la misura della capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento per le donne che decidono di ricorrere all'IVG.</i>

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.	<i>Indicatori proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.</i>
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	
Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	<i>Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali.</i>
Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	<i>Indicatore proxy della capacità dei servizi di cure palliative domiciliari di rispondere ai bisogni clinico-assistenziali dei malati terminali assistiti a domicilio, evitando il ricorso all'ospedalizzazione.</i>
Numero di giorni che intercorrono tra la richiesta di dimissione ospedaliera in hospice e l'effettivo ingresso.	<i>Indicatore che esprime la tempestività nell'accesso al ricovero in hospice.</i>
Numero di giorni che intercorrono tra la richiesta di cure palliative domiciliari (da ricovero ospedaliero e/o dal domicilio) ed effettiva presa in carico del paziente	<i>Indicatore che esprime la tempestività della presa in carico domiciliare dei pazienti terminali</i>
Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure palliative domiciliari per intensità di cura (livello base – livello specialistico)	<i>Fornisce informazioni sull'offerta e sull'attività del servizio di assistenza domiciliare integrata, attraverso la somma delle prese in carico domiciliari in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale.</i>
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	<i>Indicatori che forniscono informazioni sull'offerta di strutture residenziali / semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.</i>

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

Indicatore	Razionale
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.</i>
Tasso di ospedalizzazione per i DRG LEA Medici	<i>Indicatore che esprime l'appropriatezza di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.</i>
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	
Percentuale ricoveri urgenti	<i>Indicatore di efficienza clinico organizzativa nella selezione / accesso alle prestazioni di ricovero ma anche indicatore della capacità del sistema territoriale di filtrare le urgenze non vere gestibili in altri setting assistenziali</i>
Drg anomali	<i>Esprimono un anomalo assorbimento di risorse di ricoveri la cui durata di degenza si discosta in maniera statisticamente significativa da quella dell'insieme degli altri pazienti attribuiti allo stesso DRG</i>
Drg incoerenti	<i>Esprimono una bassa qualità della codifica misurando i ricoveri con incongruenze di codifica tra diagnosi principale e procedura chirurgica</i>
Drg complicati	<i>Misurano l'insieme di condizioni cliniche, determinate in modo specifico per ciascuna diagnosi principale, insorte rispettivamente, durante il ricovero o in precedenza ad esso e che prolungano la durata della degenza</i>
Percentuale di fughe in punti DRG	<i>Indicatore di qualità clinico organizzativa che esprime la capacità del sistema ospedaliero di trattare la domanda dei cittadini residenti.</i>
Indice di performance	<i>Indicatore che esprime l'efficienza di un reparto rispetto ad altri nel trattare la stessa casistica</i>
Indice di case mix	<i>Indicatore che esprime la complessità della casistica trattata rispetto ad uno standard</i>
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<i>Indicatore che esprime l'efficienza di un reparto chirurgico rispetto ad altri nella programmazione delle attività in elezione</i>
Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	<i>Indicatore che esprime l'appropriatezza della casistica trattata di un reparto chirurgico</i>

Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	<i>Indicatore che fornisce informazioni sulla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti il cui volume di attività è predittivo di maggiore efficacia e sicurezza delle procedure chirurgiche.</i>
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	<i>Indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</i>
Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurghi	
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	<i>Indicatore che misura la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata.</i>
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	<i>Indicatore che esprime l'appropriatezza della casistica trattata di un reparto chirurgico</i>
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore per la misura del volume di ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità medico-diagnostiche e, come tali, a rischio di inappropriatazza perché erogabili in regime ambulatoriale.</i>
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore per la misura del volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e, come tali, a rischio di inappropriatazza perché erogabili in regime ambulatoriale.</i>
Attività trasfusionali sacche raccolte	<i>Indicatore che misura la capacità di garantire i fabbisogni e la gestione delle scorte di emocomponenti.</i>
Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.	<i>Indicatore di qualità clinica per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima.</i>
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	<i>Indicatore che valuta la capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore.</i>
Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acute inappropriati dal punto vista organizzativo	<i>Indicatore che misura la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri organizzativi</i>
Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.	<i>Indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche.</i>
Frequenza di infezioni post-chirurgiche.	

Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	<i>Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza.</i>
Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti.	
Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	<i>Indicatore che misura la quota di parti fortemente pre-termine che avvengono presso strutture prive di posti letto di terapia intensiva neonatale; l'accesso alla terapia intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la sopravvivenza e la futura qualità della vita del bambino.</i>
Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	<i>Indicatore (proxy) dell'uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non. La letteratura evidenzia che i neonati "late preterm" hanno una probabilità di 3.5/4.5 volte maggiori di ricovero in TIN rispetto ai neonati nati a termine, così come hanno un rischio aumentato, rispetto ai neonati a termine, di mortalità e morbosità in epoca neonatale e nelle età successive.</i>
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).	<i>Indicatore di esito a breve termine dell'intervento di BPAC, può rappresentare una misura di qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia.</i>
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	<i>Indicatore di appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico- terapeutico per l'ictus ischemico, che inizia con il ricovero ospedaliero.</i>
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	<i>Indicatore di appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale per BPCO riacutizzata, che inizia con l'arrivo del paziente alla struttura ospedaliera</i>

**INDICATORI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEI (PDTA)\***

Indicatore	Razionale
<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico ostruttive BPCO) e dal PDTA regionale</p>	<p><i>L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPCO. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i></p>
<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico ostruttive BPCO) e dal PDTA regionale</p>	<p><i>L'indicatore misura l'adeguatezza della tempistica delle visite pneumologiche nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. Il numero di visite pneumologiche consente di valutare la presa in carico del paziente con BPCO. L'adeguatezza del numero di visite pneumologiche si associa a una riduzione del rischio di ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i></p>
<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco) e dal PDTA regionale</p>	<p><i>L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i></p>
<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco) e dal PDTA regionale</p>	<p><i>L'indicatore consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte</i></p>
<p>Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete) e dal PDTA regionale</p>	<p><i>L'indicatore misura complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni è associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori)</i></p>

*\*Gli indicatori PDTA sono calcolati secondo la metodologia riportata in dettaglio nel Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della salute (v. 23-7-2018)*

## INDICATORI DI CONTESTO

Indicatore	Razionale
Tasso di assenteismo	<i>Esprime un fenomeno collegato al comportamento sia dei singoli lavoratori ma anche delle condizioni di lavoro complessive dell'azienda</i>
Tasso di infortuni	<i>Esprime l'incidenza degli infortuni sul lavoro ed è una proxy del livello di sicurezza nel quale opera il personale</i>
Tasso di personale con prescrizioni	<i>Esprime l'inidoneità alla mansione ed è una proxy del livello di sicurezza nel quale opera il personale</i>
Proporzione ore straordinario rispetto alle ore totali	<i>Esprime la necessità dell'azienda di ricorrere al lavoro straordinario rispetto alle risorse derivanti dalla dotazione organica</i>
Rapporto tra numero di medici e numero di infermieri	<i>Esprime la garanzia di adeguati livelli assistenziali in relazione alle specifiche attribuzioni e competenze</i>
Percentuale di non conformità riscontrate in sede di verifica	<i>Esprime il grado di adesione alle procedure in sede di audit o verifica</i>
Proporzione obiettivi raggiunti rispetto agli obiettivi negoziati	<i>Rappresenta il livello di performance complessiva dell'azienda</i>
Reclami utenti pervenuti rispetto al numero di accessi	<i>Rappresenta una proxy del grado di soddisfazione dei pazienti</i>
Rapporto tra ore di formazione e numero di dipendenti	<i>Esprime la capacità aziendale di aggiornare il personale ed è un proxy del grado di efficienza con cui il personale svolge il suo lavoro</i>
Giudizio sui servizi interni	<i>Esprime la percezione del management relativa ai principali servizi di supporto all'attività sanitaria ossia: il sistema di budget, la fornitura di beni e servizi e dei servizi di manutenzione</i>
Livello di contenzioso con il personale	<i>Proxy di risentimento o di rivalsa nei confronti della propria organizzazione</i>
Livello di richiesta di mobilità interna ed esterna	<i>Rileva un desiderio collegato all'insoddisfazione per il contesto lavorativo e/o professionale</i>
Coinvolgimento degli stakeholder nella definizione dei piani aziendali	<i>Monitora il numero di stakeholder partecipanti ai tavoli di progettazione</i>
Efficacia della comunicazione esterna	<i>Rileva le risposte sulla comunicazione realizzata dall'ente</i>

## INDICATORI ECONOMICI e FLUSSI

Indicatore	Razionale
Equilibrio Economico Generale	<i>Esprime la capacità dell'azienda di raggiungere il pareggio considerando tutte le gestioni (caratteristica, atipica, finanziaria e straordinaria)</i>
Risultato della gestione caratteristica	<i>Evidenzia la capacità dell'azienda di coprire i costi relativi alla gestione dei servizi sanitari, ossia la sua gestione caratteristica</i>
Indice di incidenza della gestione extracaratteristica	<i>Evidenzia la capacità dell'azienda di coprire i costi relativi alla gestione non caratteristica</i>
Percentuale di esistenza ed applicazione delle procedure di controllo interno	<i>Illustra in che misura sono recepite e applicate le procedure di controllo interno</i>
ROI	<i>Esprime la capacità dell'azienda di generare reddito in misura adeguata al capitale investito</i>
Indice di rigidità degli impieghi	<i>Esprime l'elasticità degli impieghi e permette di comprendere quale sia il grado di reattività potenziale dell'azienda al mutare delle condizioni esterne, ovvero la sua capacità di fronteggiare situazioni impreviste.</i>
Indice di disponibilità	<i>Evidenzia la capacità dell'azienda di far fronte agli impegni di breve periodo mediante gli impieghi di breve periodo</i>
Tasso obsolescenza tecnica	<i>Esprime lo scadimento di valore di un bene di uso durevole (macchinario, attrezzatura, ecc.) per effetto del progresso tecnico che rende superato il bene stesso anche se fisicamente è ancora in grado di produrre</i>
Indice nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali	<i>Esprime la capacità dell'azienda di effettuare investimenti tecnici a durata pluriennale</i>
Indice di copertura finanziaria dell'attivo immobilizzato	<i>Valuta se le risorse investite nel medio-lungo termine sono adeguatamente finanziate</i>
Tempi medi di pagamento dei debiti commerciali	<i>Esprime il tempo medio di pagamento dei fornitori di beni e servizi e fornisce una indicazione di massima dei tempi stessi</i>
Costi del personale / Ricavi della gestione caratteristica	<i>L'indicatore rappresenta il fatturato medio per ogni dipendente dell'azienda. Il suo valore è strettamente connesso alla tipologia di attività (a maggiore o minore assorbimento di risorse umane).</i>
Flussi informativi	<i>Puntualità con cui sono inviati rispetto alla scadenza, il rispetto della modulistica prevista e la congruità del dato intesa come correttezza dei dati di dettaglio e del dato di sintesi che ne deriva</i>
Numero medio di atti sanitari per medico	<i>Esprime l'efficienza produttiva del personale x unità operativa, per dipartimento o per l'intera azienda</i>
Numero medio di atti sanitari per personale sanitario comparto	