

**PIANO AZIENDALE
DELLA
PERFORMANCE**

SOMMARIO

1. IDENTITÀ	3
2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	3
3. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP	4
3.1 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	4
3.2 LE RISORSE UMANE	7
3.3 LE RISORSE FINANZIARIE	10
3.4 LE LINEE DI SVILUPPO	11
4. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	12
4.1 ELEMENTI SOCIO-ECONOMICI DI RIFERIMENTO	12
4.2 IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	14
4.3 PUNTI DI FORZA	15
4.4 PUNTI DI DEBOLEZZA	16
<hr/>	
5. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	17
6. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	20
7. ALBERO DELLE PERFORMANCE	23
8. IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE	26

QUADRO STRATEGICO DI RIFERIMENTO

1. Identità e caratteristiche della ASP

L'ASP è in primo luogo una Azienda Territoriale e come tale la sua vocazione non è quella di offrire servizi di alta specialità medica, ma è quella invece di soddisfare al più alto livello qualitativo possibile e a costi socialmente compatibili, la domanda sanitaria di primo livello. Il focus della sua attività è quindi prevalentemente territoriale e l'attività ospedaliera deve necessariamente rispondere a criteri di localizzazione ed a esigenze sanitarie di primo livello e, per alcune specialità, anche di II livello.

Il territorio dell'ASP presenta una disomogeneità territoriale, ambientale sia per quanto attiene l'ampiezza dei comuni che relativamente alla diffusione della popolazione.

Il bacino di utenza è di circa 368.000 persone circa, distribuite su un territorio vasto e disomogeneo, diviso in tre Distretti Sanitari. Territorio che, peraltro, risulta ben configurato, in quanto presenta poche aree di sovrapposizione con altre ASP.

Caratteristica specifica del territorio è che è prevalentemente attraversato da tre arterie su cui si snoda la mobilità dell'utenza: le due arterie litoranee ionica e tirrenica che sono le principali dal punto di vista dell'Azienda e quella che collega Catanzaro a Lamezia.

Questa configurazione stradale costituisce un elemento fondamentale nella dislocazione dei principali centri di erogazione dei servizi sanitari. Essa infatti consente una economica concentrazione di strutture di erogazione.

2. Mandato Istituzionale e Missione.

L'A.S.P. di Catanzaro è un'azienda *non profit*, dotata di personalità giuridica pubblica con autonomia organizzativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale. La **tutela della salute dei cittadini** della propria area di competenza attraverso l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione ed il conseguimento degli obiettivi programmatici in materia, come definiti a livello nazionale e regionale, costituiscono lo "scopo" istituzionale da attuarsi utilizzando il criterio della programmazione correlata alla

realtà territoriale, in termini di bisogni assistibili, secondo rilevazioni epidemiologiche e scelte di strategia di governo.

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

3. L’Organizzazione e le Risorse dell’Azienda

3.1 La Struttura Organizzativa

L’organizzazione aziendale è stata definita in modo da mettere in evidenza lo specifico ruolo assunto dalle diverse parti che compongono l’azienda. In tale ottica le parti dell’organizzazione individuate sono:

La direzione strategica che è formata dalle persone con responsabilità globale sull’azienda e da organismi che, per la complessità e globalità dei propri scopi ed interessi, vi afferiscono. Il vertice strategico assicura che l’azienda assolva alle sue specifiche finalità e che risponda alle esigenze dei portatori di interesse o comunque di coloro che controllano e hanno potere sull’azienda stessa, improntando le proprie azioni al carattere della collegialità.

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

I servizi di supporto, amministrativi e sanitari, che sono costituiti da unità operative che svolgono attività di supporto alla direzione strategica ed alle unità operative, intervenendo nella gestione e nei processi indirettamente correlati con le attività o le prestazioni sanitarie

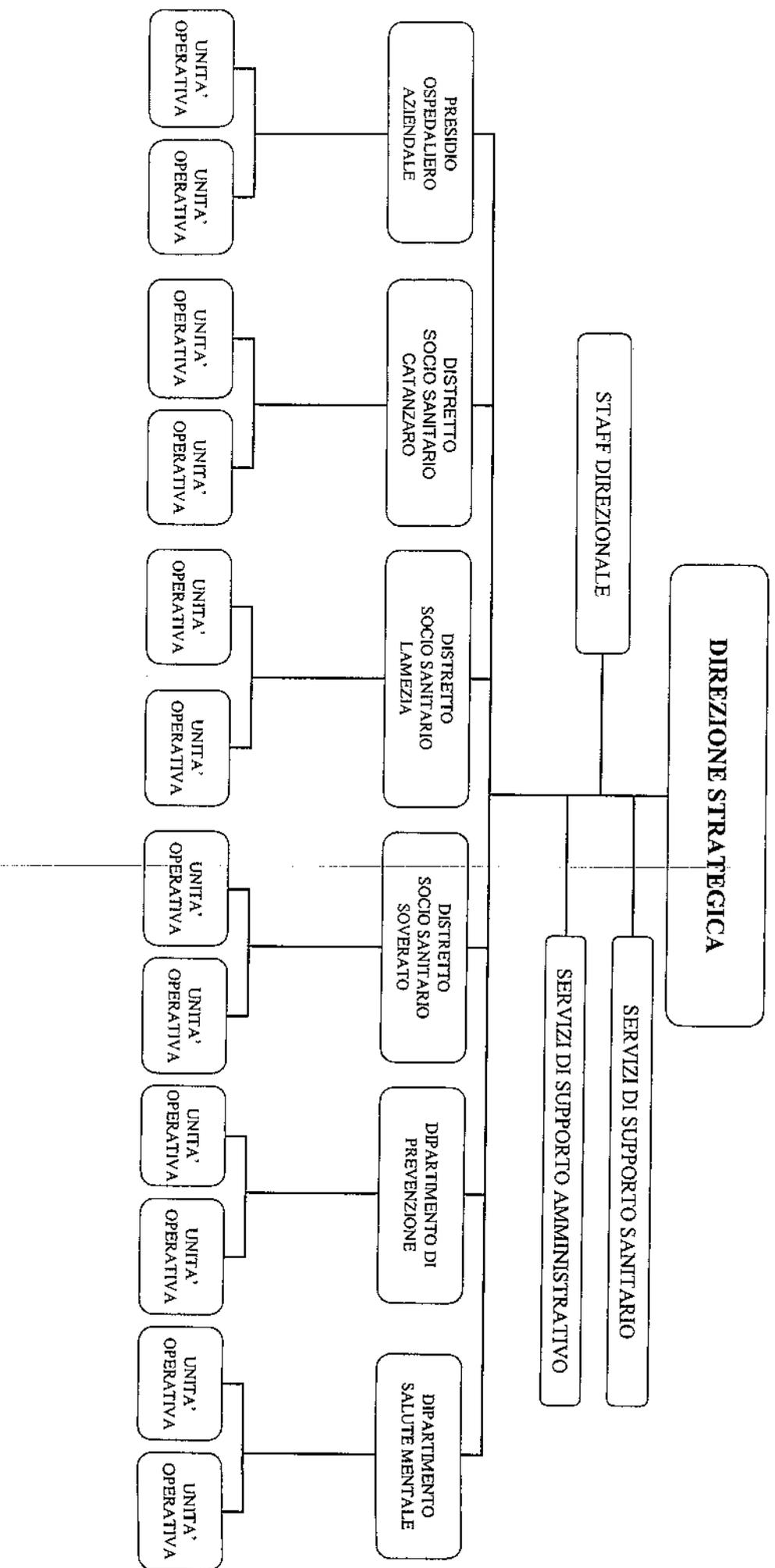
e/o assistenziali, facilitandone ed assistendone il funzionamento. Le unità di supporto svolgono funzioni e realizzano servizi specifici; possono essere presenti a diversi livelli della gerarchia, in relazione ai destinatari dei loro servizi.

La *direzione intermedia* che comprende quelle strutture organizzative che collegano il vertice strategico con le unità operative, esercitando un ruolo di coordinamento, indirizzo e programmazione delle rispettive aree. I direttori della linea intermedia intervengono nel flusso delle decisioni sia in senso ascendente che in senso discendente. La direzione intermedia ha, altresì, il compito di assicurare, il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione aziendale per l'area di competenza, di gestire le risorse umane, di tradurre le finalità generali in obiettivi specifici dell'area di competenza, di garantire la supervisione del funzionamento dell'area, la raccolta e trasmissione delle informazioni, il coordinamento complessivo e l'introduzione di innovazioni.

L'*unità operativa* che è direttamente titolare di una specifica funzione direttamente collegata all'erogazione di prestazioni, di prodotti e servizi. Essa è costituita dall'insieme del personale in possesso di specifici requisiti tecnico-professionali necessari allo svolgimento di specifiche funzioni. E' dotata di piena autonomia tecnico professionale, mentre quella gestionale è individuata nell'ambito delle regole di funzionamento dell'articolazione organizzativa in cui è collocata. Le unità operative dell'azienda sono classificate in semplici e complesse. All'interno delle unità operative complesse possono essere individuate unità operative semplici, articolazioni di unità operative complesse, titolari di autonomia organizzativa e professionale, ma non di quella gestionale, che è esercitata nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa complessa.

L'organizzazione dell'ASP si sviluppa nell'articolazione delle diverse funzioni in numerose strutture rappresentate da Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici, come indicate negli atti aziendale vigenti ai quali si rimanda per i dettagli. Nel presente documento si rappresenta schematicamente nella tabella che segue la macrostruttura aziendale e l'articolazione della linea intermedia

MACROSTRUTTURA ORGANIZZATIVA



L'organizzazione si articola, quindi, in 6 macrostrutture organizzative che, per l'area territoriale, sono rappresentate dai 3 Distretti Socio - sanitari, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e, per l'area ospedaliera, dal Presidio Unico Aziendale, articolato nei presidi di Lamezia, di Soverato e di Soveria Mannelli

All'interno di ogni macroarticolazione sono individuate dall'atto aziendale Unità Operative che coincidono con un Centro di Responsabilità ad ognuna delle quali può corrispondere uno o più Centri di Costo.

3.2 Le Risorse Umane

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

Seppure con una riduzione rilevante della dotazione organica rispetto al passato, l'ASP dispone di risorse umane in numero complessivamente adeguato, ma con specifiche carenze in specifici ruoli e profili professionali, con una distribuzione sufficientemente congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella che segue rappresenta la distribuzione del personale per i diversi ruoli e qualifiche al 31.12.2012.

RUOLO	QUALIFICA	TOTALE
SANITARIO	DIRIGENTE MEDICO	660
	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	103
	EQUIPE SOCIO PSICO PEDAGOGICA	71
	PERSONALE INFERMIERISTICO	1157
	PERSONALE RIABILITAZIONE	89
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	102
	PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	64
SANITARIO Totale		2246
AMMINISTRATIVO	ALTRO PERSONALE	472
	DIRIGENTE	18
AMMINISTRATIVO Totale		490
PROFESSIONALE	ALTRO PERSONALE	4
	DIRIGENTE	4
PROFESSIONALE Totale		8
TECNICO	ALTRO PERSONALE	259
	ASSISTENTI SOCIALI	73
	DIRIGENTE	14
	O.T.A e AUSILIARI	184
TECNICO Totale		530
Totale complessivo		3274

Complessivamente la Dirigenza è costituita da n. 799 unità, pari al 32 % del personale, mentre la restante parte del personale, pari a n. 2475 unità (68 %) è rappresentata nel Comparto.

La Dirigenza, inoltre, è ripartita fra l'area medica e l'area non medica (SPTA: Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) nel modo seguente:

- Dirigenti Medici : n. 660 unità (83 % della Dirigenza)
- Dirigenti Sanitari non Medici : n. 103 unità (13 % della Dirigenza)
- Dirigenti TPA: n.36 unità (4 % della dirigenza)

La relativa allocazione del personale nelle aree strategiche che caratterizzano l'Azienda, l'area ospedaliera e quella territoriale, è invece rappresentata nella sottostante tabella.

MACRORTICOLAZIONE	SANITARIO							AMMINISTRATIVO			PROFESSIONALE			TECNICO				Totale complessivo		
	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	Equipe Socio-Psico-Pedagogica	PERSONALE INFERMIERISTICO	PERSONALE RIABILITAZIONE	PERSONALE TECNICO SANITARIO	PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE	Totale	DIRIGENTE	ALTRO PERSONALE	Totale	DIRIGENTE	ALTRO PERSONALE	Totale	DIRIGENTE	ALTRO PERSONALE	ASSISTENTI SOCIALI		O.T.A. e AUSILIARI	Totale
DIREZIONE AZIENDALE	10	2		8		1		21		25	25				2	3	3		8	54
DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE		1	1	2	1		1	6	10	133	143	4		4		53	5	1	59	212
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	56	12		120		1	2	191	1	16	17				104			1	105	313
DISTRETTO CATANZARO	33	13	1	53	6	2		108	1	40	41				4	5	10	2	21	170
DISTRETTO LAMETINO	26	1	14	44	5			90		15	15					1	5	6	12	117
DISTRETTO REVENTINO	3	1	5	6				15		3	3						1		1	19
DISTRETTO CATANZARO LIDO	31	7	35	73	24	11		181	1	41	42			1	6	9	4		20	241
DISTRETTO SOVERATO	19	13	4	73	11			120		51	51			3	11	9	27		50	220
CAPT CHIARAVALLE	19	4	1	29	10	13		76	1	20	21		1	1		3	3	15	21	119
PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	189	10	8	367	19	45	1	639	1	24	25		1	1		30	4	44	78	739
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERATO	73	7		161	4	17		262	1	34	35		1	1		18	2	48	68	356
PRESIDIO OSPEDALIERO SOVERIA MANNELLI	27	2		89	3	11		132		7	7		1	1		1	1	8	10	150
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	64	25	1	96	5			181		13	13				1	3	16	18	38	232
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	114	4		34			58	210	1	41	42			2	21	4	9		36	288
CENTRO REGIONALE DI NEUROGENETICA	5	1		1		1		8								1	1		2	10
COMANDATO	1		1		1		2	5	1	9	10			1					1	16
Totale complessivo	660	103	71	1157	89	102	64	2246	18	472	490	4	4	8	14	259	73	184	530	3274

L'Azienda dispone, inoltre, di medici convenzionati:

I **medici di medicina generale** (MMG) sono 289 ed hanno in carico – al 31.12.2012 – 308.119 assistiti. Il numero medio di assistiti per medico di medicina generale di 1066 è al di sopra di quanto indicato dal contratto della categoria che prevede un rapporto ottimale medici/popolazione al di sopra dei 14 anni di età di 1 a 1.000. La maggior parte dei medici non si distribuisce però intorno alla media, infatti 54 MMG hanno in carico più di 1.500 assistiti, 68 hanno in carico un numero di pazienti tra 500 e 1.200, mentre ben 35 medici hanno meno di 500 assistiti.

I **pediatri di libera scelta** (PLS) sono 53 ed assistono 41.632 minori, la stragrande maggioranza dei quali al di sotto dei 14 anni di età. Il numero medio di assistiti per pediatra è pari a 785 e quindi al di sopra del rapporto ottimale di 1 a 600 previsto per l'assistenza pediatrica. Ciò in quanto tale rapporto viene calcolato sui bambini fino a 6 anni di età, mentre nella maggior parte dei casi l'assistenza primaria viene erogata dal pediatra anche per le persone fra i 6 e i 14 anni.

Ben 28 medici si collocano inoltre al di sopra di 800 assistiti, e possono essere perciò considerati massimalisti, mentre solo 1 pediatra ha meno di 250 assistiti.

I **medici titolari della continuità assistenziale** (MCA) sono 100 di questi 44 sono anche MMG nella stessa Azienda.

Una parte dei professionisti che svolgono questa attività vi rimangono a tempo indefinito, considerandola di integrazione per attività libero-professionali, mentre solo una parte tende a radicarsi nella medicina generale come MMG. Oltre ai medici titolari, sono presenti 73 medici con incarico a tempo determinato.

Oltre ai MMG, PLS e MCA, svolgono la propria attività in Azienda anche 94 **Specialisti Ambulatoriali**.

Il lavoro dei medici convenzionati è organizzato in *équipe*. In particolare, nella ASL operano 19 *équipe* di medici di assistenza primaria (MMG) e 3 *équipe* di pediatri di libera scelta (PLS). Dal 2011 si è avuto anche un notevole sviluppo delle forme associative

per i MMG, con l'informatizzazione e utilizzazione di personale di segreteria o infermieristico. Le forme associative interessano il 25% dei MMG.

3.3 Le Risorse Finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" 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, che adotta annualmente un proprio documento programmatico e di consuntivo, utilizza annualmente 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 per l'anno 2011.

Bilancio Annuale - Schema Ministeriale (Valori In Euro)

A.1) Contributi in c/esercizio	479.779,00
Totale valore della produzione (A)	494.207,00
B.1) Acquisti di beni	49.637,00
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	48.070,00
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	33.558,00
B.1.A.2) Ossigeno	1.917,00
B.1.A.3) Prodotti dietetici	142,00
B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	1.664,00
B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	4.441,00
B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	448,00
B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	3.575,00
B.1.A.8) Materiali protesici	742,00
B.1.A.9) Materiali per emodialisi	1.520,00
B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	33,00
B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	30,00
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1.567,00
B.1.B.1) Prodotti alimentari	34,00
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	63,00
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	806,00
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	460,00
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	145,00
B.1.B.6) Altri beni non sanitari	59,00
B.2) Acquisti di servizi	232.811,00
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	217.775,00

B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	46.632,00
B.2.A.1.1.A) Spese per assistenza MMG	24.022,00
B.2.A.1.1.B) Spese per assistenza PLS	7.157,00
B.2.A.1.1.C) Spese per assistenza Continuità assistenziale	9.586,00
B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	5.867,00
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	63.110,00
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	9.827,00
B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	4.754,00
B.2.A.3.5) - da privato	5.070,00
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	4.997,00
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	15.065,00
B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	47.774,00
B.2.A.7) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	2.607,00
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	-
B.2.A.9) Acquisto prestazioni termali in convenzione	1.182,00
B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari	570,00
B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	23.309,00
B.2.A.13) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	1.065,00
B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	35,00
B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	1.024,00
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	15.036,00
B.2.B.1) Servizi non sanitari	14.556,00
B.2.B.1.1) Lavanderia	739,00
B.2.B.1.2) Pulizia	2.566,00
B.2.B.1.3) Mensa	2.094,00
B.2.B.1.4) Riscaldamento	1.328,00
B.2.B.1.5) Elaborazione dati	770,00
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	69,00
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	240,00
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	1.351,00
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	2.800,00
B.2.B.1.10) Altre utenze	153,00
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	182,00
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	2.264,00
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	104,00
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	376,00
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	5.225,00
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	1.874,00
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	894,00
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	2.133,00
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	323,00
B.4) Godimento di beni di terzi	5.991,00
B.4.B) Canoni di noleggio	2.753,00
B.4.C) Canoni di leasing	1.746,00
Totale Costo del personale	179.922,00
B.5) Personale del ruolo sanitario	139.230,00
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	82.005,00
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	73.143,00
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	8.862,00
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	57.225,00

B.6) Personale del ruolo professionale	719,00
B.7) Personale del ruolo tecnico	21.645,00
B.8) Personale del ruolo amministrativo	18.328,00
B.9) Oneri diversi di gestione	1.205,00
B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	871,00
Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.615,00
B.14) Variazione delle rimanenze	- 1.252,00
B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	6.433,00
B.15.A) Accantonamenti per rischi	-
B.15.C) Altri accantonamenti	6.117,00
Totale costi della produzione (B)	486.744,00
C.1) Interessi attivi	8,00
C.2) Altri proventi	382,00
C.3) Interessi passivi	2.379,00
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 1.989,00
E.1) Proventi straordinari	1.257,00
E.1.B) Altri proventi straordinari	1.257,00
E.2) Oneri straordinari	3.406,00
E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	3.406,00
Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 2.149,00
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	3.325,00
Y.1) IRAP	12.299,00
Totale imposte e tasse	12.299,00
RISULTATO DI ESERCIZIO	- 8.974,00

3.4 LINEE DI SVILUPPO

Compatibilmente con le risorse rese disponibili, l'Azienda sta realizzando un suo piano di sviluppo che consentirà di porre in essere gli interventi straordinari previsti dal riordino del Sistema Sanitario Regionale, soprattutto riguardo all'avvio o al potenziamento delle Case della Salute (CAPT), per le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi di razionalizzazione, potenziamento e miglioramento dei servizi offerti sul territorio.

A tal fine è previsto il potenziamento delle aree di attività indicate nella sottostante tabella.

Linee di sviluppo

AREA	AZIONI
Cure Primarie	<ol style="list-style-type: none"> 1. attivazione e/o messa a regime della Casa della Salute (CAPT) 2. razionalizzazione del sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP) 3. promozione dell'associazionismo relativo a Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)
Integrazione Socio-Sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. potenziamento delle cure domiciliari 2. potenziamento delle cure palliative 3. potenziamento dell'appropriatezza dell'assistenza residenziale e semi-residenziale
Riabilitazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. incremento dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative da strutture accreditate

Farmaceutica	<ol style="list-style-type: none"> 1. incremento distribuzione 1° ciclo 2. incremento distribuzione diretta farmaci PH-T
Formazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. potenziamento della formazione manageriale degli operatori 2. potenziamento della formazione professionale degli operatori
Affari Generali	<ol style="list-style-type: none"> 1. incremento coperture assicurative
Sistema Informativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. informatizzazione e collegamenti di rete (PTA) 2. messa a regime dell'invio dei flussi informativi 3. sviluppo dei sistemi di programmazione e di controllo direzionale

4. Analisi del Contesto Esterno

4.1 Elementi Socio-Economici di Riferimento

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 ulteriore elemento è dato dalla significativa presenza di popolazione residente proveniente da altri paesi (in primo luogo Nord Africa e paesi dell'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 dei dati di mortalità, che a tutt'oggi rappresenta il più accessibile indicatore sullo stato di salute, evidenzia come, pur in presenza di un andamento della stessa per numero di casi e per causa sovrapponibile ai valori nazionali, nella nostra realtà territoriale sia presente una minore mortalità per cause cardiovascolari, un aumento della mortalità per tumori nelle classi d'età più avanzate ed una mortalità significativa per incidenti stradali. Sul versante della patologia tumorale si rileva il positivo decremento di mortalità per le forme gastriche e una stabilizzazione per la mammella e l'utero mentre resta significativa la mortalità per tumore del polmone e ed al colon.

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 problema delle morti per incidenti stradali e per tumori legati al fumo (polmone), oltre 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 deve essere seguito in maniera particolare il settore edilizia, gli infortuni stradali e 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 socioeconomica 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, ma 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 fra l'Ospedale e il Territorio, fra i diversi servizi territoriali, che richiede un approccio sinergico interistituzionale.

4.2 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 con la costituzione 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. Infatti, complessivamente considerati, essi costituiscono il fondamento normativo e regolamentare per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione, in quanto incide sull'assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell' offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce 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:

- il progressivo spostamento dell' offerta sanitaria dall'ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso l'accorpamento e la riconversione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungodegenza e post-acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- il progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l'introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell'operato delle aziende;
- l'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;
- l'istituzione e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi territoriali.

4.3 Fattori critici

Sebbene l'ASP risulti ben configurata geograficamente e abbastanza ben articolata, il suo principale punto di debolezza è paradossalmente rappresentato dall'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio e dall'azienda Mater Domini presente sul suo territorio. A quest'ultima

infatti vengono riconosciute tutte le prestazioni erogate, senza peraltro l'obbligo di dover preventivamente negoziare volumi e tipologie delle prestazioni da erogare. Ciò grava significativamente sull'assegnazione finanziaria dell'Azienda.

Un altro fattore di criticità è rappresentato dalla presenza di quattro strutture private accreditate per prestazioni di ricovero ospedaliero alle quali sono riconosciuti volumi di prestazioni e tetti di spesa definiti in sede regionale e tariffe piene per l'alta specialità con una consistente quota di mobilità attiva che grava sul bilancio aziendale ma non è adeguatamente valorizzata in sede di assegnazione del contributo in conto di esercizio.

Le prestazioni di ricovero nelle RSA, nelle strutture riabilitative e nelle comunità terapeutiche non è ancora soggetta ad una formalizzata politica degli scambi e, conseguentemente, non è definita e valorizzata la consistente quota di mobilità attiva ai fini delle assegnazioni regionali all'azienda.

Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato da una relativa vicinanza e indifferenziazione dei tre presidi ospedalieri a gestione diretta, che peraltro evidenziano un elevato costo del personale e, in alcuni casi, un considerevole deficit di bilancio.

Non va poi trascurata la debolezza strutturale del poliambulatorio nel distretto di Catanzaro Lido, che accentua la criticità derivante dalle richiamate modalità erogative delle A.O. Pugliese Ciacchio e Mater Domini.

Ulteriori elementi di criticità sono la dotazione organica non correlata al dimensionamento delle attività dei servizi, con un elevato costo del personale amministrativo e di supporto, e la parcellizzazione sul territorio delle attività e delle strutture, soprattutto amministrative, non sufficientemente giustificata dalla quantità e qualità delle attività e dalle prestazioni erogate.

La spesa farmaceutica ha avuto negli ultimi anni un ruolo di particolare rilievo negativo nel bilancio aziendale essendosi discostata sistematicamente negli la previsione di spesa dagli standard di riferimento e dalle assegnazioni regionali per il sottolivello assistenziale, concorrendo significativamente a determinare il deficit di bilancio. Deve evidenziarsi, altresì, l'avvio di interventi strutturali di razionalizzazione della spesa farmaceutica

attraverso l'adozione di strumenti capaci di arginare il ricorso a presidi farmacologici non appropriati e di avvio della distribuzione diretta, della distribuzione 1° ciclo e della distribuzione per conto.

Infine altro punto critico è rappresentato dal cronico consistente disavanzo di cassa che rappresenta un ulteriore fattore di criticità gestionale e produttore di ulteriore deficit.

4.4 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.

Il bilancio di esercizio 2011, pur riducendo ulteriormente il consistente deficit pregresso, registra un deficit di bilancio, ascrivibile principalmente alla mancata riduzione della spesa farmaceutica nei termini programmati ed al costo del personale. Il deficit registrato, oltre che imputabile a quanto rappresentato, deriva anche da una sottostima dei finanziamenti relativamente ai costi sostenuti per mobilità attiva delle prestazioni di ricovero ordinario, in RSA e in strutture riabilitative. 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 ottenuti sulla farmaceutica esterna, sul costo del personale e su una programmazione degli acquisti per prestazioni di ricovero, specialistiche e di riabilitazione.

Tra gli aspetti positivi si evidenziano poi una buona configurazione territoriale e un miglioramento dell'efficienza operativa dei Presidi che fanno registrare un buon tasso di occupazione dei posti letto, l'assenza di liste di attesa ed un sostanziale equilibrio di bilancio. La gestione dei presidi ospedalieri, in particolare, ha rappresentato nel 2011 e 2012 una razionalizzazione e riorganizzazione, seppur parziale, dei posti letto.

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.

5. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR). L’individuazione e l’assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, previsto dal decreto “Brunetta” (D.Lgs. n. 150/2009) permetterà di coniugare la performance organizzativa conseguita dalle strutture organizzative con quella individuale collegata ai dirigenti.

Del suddetto sistema di misurazione è garante l’ Organismo Indipendente di valutazione (OIV), che supporta la Direzione aziendale nella definizione degli obiettivi strategici, favorendone il coordinamento, e nella individuazione delle responsabilità per gli obiettivi medesimi. L’OIV contribuisce inoltre all’allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell’organizzazione e, a tal fine, rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

Ai sensi del D.Lgs. 150/2009 e delle Linee guida emanate con Delibera n. 89/2010 dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), il “sistema di misurazione e valutazione della performance”, in sede di prima attuazione, è definito dagli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), mentre spetta all’organo di indirizzo politico-amministrativo l’adozione in via formale del sistema.

Tale sistema è centrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l’allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori (strumenti che rendono possibile l’attività di acquisizione delle informazioni), di outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato o valore atteso) per ciascun indicatore, che deve avere caratteristiche di qualità e di fattibilità opportunamente

soppesate, al fine di soddisfare le esigenze dei portatori di interesse interni ed esterni, e dell'utenza in particolare, cui le azioni sottese agli obiettivi sono destinate.

Ai fini dell'efficacia dell'intero sistema e per garantire la connessione fra il sistema di misurazione della performance organizzativa con quello della misurazione e valutazione della performance individuale, il ricorso ad un'opportuna "mappa strategica" consente di declinare ed evidenziare a cascata, nei diversi livelli organizzativi, gli obiettivi operativi attribuiti in fase di negoziazione di 2° livello dai Responsabili di macrostruttura ai dirigenti responsabili di Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali e, da parte di questi ultimi, nei confronti del personale dirigente e non dirigente afferente all'unità operativa (negoziiazione di 3° livello).

Tale processo, che si sviluppa in coerenza con gli obiettivi strategici definiti a livello regionale, si estrinseca nella definizione di specifici Piani operativi o Piani d'azione, definiti in coerenza con il Piano delle attività.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si innesca, quindi, nell'ambito del più ampio Ciclo di gestione della performance, articolato nelle seguenti fasi:

- 1) - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, degli indicatori, dei risultati e dei valori attesi;
- 2) - collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse;
- 3) - monitoraggio in corso di esercizio, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) - misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, secondo frequenza e modalità definite;
- 5) - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- 6) - rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

L'Azienda ha avviato il processo di costituzione del proprio sistema di misurazione e valutazione della performance individuale predisponendo un nuovo "Regolamento per la valutazione individuale del personale", dirigente e del comparto, ispirato ai principi fondamentali sanciti in materia dal D.lgs 150/09.

Il percorso “a cascata” nell’attribuzione degli obiettivi operativi consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità: la Direzione aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e dalla relativa pianificazione, procede alla definizione e assegnazione degli obiettivi annuali alle macro strutture aziendali.

I responsabili delle macro strutture, coadiuvati dai dirigenti delle strutture coordinate, comunicano a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e le modalità previste per il raggiungimento degli stessi; informano inoltre sui criteri e le modalità di valutazione della performance individuale.

Il regolamento prevede la parametrizzazione di alcune variabili, onde determinare al meglio la misura della performance individuale.

Le variabili oggetto di valutazione per la Dirigenza sono raggruppate nelle seguenti aree di valutazione:

- A. - Area delle competenze manageriali specifiche
- B. - Area della Tecnologia e dell’innovazione
- C. - Area Relazionale e della Comunicazione
- D. - Area dell’Efficienza e della Produttività

- E. - Area della Partecipazione ai processi aziendali

Le variabili oggetto di valutazione per il Comparto sono raggruppate nelle seguenti aree di valutazione:

- A. - Area dell’Impegno Lavorativo
- B. - Area della Qualità della Prestazione
- C. - Area della Capacità di Analisi e Soluzione dei Problemi
- D. - Area dell’Orientamento verso l’Utente
- E. - Area dell’Adattamento ai Cambiamenti Organizzativi

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite “schede per la valutazione del Comparto e della Dirigenza”.

Il sistema premiante, ai sensi dell'art. 57 del D.lgs 150/09, è collegato alla performance organizzativa, con riferimento alle UU.OO. o aree di responsabilità in cui si articola l'Azienda. La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'OIV, dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale. Il punteggio percentuale attribuito è correlato alla quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

Il calcolo degli importi teorici di premio incentivante assegnato alle singole graduatorie di merito (articolate per fondi contrattuali e per unità operative) viene infine effettuato dall'U.O. Programmazione e Controllo che li comunica all'U.O. Gestione Risorse Umane.

L'approvazione, da parte dell'OIV, delle graduatorie di merito del personale del Comparto e della Dirigenza, distinte per fondi contrattuali e per ogni macro struttura aziendale, determinerà quindi l'assegnazione dei dipendenti ad una delle fasce di merito previste dal D.Lgs. 150/2009, nelle forme definite dalla contrattazione aziendale.

6. Gli indirizzi strategici

~~Da quanto precedentemente rappresentato risultano abbastanza chiari gli indirizzi strategici perseguibili. L'azienda dovrà necessariamente orientarsi verso un miglioramento della situazione economico finanziaria attraverso una razionalizzazione dei costi ed un aumento della qualità delle prestazioni erogate e delle attività svolte.~~

Un limite a ciò è dato però da una variabile su cui l'ASP solo marginalmente può agire, cioè l'elevato numero e costo dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche dei propri assistiti presso le Aziende Ospedaliere di Catanzaro. L'azienda ha già avviato un processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi a gestione diretta nell'ottica della riduzione dei costi per il livello essenziale di assistenza, nonché in relazione agli adempimenti derivanti dalle disposizioni regionali ed in ottemperanza alle disposizioni di legge in merito all'utilizzo dei posti letto ospedalieri. Pertanto la riduzione complessiva dei costi dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche ed il loro contenimento nell'ambito della percentuale di spesa definita in sede nazionale e regionale può essere ottenuta solo mediante un sistematico controllo dell'appropriatezza degli stessi e la riduzione del tasso di

ospedalizzazione attraverso la definizione dei contratti con i soggetti privati accreditati ma, soprattutto, attraverso la definizione di volumi, tipologie, tariffe e qualità delle prestazioni di ricovero e specialistiche delle aziende ospedaliere situate nel territorio dell'azienda. A tale azione deve essere correlato un incisivo riappropriarsi della attività diagnostica e specialistica di base e un selettivo orientamento dell'utenza verso i propri servizi.

Inoltre nei limiti imposti dalle disposizioni regionali deve essere prevista una consistente riduzione della mobilità per le prestazioni di ricovero e specialistiche saturando la propria capacità produttiva e ridefinendo coerentemente i piani degli acquisti.

Le leve di costo su cui l'Azienda potrà più liberamente agire, saranno invece la spesa farmaceutica e la riduzione dei costi del personale. Tutto ciò inevitabilmente comporta una più stretta integrazione con i MMG ed una modifica dell'assetto organizzativo e della dotazione organica con conseguente riduzione degli oneri e dei fondi oggi correlati ad una organizzazione inadeguata non correlata alle esigenze.

Questo indirizzo strategico potrà realizzarsi solo mediante una focalizzazione su cinque fattori o obiettivi principali:

- *razionalizzazione dei costi*
- *aumento delle competenze cliniche*
- *miglioramento dei servizi territoriali*
- *miglioramento della qualità*
- *comunicazione*

SINTESI DEL QUADRO STRATEGICO DI RIFERIMENTO

IDENTITÀ E MISSIONI

Azienda ospedaliera
 con 368.000 assistiti
 che presta i suoi servizi di primo e alto livello
 di cura

PUNTELLI DEBOLIZZA

Volume elevato di prestazioni con un'organizzazione alla Avogadro
 necessaria al rafforzamento delle strutture e alla cura del
 complesso S. Annunziata (attività di prevenzione e riabilitazione)
 elevato costo dei prestazioni
 riduzione delle prestazioni
 specializzazione
 specializzazione delle attività e dei servizi

INDIRIZZI STRATEGICI

razionale azione di gestione
 contenimento dei costi
 potenziamento delle strutture e servizi
 aumento delle prestazioni con AMM
 differenziazione dell'offerta dei servizi
 miglioramento della qualità dei servizi

PUNTELLI FORZA

buona organizzazione
 servizi di alto livello
 servizi di prevenzione e riabilitazione
 servizio di primo e alto livello di cura

OBIETTIVI STRATEGICI

<p>COSTI</p> <p>ridurre i costi e contenere i costi contenere i costi di gestione Essenziale un costante controllo delle cure erogate equilibrio finanziario per l'AMM riduzione dei costi di gestione</p>	<p>COMPETENZE</p> <p>gestire in modo efficiente le competenze delle risorse umane e professionali della struttura offrire un'organizzazione efficiente e innovativa</p>	<p>SERVIZI</p> <p>offrire servizi di prima e alta qualità prestazioni di alta qualità e dotate di alta tecnologia migliorare l'offerta dei servizi di prevenzione e riabilitazione migliorare la qualità dei servizi di primo e alto livello di cura</p>	<p>QUALITÀ</p> <p>offrire la qualità di prima e alta qualità migliorare la qualità dei servizi di prevenzione e riabilitazione migliorare la qualità dei servizi di primo e alto livello di cura</p>	<p>COMPENSAZIONI</p> <p>gestire in modo efficiente le risorse umane e professionali della struttura offrire un'organizzazione efficiente e innovativa</p>
--	--	---	--	--

OBIETTIVI OPERATIVI E FUNZIONALI

7. Albero delle Performance.

L'assetto organizzativo dell'ASP di Catanzaro, illustrato nella apposita tabella a pag. 6 permette maggiori garanzie di pervenire alle performance attese declinando gli obiettivi strategici per macro-area di intervento e per singole strutture complesse, attraverso la 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 ulteriori obiettivi operativi, tali da consentire, infine, 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 Presidente della Giunta Regionale nella qualità di Commissario al Piano di Rientro con appositi decreti insieme agli obiettivi di funzionamento da assegnare per l'anno 2013, sono ribaltati alle macrostrutture ed alle strutture complesse dell'ASP, che assumeranno, di concerto con il comitato budget, il compito di definire nel proprio ambito di intervento obiettivi operativi altrettanto 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.

Gli obiettivi strategici aziendali sono altresì declinati insieme ad opportuni obiettivi operativi sia nell'ambito dell'area territoriale, governata dai Distretti Sanitari, sia nell'ambito dell'area ospedaliera, organizzata nei 3 Presidi Ospedalieri per i quali sono stati definiti specifici obiettivi con riferimento alle singole Strutture complesse in essa operanti.

Nella individuazione degli obiettivi si sono selezionati, in particolare, quelli con una ricaduta più diretta sui cittadini/clienti che si rivolgono alle strutture sanitarie, in modo tale da avere da questi stakeholders esterni un contributo fondamentale nell'attività di monitoraggio sul miglioramento della qualità dei servizi, in riferimento alle dimensioni dell'efficacia, della trasparenza, della accessibilità, della tempestività .

Non potendo l'Azienda potenziarsi sul piano ospedaliero incrementando i ricoveri e dovendo altresì ridurre i costi derivanti dai ricoveri stessi, essa dovrà agire sul piano della appropriatezza, della prevenzione, della diagnostica, dell'informazione e dell'orientamento dell'utenza, del miglioramento dell'efficienza organizzativa.

Consèguentemente gli obiettivi operativi e funzionali che si intende perseguire sono quelli di:

- Implementazione degli obiettivi individuati dal Piano di Rientro
- Implementazione degli obiettivi di Piano Sanitario
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la definizione del piano annuale delle prestazioni di ricovero ospedaliero e dei volumi, tipologie e tariffe da acquistare dai soggetti accreditati attraverso contratti con le strutture ospedaliere a gestione diretta pubbliche e private accreditate ed attraverso azioni di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri sia ordinari che in DH; attivazione del *Day-Service* e dell'Osservazione Breve Intensiva
- Riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni di ricovero anche attraverso verifiche di esito
- Introduzione di criteri di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche
- Diminuzione delle liste d'attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Contenimento dei costi del personale
- Incremento delle attività non tariffabili
- Elevare le competenze in campo diagnostico/terapeutico e in particolare nelle specialità di base che generano maggiori costi di ospedalizzazione e specialistiche che generano i maggiori costi per fughe
- Potenziare le strutture preposte alle attività diagnostiche ritenute strategiche (radiologia, diagnostica strumentale, cardiologia, odontoiatria), nell'ambito del distretto di Catanzaro - Catanzaro Lido e nell'ospedale di Lamezia
- Sviluppo di percorsi integrati ospedale-territorio e presa in carico per i pazienti oncologici
- Presa in carico e definizione dei percorsi assistenziali dei pazienti
- Sviluppare integrazione DSM distretti
- Sviluppo dei programmi di attività di integrazione con il piano sociale
- Integrazione delle attività di controllo del dipartimento di prevenzione

- Verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni
- Migliorare la relazione con il pubblico e monitorare sistematicamente la qualità percepita.
- Agire incisivamente sul piano della comunicazione con il pubblico e la medicina di base in modo da orientare la domanda (particolare cura dovrà essere posta sulla carta dei servizi, supporti video e di comunicazioni, attività di marketing, ecc)
- Monitoraggio continuo e razionalizzazione della spesa farmaceutica con potenziamento della distribuzione diretta
- Attivazione/incremento della distribuzione diretta farmaci 1° ciclo di terapia (post dimissioni e post visita ambulatoriale)
- Incremento della distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)
- Incremento del 2% della quota relativa al consumo di farmaci a brevetto scaduto
- Incremento della qualità e quantità dei flussi farmaceutica
- Dimensionamento degli organici in relazione alle attività o prestazioni erogate
- Rispetto / riallineamento dei costi per Lea agli standards di finanziamento
- Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei dati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) - Intesa Stato - Regioni del 23.3.2005, n.2271, all'art. 3, co. 6
- Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei dati relativi ai flussi di interesse regionale (SDO, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, protesica, personale, contabilità, ecc.)
- Rispetto dell'invio dei flussi al Ministero dell'Economia e Finanze (art. 50 della legge n. 326/2003)
- Rispetto dell'invio dei flussi So.Ge.I.
- Sviluppo dei sistemi di controllo direzionale e definizione di ambiti, modalità, tempi e destinatari dei debiti informativi delle strutture al fine di rafforzare le possibilità di conoscenza e di analisi dei processi aziendali
- Razionalizzazione e snellimento delle procedure amministrative
- Introduzione/applicazione di un sistema di contabilità analitica a livello aziendale
- Esecuzione degli adempimenti in materia di sicurezza dei dati e di privacy
- Implementazione e verifica dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e dei sistemi di identificazione degli eventi avversi o quasi eventi (*risk management*) e di tutte le procedure approvate con D.G.R. n. 369 del 18/06/2009

- Migliorare le attività dei scarico dei consumi sul sistema di magazzino integrando le relative informazioni in modo automatizzato con la contabilità generale
- Elaborazione report trimestrale degli scarichi e rimanenze di magazzino
- Registrazione patrimonio immobiliare Lamezia sul sistema Ascot
- Registrazione sul sistema Ascot delle manutenzioni mobiliari ed immobiliari ordinarie e straordinarie
- Esecuzione delle gare nei tempi indicati dalla direzione in fase di autorizzazione
- Riduzione dei tempi tra richiesta ed ordine per l'acquisto di beni non soggetti ad autorizzazione
- Implementazione dell'informatizzazione dello stato giuridico del personale
- Riunificazione ed aggiornamento fascicoli del personale
- Elaborazione report trimestrale del contenzioso e del contenzioso con il personale

Le Schede degli Obiettivi e dei relativi Indicatori determinati per le Macroarticolazioni e per le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali dell'ASP di Catanzaro saranno oggetto di successivo apposito dettagliato documento.

8. Il Processo e Le Azioni di Miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance.

Le fasi del processo seguito per lo sviluppo del ciclo di gestione delle performance hanno coinvolto i soggetti indicati nella sottostante tabella.

Fase del processo Soggetti coinvolti

Fase del processo	Soggetti coinvolti
Definizione dell'identità dell'organizzazione	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
Analisi del contesto esterno ed interno	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione U.O. Epidemiologia e Statistica U.O. Gestione Risorse Umane
Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direzione Strategica U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
Valutazione della coerenza con la programmazione economico-finanziaria	U.O. Risorse Economico-Finanziarie U.O. Programmazione e Controllo di Gestione
Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	U.O. Programmazione e Controllo di Gestione Comitato Budget Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV Macroarticolazioni, Strutture complesse e Semplici Dipartimentali
Comunicazione del Piano all'interno ed all'esterno	Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV U.O. Programmazione e Controllo di Gestione

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.

Inoltre, da un lato l'atteggiamento culturale e manageriale che il nuovo sistema prevede è ancora in divenire a tutti i livelli organizzativi, dall'altro la gestione della complessità del sistema di misurazione della performance organizzativa e di quella individuale non può fare riferimento, in atto, ad adeguati strumenti informatici che semplifichino le procedure ad esso connesse.

Il miglioramento del ciclo di gestione delle performance richiederà, pertanto, un ulteriore impegno e l'implementazione di azioni ancora necessarie alla sua completa ed efficace definizione.


dr. Carmine Dell'Isola