



I.R.C.C.S. "Saverio de Bellis"

Ente di Diritto Pubblico D.M. del 31/03/1982

Sede legale ed operativa: via Turi 27

70013 Castellana Grotte (BA)

C.F. – P. iva: 00565330727

COPIA ATTI ARCHIVIO

Deliberazione del Direttore Generale
Nominato con "D.P.G.R. n.33 del 09.02.2022"

DELIBERAZIONE N. 490 DEL 26 GIU 2023

OGGETTO: Relazione sulla performance 2022. Approvazione.

UFFICIO PROPONENTE: U.O.S. PIANIFICAZIONE E CONTROLLO

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA:
Si attesta la conformità dell'atto alle normative
Nazionali e Regionali in materia.

Il dirigente Amministrativo dell'Ufficio Proponente
(dott. Michele Albino Di Lorenzo)

ATTESTAZIONE DI REGOLARE IMPUTAZIONE DEI COSTI:

Il Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Finanziarie
(dott. Giuseppe Savino)

Il dott. Tommaso A. Stallone Commissario Straordinario dell'Ente adotta la seguente deliberazione.

Visti:

- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 L. 23/10/1992 n.421"* ed, in particolare, l'art. 3, comma 6;
- il D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*;
- il D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., *"In materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*, ed, in particolare, l'art. 10, comma 1, lett. b) e l'art. 14, comma 4, lett. c);
- la Legge regionale Puglia n. 1/2011: *"Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia"*, con la quale la Regione Puglia ha recepito i principi e i contenuti del D.Lgs. n. 150 /2009 con l'art. 1, comma 2;
- le linee guida n. 3/2018 del Dipartimento per la Funzione Pubblica Ufficio per la valutazione della performance per la Relazione annuale sulla performance;
- la DDG 210 del 09/07/2021 avente ad oggetto *"Aggiornamento Sistema Misurazione e Valutazione della Performance"* nell'ambito del cui documento allegato l'Istituto ha definito le modalità le procedure ed i processi di attuazione della performance organizzativa ed individuale per le articolazioni aziendali.

Premesso che:

- con D.Lgs. 150/2009, così come modificato sullo specifico punto dal D.Lgs. 74/2017, si prevede all'art. 10, comma 1, lettera b) di pubblicare annualmente sul sito istituzionale *"[...] b) entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e 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 ..."*;
- le Linee Guida n. 3/2018, definite dal Dipartimento Funzione Pubblica (nel seguito DFP), sono state seguite per la redazione della relazione sulla performance 2022, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, al fine di consentire il rispetto delle indicazioni metodologiche alle PP.AA. per gli specifici aspetti di accountability legati al Ciclo della Performance;

Rilevato che, a seguito delle modifiche introdotte con d.lgs. 74/2017 all'art. 10, comma 1, lett. b), d.lgs. 150/2009, con le citate Linee Guida n. 3/2018 il DFP — Ufficio per la valutazione della performance ha anche definito i contenuti importanti di cui deve essere dotata la Relazione al fine della validazione da parte dell'OIV, così da tener conto degli aspetti essenziali dei contenuti richiesti;

Rilevato, altresì, che dette Linee Guida, benché attualmente rivolte ai soli ministeri, contengono indicazioni metodologiche a cui tutte le Amministrazioni Pubbliche possono adeguarsi in sede di predisposizione e validazione della Relazione;

Dato atto che:

- con deliberazione del D.G. n.161 del 30/04/2022 è stato adottato e approvato il PIAO 2022-2024 - Piano Integrato di Attività e Organizzazione contenente le seguenti trattazioni:
 - 1) Sezione della Performance riguardante il valore pubblico, quale documento programmatico triennale

integrato con gli altri documenti triennali, mediante il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio;

2) Obiettivi generali 2022 con gli indicatori e i risultati attesi per l'IRCCS;

- con deliberazione del D.G. n.197 del 18/05/2022 sono stati assegnati dalla Direzione Generale col "Processo di Budgetizzazione anno 2022" le assegnazioni degli obiettivi generali alle articolazioni aziendali quali obiettivi specifici 2022;
- con deliberazione del D.G. n.576/2022 sono stati approvati dalla Direzione strategica e assegnati ai proponenti / esecutori per i contenuti richiesti, a seguito di opportuna condivisione con le OO.SS., specifici progetti di natura trasversale a valersi sulla quota del 10% a disposizione della Direzione Strategica per attività di rilevanza determinante per l'Istituto, come riportato dal regolamento della Performance sez.2.1 (DDG 60/2021 e 58/2021);
- sulla base della valutazione della performance organizzativa di cui sopra, la STP raccolto i dati per la valutazione degli indicatori e valori attesi ed ha predisposto la Relazione sulla Performance per l'anno 2022, nel rispetto delle predette Linee Guida n. 3/2018 del DFP, riportando gli esiti dell'istruttoria eseguita rispetto agli obiettivi e risultati conseguiti;

Stabilito di procedere alla formale approvazione della Relazione della Performance con riferimento al 2022.

Considerato che la Relazione sulla Performance 2022, approvata dall'organo politico e allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, sarà presentata e sottoposta alla valutazione del Presidente dell'OIV e suoi componenti, affinché l'Organismo collegialmente riunito possa esprimere un giudizio di validazione rispetto ai contenuti;

Considerato altresì che, in applicazione di quanto disposto dall'art. 10, co. 8, del D.lgs. n.33/13, corre l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di pubblicare la suddetta relazione, sul sito internet istituzionale, in apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Scientifico.

Tutto ciò premesso e considerato.

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa e che qui si intendono integralmente riportate per farne parte integrante e sostanziale di:

1. di approvare formalmente, ai sensi dell'art. 10, c. 1, lett. b), d. Lgs. 150/2009 s.m.i., la "Relazione sulla Performance per l'anno 2022", allegato del presente provvedimento per essere parte integrante e sostanziale;
2. di pubblicare, ai sensi dell'art. 10, c. 8, D.Lgs. 33/2013 e delle indicazioni fornite con delibera ANAC n. 1310/2016, la Relazione sulla Performance per l'anno 2022 sul sito istituzionale dell'IRCCS "S. de Bellis" nella sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto sezione "Performance", valevole

- quale informativa alle OO.SS. del comparto e della dirigenza, nonché a tutto il personale dipendente;
3. di pubblicare nell'apposita sezione OIV, ad avvenuta comunicazione dell'esito, la valutazione espressa dall'Organismo sulla validazione della Relazione.
 4. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
 5. di inviare il presente provvedimento al Collegio Sindacale

Il presente provvedimento comporta oneri a carico dell'Ente e si compone di n.4 pagine.

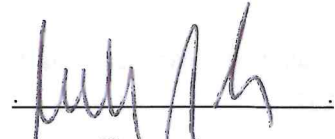
Esso ha immediata esecutività dalla data di pubblicazione sul sito internet dell'Ente.

Letto, approvato e sottoscritto

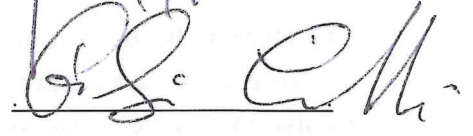
il Direttore Amministrativo Dott. Francesco LUONGO



il Direttore Sanitario Dott. Roberto DI PAOLA

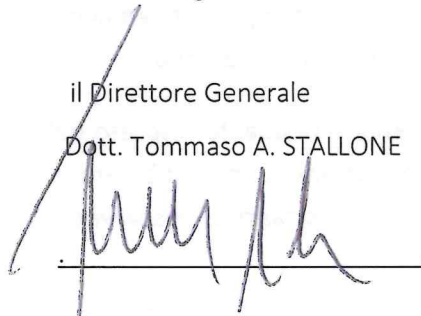


il Direttore Scientifico Prof. Gianluigi GIANNELLI



il Direttore Generale

Dott. Tommaso A. STALLONE



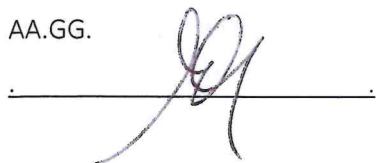
Castellana Grotte, il 26 GIU 2023

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

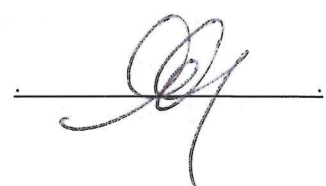
Si attesta che copia della deliberazione viene pubblicata sull'Albo Pretorio on-line sul sito Web di questo Ente a partire dal 27 GIU 2023.

L'incaricato alla pubblicazione

AA.GG.



il Funzionario Amm.vo





Relazione sulla Performance.

Anno 2022



Documento redatto da:

dott. Michele Albino Di Lorenzo

Dirigente Amministrativo U.O.S. Pianificazione e Controllo

Approvato dal Direttore Generale

dott. Tommaso Antonio Stallone

Direttore Sanitario

dott. Roberto Di Paola

Direttore Amministrativo

dott. Francesco Luongo



INDICE

1. Introduzione alla relazione annuale sulla performance annualità 2022	4
2. Gli obiettivi strategici e generali 2022	9
3. Il contesto verificatosi e le attività svolte	15
3.1. Contesto interno ed attività svolte	15
4. Il ciclo della performance relativo 2022	30
5. Analisi della performance	32
5.1. Principali risultati raggiunti: accountability	32
5.2. Analisi del contesto e delle risorse umane	39
5.3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa	42
5.3.1. Obiettivi specifici annuali dell'amministrazione nel suo complesso	42
5.3.2. Obiettivi specifici (visione triennale)	55
5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità	57
5.4. Misurazione e valutazione della performance individuale: progetti di natura trasversale	58
6. Allegati	64

1. Introduzione e perimetro della relazione annuale sulla performance 2022

Premessa

La presente relazione è stata approntata seguendo le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, identificate come "Relazione annuale sulla performance N.3, Novembre 2018", riportando i risultati conseguiti rispetto alle attese programmate in termini di performance 2022, nel rispetto della disciplina di approvazione da parte dell'organo politico, di validazione dell'OIV e pubblicazione sul sito istituzionale (nel rispetto delle indicazioni del D.Lgs. 33/2013).

Il piano delle performance per il 2022 (Piano), ha identificato il perimetro di trattazione strategica da parte della Direzione Aziendale, delineando con gli obiettivi generali le attese in termini di performance per il 2022.

Tale documento è stato adottato con deliberazione del Commissario Straordinario n.39 del 31/01/2022 "Piano della performance 2022 - 2024: Obiettivi Generali 2022" e successivamente ricompreso nel PIAO adottato con deliberazione del DG n.161 del 30/04/2022 avente oggetto "Approvazione del PIAO 2022-2024 - Piano Integrato di Attività e Organizzazione", e più precisamente rispetto alla sezione 2.2 riguardante la Performance

Le strategie da attuarsi e individuate dall'organo di indirizzo politico, hanno rappresentato le direzioni verso cui orientare le risorse e sviluppare le attività delle varie strutture sanitarie ed amministrative, attraverso le azioni necessarie da mettere in campo per il miglioramento delle performance dell'IRCCS.

In termini programmatici, il quadro di performance aziendale delineato, chiamava l'Amministrazione ad avviare un processo volto al conseguimento di un valore pubblico che per la prima volta, a seguito dell'adozione di un piano triennale integrato detto PIAO, poneva distinti piani triennali quali sezioni di un unico documento al fine di armonizzare tutte le prospettive di programmazione richieste dal legislatore.

La novità dettata dal legislatore, pur non obbligatoria nel 2022, ha invitato questa Amministrazioni ad assolvere al meglio al bisogno dei cittadini con riferimento alla cura delle patologie epato-gastroenterologiche e ai disturbi del metabolismo e dell'alimentazione, avviando già nel 2022 il percorso strategico di interagire tra loro tutte le pianificazioni aziendali di breve periodo richieste dalle varie norme per affinarne la coerenza nel conseguimento dei risultati richiesti.

Con particolare analisi rispetto alla Performance, il PIAO ha visto la definizione degli obiettivi di formazione e di ricerca, prevalentemente traslazionale in campo biomedico e in quello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e cura.

Con tale finalità il PIAO ha identificato rispetto alla performance i seguenti punti:

- *il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito gastroenterologico, quale struttura di riferimento regionale di secondo livello;*



- la valorizzazione della didattica ai fini della formazione del personale nell'ambito sia amministrativo che delle patologie epato-gastroenterologiche, anche in collaborazione con Università e altri Enti di ricerca e di formazione sia nazionali che internazionali;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del SSR e delle Aziende Sanitarie Universitarie;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Regionale della Salute;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del SSR Puglia, missione definita come tutela della salute nella sua globalità in relazione al quadro di risorse a ciò destinate;
- l'adesione alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie oncologiche, gastroenterologiche e dei disturbi dell'alimentazione e, più in generale, in quelle di competenza dell'Ente;
- l'inserimento dell'Ente in ambiti di ricerca europea ed internazionale;

A tale focus il Piano collocava l'IRCCS quale struttura inserita nel Sistema Sanitario Regionale col fine di proporre:

- lo sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito epato-gastroenterologico e di scienze dell'alimentazione;
- il potenziamento della ricerca traslazionale in epato-gastroenterologia, prevalentemente in specifici settori della chirurgia dei tumori intestinali, pancreatici ed epatici, delle patologie croniche dell'intestino e dei disturbi dell'alimentazione;
- il soddisfacimento delle necessità legate alle richieste territoriali di indagini endoscopiche di II livello e di attività diagnostiche ed assistenziali epato-gastroenterologiche mediche e chirurgiche; sviluppo di un'attività formativa in ambito epato-gastroenterologico e scienze dell'alimentazione per la crescita continua delle competenze dei professionisti dell'Ente;
- l'impegno a svolgere anche un ruolo guida nella informazione e formazione della cittadinanza (empowerment) per la prevenzione e la cura delle malattie gastroenterologiche e connesse all'alimentazione nelle diverse età della vita: per esempio la prevenzione e cura della obesità e delle intolleranze alimentari;
- impegno a trattare la cura dell'obesità anche dal punto di vista chirurgico qualora il paziente rientrasse nelle condizioni raccomandate dai PDTA opportunamente concepiti e applicati alle procedure interne.

Il ragionamento strategico elaborato vede l'Istituto orientato, negli anni, a conseguire sempre più alti livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter fornire sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali per continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale e nazionale della ricerca e assistenza in campo sia epato-gastroenterologico, ricomprendendo anche la chirurgia generale e da qualche tempo la chirurgia bariatrica, sia i disturbi dell'alimentazione.

Quanto elaborato dal piano si è concretizzato nella seguente prerogativa di budget in veste Balanced Scorecard (BSC), pronta per essere declinata sulle strutture deputate a concretizzare tali aspettative.

Di seguito quanto scaturito al paragrafo 8.1 del Piano della performance 2022-2023, che si riporta di seguito:





Obiettivi Dir Gen.	Area strategica	Cod.	Descrizione	Azioni	Indicatore	Valore atteso	Performance Organizzativa Peso Direttore Cdl
A. Prospettiva Economico-Finanziaria							
A1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	A1a	Incremento dei ricavi	1.Incremento ricoveri. Acquisizione di finanziamenti. 2.Produzione Extra-Regionale	1.Ricavi produzione SSN 2022 maggiori ai ricavi conseguiti da ricoveri e specialistica 2021 2.N. pazienti provenienti da altre regioni	1. >19.100.000 and 2.Specifiche prestazioni	10
		A1b	Contenimento dei costi	Gestione dei costi 2022 rispetto al 2021: 1.Adesione all'impiego dei farmaci biosimilari o originator più convenienti per aggiudicazione. Percentuale di incidenza dei farmaci biosimilari sul consumo totale dei farmaci biosimilari + originatori; 2.Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche. Spesa di antibiotici ad ampio spettro o gravati da elevate resistenze; 3.Redazione di piani terapeutici su Edotto. Percentuale dei piani terapeutici informatizzati: almeno mantenimento dei risultati ottenuti rispetto al 2019; 4.Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere su Edotto. Percentuale di prescrizioni informatizzate; 5.Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione o visita ambulatoriale. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo di terapia; 6.Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. Percentuale di schede chiuse dai medici relative a pazienti non più in trattamento da 6 mesi 7. Percentuale di rimborso delle schede chiuse dai medici di cui al punto precedente delle quali il farmacista può chiedere il rimborso dove previsto 8. Rispetto dei tetti regionali richiesti con DGR 2022 sui dispositivi 9. Programma biennale Beni e Servizi: comunicare fabbisogno, anche con Finanziamenti FESR 10. Spesa personale : 50% del 2009 T.D.; 1,4% della spesa del 2004.	1. % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso somministrazione diretta) 2.Spesa di antibiotici gravati da elevate resistenze (Carbapenemi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri 3. % Piani terapeutici informatizzati 4. % di prescrizioni specialistiche informatizzate 5. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico 6. % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi 7. % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi 8.Scorte dispositivi ad alto costo 9.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 10.Monitoraggio 1,4% & 50%	Punti 1. a 7.: Mantenimento valori del 2019 8.<Bisogno bimestrale 9.=Rispetto dei tetti di spesa 10.=Nessun ardo rispetto alla scadenza	15
A2	Programmazione	A2	Pianificazione dello straordinario	1.Rispetto programmazione del budget straordinario	Numero ore oltre il budget	=0	10



B. Prospettiva dei Processi Interni

B1	Azzerare l'inappropriatezza	B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriatezza	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery.	Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriatezza	=0	10
B2	Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi	B2	1.Migrazione al Sistema MOSS 2.Rete ospedaliera regionale 3.Anticorruzione e Privacy 4.Avvio organizzativo PNRR 5.Finanziamenti: Covid19-PNRR 6.Sanità Digitale: Qualità flusso Cartella clinica; Telemedicina	1.Organizzare le attività e le procedure. 2.Potenziamento rete ospedaliera regionale DGR 1079 del 09/07/2020: Prosecuzione attività richieste 3.Compliance normativa 4.Descrizione attività conseguenti PNRR 5.Pieno utilizzo dei finanziamenti e rendicontazione 6.Definire gli obblighi spettanti. Completare la cartella clinica informatizzata e ambulatoriale; Telemedicina	1.Rispetto programma regionale MOSS 2.Attivazioni ulteriori PPLL 3.Attuare le attività richieste nel PTPCT 2022 GDPR 679/2016 4.Attività/procedure attivate per il PNRR 5.Applicazione normativa nazionale e regionale 6.Rispetto degli obblighi Sanità Digitale - Informatizzazione - Telemedicina	1. al 100% and 2. >=4 and 3. = tutte and 4. >=1 and 5. Pieno Utilizzo € and 6.=Rispetto obiettivi ex art.39 LR 4/2010	10
B3	Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi	B3	Flussi di rendicontazione	Puntualità di trasmissione dei flussi informativi per rispetto obblighi: Anti-Corruzione e Trasparenza; Privacy; Costi Covid-19; SDO SDA; Leggi; Regione; Ministeri; Procedure; (ecc. con scadenza esplicitata)	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0	5
B4	Efficienza operativa	B4	1.Degenza media reparti 2.Ricetta dematerializzata 3.Case Mix 4. PDTA: Obesità 5.ISO 9001: Qualità 6.Procedure concorsuali	1.Riorganizzare attività di ricovero 2.Pieno utilizzo ricetta bianca 3.Aumentare indice di complessità UOC reparti 4.Adozione e affidamento alle linee guida dei PDTA 5.metodo Risk Based Thinking 6.attivare procedure concorsuali posizioni vacanti	1.Degenza media 2.Numero ricette rosse 3.Indice complessità 4.Implementare le linee guida del PDTA Obesità 5.Valutazione Rischio implementazione procedure interne alle UU.OO. 6.Concorso per le UU.OO. Chirurgia e Genetica	1.<_definire per UO and 2. = 0 and 3.> indice 2021 and 4. Relazioni UUOO and 5.=Ok resp. Quality and 6. >=2	10

C. Prospettiva Soddisfazione degli Stakeholder

C1	Curare la Soddisfazione degli stakeholder	C1	1.Ridurre Liste di Attesa 2.Qualità di processo 3.Indice Tempestività Pagamenti 4.Stabilizzazione D.lgs. 75	1.Attivazione di turni aggiuntivi istituzionali ed incremento del personale 2.Tempi di attesa per la chirurgia oncologica. 3.Verifica sui punti di liquidazione 4.Rispetto delle procedure di stabilizzazione per legge	1.N. Prestazioni erogate 2022 rispetto al 2019 2.Relazione Direttore Chirurgia 3.Rilevazione comunicazione valore trimestrale 4.atti deliberativi conseguenziali	1. > del 2019 and Migliore del 2021 and 3. <= -5 gg and 4.Chiusura ITER richiesto	8
C2	Migliorare l'Accoglienza	C2	Soddisfazione del Paziente	Trattazione segnalazioni comunicate all'URP	Elaborare i dati e riferire risultanze alle UUOO	>2 segnalazioni negative per UO	10



D. Prospettiva Apprendimento, Ricerca e Crescita

D1	Intercambiabilità	D1	Formazione tra colleghi Favorire la circolazione di info	Sostituzione di personale in procedure Finalità di integrazione tra Ricerca e Assistenza	Numero di procedure processate Attivazione registro IBD	>=2 and implementazione registro	4
D2	Formazione	D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno Eventi formativi sul PNRR	N. corsi convegni workshop medio dipendenti Percentuale partecipanti rispetto ai designati	>=1 and =1	4
D3	Ricerca: +IFN, cas e Sperim.ni	D3	Punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1.Apporto al valore IFN 2.Segnalazioe di casistiche 3.Attività di ricerca sperimentale	1.Collaborazione per conseguimento di IFN 2.N. segnalazioni casistiche 3.partecipazione alle Sperimentazioni cliniche	>=IFN migliore 2021 or >=10_definire per UO or 3. >=1	4
Totali pesi							100

Dalle prospettive appena presentate degli obiettivi generali, sulla base del metodo BSC, con il sistema del *cascading* sono stati definiti gli obiettivi specifici assegnati alle unità sanitarie e amministrative. Per tale passaggio e per approfondimenti metodologici si rinvia alla deliberazione del CS n.197 del 18/05/2022.

Il consuntivo del 2022, in conseguenza di scelte programmatiche fatte in modo consono per contenere i risvolti derivanti dalla situazione pandemica, non ha richiesto alla Direzione Aziendale l'attuazione di rimodulazioni, avendo tali precauzioni operato al fine di preservare la migliore funzionalità assistenziale e il più congruo conseguimento degli obiettivi specifici delle singole articolazioni aziendali, operando preventivamente l'adeguamento dei comportamenti e delle attività alle variabilità di un anno ancora Covid.

La ponderazione degli aspetti programmatori, a differenza di quanto divenuto necessario nel 2020, ha dato coerenza alle aspettative economiche degli obiettivi della prospettiva A della BSC, comportando il fattibile raggiungimento della produzione dei ricavi negoziata con i Reparti e i Servizi (codice A1).

Premesso quanto sopra, la relazione porterà a rilevare nei passaggi successivi il risultato conseguito ed i livelli di performance raggiunti rispetto agli obiettivi, rilevando per ogni obiettivo e indicatore gli scostamenti con le relative cause, potendosi così identificare il perimetro di analisi ed in sintesi definire gli aspetti di *accountability* conseguiti dall'IRCCS "S. de Bellis" (IRCCS) nel corso del 2022.

2. Gli obiettivi strategici e generali del 2022

Le strategie convertite in obiettivi generali e presentati al paragrafo precedente, hanno trovato così la sintesi dell'orientamento su cui il direttivo aziendale ha focalizzato nel dettaglio le scelte da realizzare nelle seguenti specifiche aree di analisi:

- o area sanitaria,
- o area di ricerca
- o area amministrativa

Le programmazioni volute rispetto alle quattro prospettive A) B) C) e D) della metodologia BSC con gli obiettivi distinti per area di analisi, rappresentano il focus della presente relazione, e col presente paragrafo la sintesi dell'orientamento della gestione per rendere trasparente quanto attivato mediante il ciclo della performance dagli addetti ai lavori sulla base degli indicatori rispetto ai risultati attesi.

Di seguito è presentata la ragion d'essere degli obiettivi generali per consentire una visione d'insieme per prospettiva e per area di analisi di quanto scelto con gli orientamenti strategici adottati, rinviando agli approfondimenti finali la disamina di dettaglio dei risultati, per ogni articolazione aziendale, del risultato rispetto alle attese nell'ottica di un'accountability da offrire al lettore:

A) Prospettiva Economico Finanziaria (misura dell'efficienza/efficacia dei risultati).

area sanitaria: La ponderazione dell'obiettivo dei ricavi ha richiesto di assegnare *target* coerenti con la fattibilità della produzione per ricovero e specialistica nell'ipotesi di uno scenario variabile a seguito di una pandemia ancora in corso.

In merito ai costi si è ragionato al fine di contenere sprechi, in particolare per i farmaci biosimilari in luogo dei farmaci originator, gli antibiotici, i dispositivi in vitro e per i dispositivi ad alto costo, mantenendo l'attenzione degli operatori sulla questione già avviata nel 2020 e 2021. Rispetto al contenimento delle giacenze di dispositivi e farmaci aventi alto costo, è stato reiterato l'obiettivo 2021 per il rispetto della soglia bimestrale a fine anno, al fine di garantire il rispetto del contenimento degli sprechi sotto forma di giacenze sovradimensionate

L'obiettivo di prospettiva economica, ha visto da un lato il mantenimento della produzione quale necessità di pareggiare il bilancio compensando i costi di esercizio e al contempo il rispetto ai costi è stato un impegno da perseguire nel corso dell'annualità il loro contenimento, dando atto che la pandemia avrebbe potuto orientare le scelte su necessità prudenziali di aumento delle scorte più che di contenimento.

ATTESE: Sensibilizzare il personale al mantenimento dell'erogazioni di prestazioni di ricovero e ambulatoriali operando una politica di contenimento



dei costi con i monitoraggi trimestrali della Farmacia e della Direzione Sanitaria sui consumi.

area di ricerca: La valorizzazione dell'impegno scientifico in termini di Impact Factor Normalizzato è stato considerato rispetto a tutte le UU.OO impegnate nelle attività di produzione scientifica per far sì che continui la propria attività di ottenimento di finanziamenti di progettualità scientifica che consente un sostegno importante sulle entrate dell'Istituto.

ATTESE: riscontro positivo da rilevarsi dall'ottenimento di fonti di finanziamento per la ricerca scientifica, anche da privati.

area amm.va: Al fine di rendere più efficaci le risposte amministrative rispetto ai costi del lavoro, al loro contenimento e al rispetto dei limiti indicati dalla normativa nazionale e le DDGGRR della regione Puglia, si sono definiti i tetti di budget dello straordinario ordinario per il comparto, mediante l'attribuzione del budget per ogni UU.OO., periodicamente rivedibile, alla luce delle necessità imprevedute. Tale impegno è stato chiesto nel rispetto dei limiti richiesti dai tetti di spesa del personale, oltre che rispetto alla programmazione biennale dei servizi e delle forniture, gestite dall'area del Patrimonio e dell'area Tecnica.

ATTESE: monitoraggio dati dal sistema informativo del personale sui limiti e sui budget assegnati all'Istituto con rilievo del rispetto della programmazione.

Per le tre aree è stata affidata alla programmazione degli acquisti di beni e servizi biennale al fine di orientare l'obiettivo del contenimento dei costi, utilizzando gli acquisti centralizzati mediante le trattative e aumentando il potere contrattuale. Sono state anche prospettate attività progettuali di riorganizzazione delle UU.OO. finalizzate a migliorare e rendere più efficienti ed efficaci i processi svolti in prosecuzione di quanto già avviato con successo negli anni precedenti.

B) Prospettiva dei processi interni di gestione (misura dell'efficienza/efficacia dei risultati).

area sanitaria: La necessità di conseguire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per orientare le performance aziendali di tutti i reparti e servizi verso soluzioni alternative al ricovero ordinario inappropriato con il day-service e il day-hospital è stato un aspetto portato in rilievo anche nel 2022 in continuità con gli anni precedenti. Ciò avrebbe dovuto esplicitare la migliore espressione di risultato a seguito della obbligata attenzione nella gestione delle criticità verso pazienti con fragilità e quindi con la tendenziale risultanza di gestire le attività di prestazioni e di ricovero verso il miglioramento degli indici come la degenza media e l'indice di complessità e di conseguenza anche rispetto all'inappropriatezza, obiettivo posto in massima attenzione da parte della Direzione Strategica.

(L'emergenza pandemica, avrebbe dovuto favorire maggiore attenzione verso i ricoveri per emergenza urgenza)

ATTESE: orientamento all'utilizzo di Day-Service riviene dai monitoraggi su Edotto e dal Sistema informativo della Specialistica Ticket.

Il rispetto delle scadenze dei flussi informativi verso la Regione, i Ministeri rappresenta una condizione imprescindibile per una gestione efficiente e adeguata alle esigenze di monitoraggio di corrette risposte alle esigenze informative comunicate agli stakeholder richiedenti.

ATTESE: Evidenze sul sistema regionale EDOTTO rappresentano il check di verifica dei ritardi nella chiusura di alcune SDO e SDA, se rimaste invalidate, le cui cause sono ragione di approfondimento per continuare il trend di miglioramento in atto su questo fronte grazie alla maggiore attenzione ottenuta con le sollecitazioni periodiche del responsabile SDO-UVAR.

Si aggiunge nella gestione delle UO sanitarie:

il monitoraggio di due indici di misurazione al fine di operare nella direzione dell'efficienza: Indice di complessità, rilevante per conoscere la complessità dei ricoveri trattati dal reparto, e la degenza media quale segnalatore di effettivo contenimento dei costi, da analizzare anche mediante operazioni di benchmarking regionali e nazionali;

l'utilizzo di impegnative dematerializzate, malgrado il riscontro di utilizzi inappropriati di impegnative rosse per il malfunzionamento dei software di prescrizione;

il pieno utilizzo dei software ha beneficiato di riscontri positivi di miglioramento sul contesto sanitario nel tempo, ma i rari casi a livelli di mancata massimizzazione dell'utilizzo hanno portato a riproporre l'obiettivo;

la certificazione della qualità ISO 9001:2015, il processo di verifica iniziato nel 2019 con rallentamenti dell'attività di certificazione imposti dal distanziamento, ha denotato una importante evoluzione positiva nel campo della qualità che ha portato alla riconferma dell'obiettivo in capo a tutte le UU.OO. per orientare alla collaborazione per la conferma della certificazione.

I protocolli diagnostico terapeutici assistenziali PDTA hanno trovato, dopo l'adozione negli anni precedenti, dovuta implementazione con specificità per il PDTA dell'obesità oltre che alla continuazione di quanto implementato con il PDTA del colon-retto. Sono ritenuti necessari al fine di adottare la presa in carico del paziente attraverso un gruppo multidisciplinare che consenta di giungere al completo processo di diagnosi e cura, con ottimizzazione dei tempi e delle risorse strumentali ed umane con conseguente riduzione del rischio clinico. L'adozione dei PDTA ha portato a verificare la più consona applicazione alle UU.OO. sanitarie per implementare anche le necessità indicate dal PDTA dell'Obesità per il 2022 nell'ottica delle attività già svolte precedentemente su tale fronte.

ATTESE: orientare i reparti e servizi alla collaborazione della stesura di altri PDTA





e attivazioni metodologiche e applicative di quanto già concepito per le patologie individuate dall'Istituto.

area di ricerca: Monitorare la gestione dei progetti mediante la contabilità analitica per centro di costo e per commessa è l'esigenza principale da conseguire per disporre di una rendicontazione attendibile da fornire all'Area Economico Finanziaria in tema di finanziamenti dei progetti e corretta contabilizzazione alle voci del bilancio d'esercizio con accuratezza e veridicità come richiesto dai principi contabili del D.Lgs. 118/2011. Le maggiori criticità sono derivate dal fatto di dover mantenere l'attuale offerta informatizzata, non ben adattata alle esigenze dell'Istituto, pur se richiedente adeguamenti utili alla funzionalità richiesta, ma che è ingiustificata dal passaggio al sistema regionale MOSS, collaborando con il tavolo regionale.

Per il contesto della Direzione Scientifica sono necessari alcuni progressi in tal senso, e per tale ragione il 2022 ha chiesto il mantenimento di tale focus

ATTESE: una gestione più efficiente del sistema di Contabilità Analitica per estrazione dati di specifico interesse.

area amm.va: Dare tempestivo supporto tecnico amministrativo alla realizzazione dei processi assistenziali della parte sanitaria, mediante il supporto alla realizzazione delle gare per gli approvvigionamenti, al corretto funzionamento delle infrastrutture di supporto, ai necessari reclutamenti di personale.

ATTESE: migliorare e massimizzare quanto svolto in termini di processi e procedure per operare nella direzione del *problem-solving* aziendale da parte dell'amministrazione a favore dell'area sanitaria

Dare continuità alla tenuta della contabilità analitica a seguito dell'adozione dei nuovi sistemi informativi aggiudicati al nuovo fornitore previa effettuazione delle attività di migrazione dei dati

ATTESE: Miglioramento del sistema di Contabilità Analitica che richiede il proseguimento nella direzione dell'ammodernamento e verso il sistema Regionale MOSS in corso di adozione nelle aziende del SSR ma che non ha trovato negli esercizi precedenti, la migliore utilità a che il sistema informatizzato permetta il pieno raggiungimento dei livelli di gestione giunto a livelli sufficienti ma non ottimali.

Produzione in tempi idonei degli atti amministrativi al fine di consentire l'erogazione del supporto tecnico logistico all'IRCCS nel suo complesso, evitando di incorrere in ritardi nei servizi alla cittadinanza.

ATTESE: maggiore standardizzazione delle procedure

Comuni a tutte le aree sono le seguenti attese:

- Comunicare il rispetto dei principi della trasparenza, evidenziando le attività espletate al fine di riportare nella sezione Amministrazione Trasparente gli obblighi informativi richiesti dal D.lgs. n.33/2013.

ATTESE: trovare la piena collaborazione e sensibilizzazione del personale ai temi dell'obiettivo, dando arbitrato in merito al DPO e al Responsabile-PCT con la verifica delle attività richieste e svolte in tema di Privacy e Anticorruzione-Trasparenza.

C) Prospettiva della soddisfazione degli stakeholder (in primis dell'assistito).

area sanitaria: La necessità di generare qualità, per ridurre il disallineamento dell'offerta rispetto alle attese della cittadinanza, ha portato a delineare un obiettivo orientato a diminuire i tempi di attesa sia dei ricoveri che delle prestazioni ambulatoriali, in particolare per quelle individuate nell'ambito del Piano Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA) sulla base dell'operato del responsabile PNGLA. *Attivazione di turni aggiuntivi istituzionali ed incremento del personale*

ATTESE: adoperarsi per migliorare i tempi di erogazione delle prestazioni monitorate dal PNGLA da parte di reparti e servizi attraverso un incremento del personale da destinare nelle attività di prestazioni specialistiche in regime ordinario utilizzando le prestazioni aggiuntive quale target di risultato. In tale direzione si è ritenuto di attivare turni aggiuntivi istituzionali ed incremento del personale nelle attività di erogazione dei servizi al cittadino

Gli aspetti dei tempi di attesa dei pazienti oncologici sono stati presi in considerazione al fine di conseguire piena soddisfazione della cittadinanza nel soddisfare le cure in caso di bisogno di interventi chirurgici urgenti.

ATTESE: adoperarsi per migliorare i tempi di erogazione delle prestazioni

area amminis.va: Operare al fine del soddisfacimento delle attività amministrative verso l'interno dell'organizzazione e verso l'esterno, rispettando per l'interno il monitoraggio di segnalazioni negative, per l'esterno l'indice medio di tempestività pagamento dei fornitori ITP

ATTESE: formalizzare la soddisfazione dello stakeholder pone l'accento anche su soggetti interessati ulteriori non identificati con il paziente, nella logica della più ampia considerazione del funzionamento aziendale verso l'esterno e in quanto obiettivo assegnato alla direzione generale dalla regione negli obiettivi di mandato.

Comuni a tutte le aree sono le seguenti attese:

- Relazione con i pazienti, con l'utenza e fra il personale nell'ambito lavorativo

Le attività sono state considerate nell'ottica di quanto lo scenario generale dovuto alla pandemia ha ingenerato in Istituto, obbligando la revisione delle priorità assistenziali e di organizzazione delle attività sanitarie e non, non potendosi considerare ottimale la



soddisfazione dell'utenza qualora si rilevino segnalazioni e reclami. In considerazione delle difficoltà di accesso alle attività di ricovero e cura, sono stati gestiti i bisogni di assistenza nel rispetto di quanto imposto dalle normative anti-contagio, provocando disagio agli operatori ed all'utenza. La rilevazione si è focalizzata sul periodo antecedente lo stato di emergenza.

ATTESE: stimolare l'ufficio URP a proseguire le attività di rilevazione mediante la somministrazione dei questionari, in considerazione dell'analisi della soddisfazione del paziente.

- Comunicare comportamenti avversi e opportunistici contrari per la prevenzione della corruzione o per il rispetto della Privacy.

ATTESE: trovare la piena collaborazione e sensibilizzazione del personale ai temi dell'obiettivo, dando arbitrato in merito al Responsabile-PCT e al DPO con il monitoraggio delle attività auspiccate dal PTPCT 2022-2023.

D) Prospettiva dell'apprendimento e crescita.

Comuni a tutte le aree sono i seguenti orientamenti:

- Ottenere la massima garanzia dell'intercambiabilità degli operatori con l'attivazione della modalità di Lavoro Agile, qualora necessario, per le procedure amministrative delle aziende pubbliche, puntualmente attivato in Istituto per ridurre al massimo la presenza di personale quando non necessario nel corso dell'emergenza iniziata nel 2020, sia nell'ambito della ricerca che nel contesto amministrativo.

ATTESE: rilevare impegno ed evidenti tempestive riorganizzazioni delle attività sanitarie ed amministrative in virtù delle indicazioni normative

- A seguito della possibilità di riorganizzare in corsi obbligatori in particolare, in presenza, si è auspicato di riattivare in modo efficace l'attività della formazione obbligatori con corsi atti a migliorare i comportamenti del personale in seno all'istituto. In particolare è stato richiesto di avviare attività di predisposizione di eventi formativi interni per il conseguimento di finanziamenti PNRR.

ATTESE: si è richiesto di attivare percorsi tradizionali di formazione dei dipendenti.

area sanitaria ed

area di ricerca: Stabilire accordi e programmi per attività scientifiche esterne finalizzate a dare visibilità all'IRCCS, nonostante le difficoltà del periodo di emergenza pandemica che ha focalizzato l'attenzione scientifica sul fronte del contenimento dei contagi, riducendo l'interesse sulle pubblicazioni dell'attività di ricerca gastroenterologica.

ATTESE: mantenimento del trend positivo dell'IFN e dei rapporti di collaborazione

Le indicazioni riportate hanno rappresentato il percorso di fatto focalizzato dal processo del ciclo della performance.

3. Il contesto verificatosi e le attività svolte

Al fine di dare immediata visione dei fatti aziendali rilevanti verificatisi e dare altre dimensioni al concetto di performance, questa sezione vuole evidenziare circostanze e accadimenti verificatisi nel corso del 2022 rispetto a effetti dinamici ambientali, ma anche per dare sintesi di quanto l'IRCCS abbia saputo adeguare la propria organizzazione, nonostante gli eventi avversi, per garantire la continuità e lo sviluppo nell'offerta dei propri servizi.

L'evento dominante della necessità di riorganizzare le attività delle cure e dei ricoveri a causa degli strascichi per i contagi e la diffusione del virus COVID-19, ponendo l'attenzione sugli ambiti di seguito elencati che hanno condizionato le prestazioni di performance aziendale.

- Contesto territoriale esterno e contesto interno dell'IRCCS
- La ricerca scientifica
- Il personale sanitario in servizio e reclutamenti da normativa per finalità Covid-19
- Attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali
- La revisione dell'assetto organizzativo interno
- Certificazione qualità ISO 9001:2015
- Il processo di reingegnerizzazione informatica

3.1 Contesto interno ed attività svolte

Contesto territoriale esterno e contesto interno dell'IRCCS

A seguito dell'evolversi dell'emergenza nel corso del 2022 e con la necessità di contenere gli effetti della diffusione del virus Covid-19, le attività sanitarie tipiche di un'azienda del SSR hanno richiesto la ridefinizione del concetto di normalità mentre si avviava l'annuncio di fine della pandemia.

La delibera di Giunta Regionale n.525 dell'8/4/2020 ha istituito la rete ospedaliera COVID 19 mediante cui la Regione Puglia ha definito le strutture deputate alla gestione dei pazienti contagiati da Covid-19, potenziando il territorio con la dotazione di posti letto di terapia intensiva, affidando alle altre il compito di delocalizzare le attività di ricovero e cura per i pazienti non Covid e necessitanti di cure in emergenza-urgenza.

In questo scenario l'IRCCS, ha da subito accolto e adempiuto al compito affidatogli di trattare i pazienti provenienti dal territorio per curarli con le soluzioni offerte dalla chirurgia generale, anche con l'ausilio di professionalità esterne attraverso la convenzione con l'AOU Policlinico di Bari, che ha visto anche nel corso del 2022 un ampliamento dell'offerta con l'incremento dei ricoveri presso la struttura e consentire le attività chirurgiche necessarie con la presenza di una chirurgia di livello qualitativo alto, reiterando l'accordo di convenzione citato per la condivisione delle risorse di personale fra le infrastrutture AOU Policlinico di Bari e IRCCS.

La ricerca scientifica

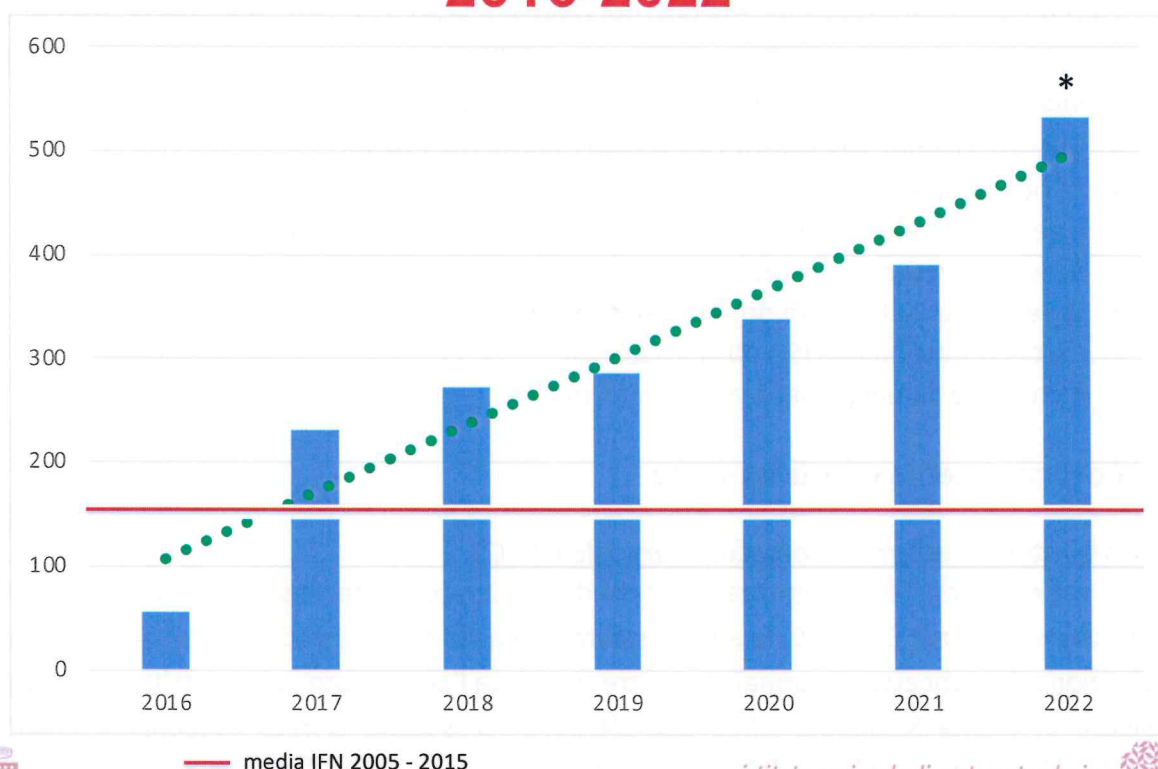
Il Ministero della Salute per valutare annualmente la performance degli IRCCS utilizza come criterio fondamentale il valore di Impact Factor Normalizzato (IFN), un parametro correlato alla produttività scientifica. Questo parametro, insieme ad altri due parametri bibliometrici, sempre riferiti alle pubblicazioni dell'Istituto ("Field Weight Citation" e "% International Collaboration"), costituisce il cosiddetto "benchmarking internazionale" e ha un peso pari al 50% nella distribuzione annuale delle



risorse che il Ministero della Salute stanziava per l'attività di Ricerca Corrente in favore degli IRCCS nazionali, oltre ad essere fondamentale nella valutazione che ogni due anni il Ministero compie per la conferma del carattere scientifico degli stessi IRCCS.

Il valore di IFN dell'Ente nel 2022 ha registrato un ulteriore sensibile aumento rispetto all'anno precedente, superando il tetto dei 500 punti, come evidenziato nel grafico seguente:

IMPACT FACTOR NORMALIZZATO 2016-2022



* dato provvisorio in attesa di certificazione da parte del Ministero della Salute

Altro evento degno di nota nell'anno 2022 è stato l'avviamento del primo studio clinico di Fase 1b / 2, all'interno dell'Unità di Ricerca Clinica di fase 1 dell'Istituto. L'Istituto rimane l'unico Ente ospedaliero in Puglia che attualmente ospita uno studio clinico di fase 1 (fase successiva agli studi di laboratorio, per testare sull'uomo ad esempio nuovi farmaci anti-tumorali).

Inoltre, un altro importante traguardo è stata la nomina a Coordinamento nazionale, in qualità di Spoke di 1 livello, del network "Life Science TTO", finanziato dal Ministero della Salute a valere sul PNRR – Ecosistema innovativo della Salute, "Creazione di una Rete di centri di trasferimento tecnologico di un progetto nazionale".

Tutti gli obiettivi fissati per l'anno 2022 nella precedente programmazione, di seguito riportati, sono stati raggiunti:

- proseguire con il miglioramento della produttività scientifica dell'Istituto;
- avviare almeno uno studio clinico di fase 1;





- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente;
- ottenere almeno un altro GRANT competitivo per la realizzazione di progetti di ricerca.

PIANIFICAZIONI FUTURE:

La Direzione Scientifica si pone i seguenti obiettivi, in continuità con la pianificazione dell'anno precedente:

- proseguire con il miglioramento della produttività scientifica dell'Istituto;
- portare avanti uno studio clinico di fase 1;
- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente;
- ottenere almeno un altro GRANT competitivo per la realizzazione di progetti di ricerca.



Il personale sanitario in servizio e reclutamenti per finalità Covid-19

La seguente tabella fornisce uno spunto di riflessione attraverso indicatori di attività su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto.

Analisi caratteri quali quantitativi		VALORI			
INDICATORI		2019	2020	2022	2022
Età media del personale (anni)		51,62	48,41	50,45	48,48
Età media dei dirigenti (anni)		54,66	53,39	50,69	50,99
Personale a tempo indeterminato		316	315	327	350
Personale a tempo indeterminato assunto in servizio nel corso del 2022		26	22	20	35
di cui personale dirigente		2	4	4	10
% dirigenti in possesso di laurea 100 %		100%	100%	100%	100%
Ore di formazione ECM		424	789	244	
Numero partecipanti		789	91	487	
Numero totale progetti ed eventi		51	7	10	
Unità di personale - Differenza fra 01/01/2022 e 31/12/2022					
Comparto (54 assunzioni - 20 cessazioni)		1	19	1	34
Dirigenza Medica (7 assunzioni - 2 cessazioni)		0	-3	4	5
Dirigenza Sanitaria (3 assunzioni - 0 cessazioni)		0	7	2	3
Dirigenza PTA (2 assunzioni - 0 cessazioni)		-2	3	0	2
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2022)		€100.000	€ 85.000	€70.000	€150.000

Analisi del benessere organizzativo		VALORI			
INDICATORI		2019	2020	2022	2022
Tasso di assenze personale comparto		25,39	26,88	21,15	11,4
Tasso di assenze personale dirigente		23,17	24,12	20,12	8,3
Tasso di infortuni		2,96	2,38	0,88% variato sistema di rilevazione	0,21
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto		2.530,72	2.329,92	2.431,22	2441,53
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti		6.122,88	6.522,23	6.307,30	6.542,07
% di personale assunto a tempo indeterminato		84,56%	88,66%	54,05%	67,74%

Analisi di genere		VALORI			
INDICATORI		2019	2020	2022	2022
% di dirigenti donne		31,58%	32,05%	42,68%	47,91%
% dirigenti uomini		68,42%	67,94%	57,32%	52,08%
% di donne rispetto al totale del personale		50,47%	56,79%	55,66%	60,19%
% di uomini rispetto al totale del personale		49,53%	43,20%	44,34%	39,81%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato		98,75%	72,52%	80%	77,27%
Età media del personale femminile non dirigente		49,79	50,10	49,33	46,38%
Età media del personale femminile dirigente		49,97	46,03	47,21	47,46%

Attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali

Attività di ricovero

Limitando alle casistiche dei DRG più significativi con almeno 50 casi, si possono valutare gli andamenti di base per le annualità a confronto nella successiva tabella:

DRG	Peso	Casi 2021	Casi 2022	Importo 2021	Importo 2022
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	90	55	1.403.550,00 €	863.951,00 €
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	290	245	1.046.899,00 €	874.755,00 €
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	244	244	978.404,00 €	955.640,00 €
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	133	138	947.415,00 €	1.002.615,00 €
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	76	80	860.168,00 €	901.645,00 €
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	115	136	519.504,00 €	606.362,00 €
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	140	188	459.605,00 €	621.579,00 €
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	238	208	430.509,00 €	392.044,00 €
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	91	90	337.287,00 €	346.975,00 €
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	81	53	330.048,00 €	213.614,00 €
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	89	84	290.226,00 €	277.992,00 €
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	106	159	269.494,00 €	396.226,00 €
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	71	60	231.697,00 €	190.161,00 €
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	52	37	193.252,00 €	135.858,00 €
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	101	119	119.472,00 €	142.226,00 €
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0034	38	55	119.193,00 €	178.459,00 €
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	56	26	116.128,00 €	50.616,00 €
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	98	81	96.751,00 €	89.860,00 €
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	85	93	76.639,00 €	79.941,00 €
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	50	48	72.231,00 €	68.577,00 €
				€8.898.472,00	€8.389.096,00

Dall'analisi di quanto risultante si rileva che la totalizzazione economica della produzione relativa allo specifico campione esaminato di DRG con più di 50 casi, delinea un quadro di decrescita nel 2022 di oltre 500.000 euro (valore € in rosso), mentre dalla disamina dei singoli DRG rientranti nel campione, si denota un incremento di casistiche per talune patologie (valori in verde colonna "Casi 2022") e un decremento per altre. Tale tendenza è resa neutra a seguito di un sostanziale pareggio di fratturato per ricoveri tra il 2022 (€ 14.586.317) rispetto al 2021 (€ 14.596.468).

La tabella successiva rappresenta i volumi di produzione per i DRG ordinati in modo crescente con relativo peso di complessità, con indicazione dell'Importo totalizzato dal DRG, e le casistiche a confronto delle annualità 2021- 2022: (con fondo verde la produzione 2022 risultata in incremento rispetto al 2020)



DRG	PESO DRG	2022	2021	Importo DRG 2022	Importo DRG 2021	Δincr. 2022
008 - INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	1,5811	1	1	2.585,00 €	2.585,00 €	
012 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	0,9103	8	1	22.800,00 €	2.850,00 €	
017 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	0,8471	0	1	0,00 €	226,00 €	
068 - OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,6264	0	1	0,00 €	1.935,00 €	
078 - EMBOLIA POLMONARE	1,3409	1	2	4.009,00 €	8.018,00 €	
079 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,7612	0	1	0,00 €	5.744,00 €	
080 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,2661	2	1	8.844,00 €	4.422,00 €	
082 - NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1,3292	20	16	83.220,00 €	66.576,00 €	
085 - VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	1,3703	0	1	0,00 €	4.260,00 €	
087 - EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1,2243	3	6	11.406,00 €	22.812,00 €	
089 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,1394	3	2	10.674,00 €	7.116,00 €	
090 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7579	1	2	2.291,00 €	4.582,00 €	
139 - ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	0,5223	0	1	0,00 €	974,00 €	
145 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	0,6869	0	2	0,00 €	4.194,00 €	
146 - RESEZIONE RETTALE, CON CC	2,9562	16	16	179.248,00 €	179.248,00 €	
147 - RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	2,1564	8	19	59.800,00 €	142.025,00 €	
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	138	133	1.002.615,00 €	947.415,00 €	
150 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	2,3632	3	5	17.027,00 €	37.885,00 €	
151 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	1,5241	7	14	28.252,00 €	48.767,00 €	
152 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	1,9591	8	2	48.408,00 €	12.102,00 €	
153 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,396	10	4	44.910,00 €	17.964,00 €	
155 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	2,1457	34	27	223.244,00 €	177.282,00 €	
157 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	1,1158	6	9	17.246,00 €	28.670,00 €	
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,6093	12	20	15.054,00 €	23.569,00 €	
159 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,4492	3	3	11.307,00 €	14.676,00 €	
160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,0953	11	13	15.993,00 €	18.735,00 €	
161 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,9993	4	2	11.993,00 €	2.560,00 €	
162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7448	6	4	6.288,00 €	4.784,00 €	
165 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	1,1181	0	1	0,00 €	3.514,00 €	
166 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	1,1639	1	1	3.751,00 €	3.751,00 €	
167 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	0,8102	2	3	5.120,00 €	6.383,00 €	
170 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	2,6806	11	4	82.446,00 €	35.240,00 €	
171 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	1,675	7	7	31.486,00 €	31.486,00 €	
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	136	115	606.362,00 €	519.504,00 €	ΔΔ
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	159	106	396.226,00 €	269.494,00 €	ΔΔ
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	84	89	277.992,00 €	290.226,00 €	
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	26	56	50.616,00 €	116.128,00 €	
176 - ULCERA PEPTICA COMPLICATA	1,0127	11	18	32.536,00 €	58.140,00 €	
177 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	0,9769	0	5	0,00 €	15.740,00 €	
178 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	0,7185	1	2	2.269,00 €	4.538,00 €	
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	188	140	621.579,00 €	459.605,00 €	ΔΔ
180 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	0,8868	36	8	100.882,00 €	24.400,00 €	ΔΔ
181 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,5614	48	43	85.814,00 €	73.234,00 €	
182 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,7681	40	34	115.028,00 €	84.402,00 €	
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	81	98	89.860,00 €	96.751,00 €	
184 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3014	3	1	2.355,00 €	870,00 €	
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0034	55	38	178.459,00 €	119.193,00 €	ΔΔ
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	93	85	79.941,00 €	76.639,00 €	
190 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3783	2	1	5.966,00 €	1.634,00 €	
191 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	3,5599	42	42	586.077,00 €	598.079,00 €	
192 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	2,5966	29	18	277.182,00 €	145.092,00 €	ΔΔ
193 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	3,6085	15	15	202.635,00 €	202.635,00 €	
194 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	2,9871	19	12	166.991,00 €	105.468,00 €	
197 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	2,4752	3	6	25.788,00 €	51.576,00 €	



DRG	PESO DRG	2022	2021	Importo DRG 2022	Importo DRG 2021	Δincr. 2022
198 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	1,5546	4	3	21.172,00 €	15.879,00 €	
199 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	2,2656	8	7	55.216,00 €	48.314,00 €	
200 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	2,7306	11	6	82.885,00 €	45.210,00 €	
201 - ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	2,8743	0	2	0,00 €	17.170,00 €	
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	53	81	213.614,00 €	330.048,00 €	
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	244	244	955.640,00 €	978.404,00 €	
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	60	71	190.161,00 €	231.697,00 €	
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	37	52	135.858,00 €	193.252,00 €	
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	48	50	68.577,00 €	72.231,00 €	
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	90	91	346.975,00 €	337.287,00 €	
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	119	101	142.226,00 €	119.472,00 €	AA
227 - INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,8846	1	3	1.499,00 €	4.609,00 €	
239 - FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,1075	7	5	19.625,00 €	14.474,00 €	
256 - ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,6224	2	1	1.177,00 €	940,00 €	
267 - INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,5312	1	2	1.587,00 €	2.459,00 €	
269 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	1,6138	1	1	5.878,00 €	5.878,00 €	
270 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,7668	0	1	0,00 €	1.099,00 €	
274 - NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	1,332	2	4	7.966,00 €	15.932,00 €	
277 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI CON CC	1,048	0	2	0,00 €	6.706,00 €	
278 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6153	0	2	0,00 €	4.180,00 €	
284 - MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0,4238	0	1	0,00 €	728,00 €	
290 - INTERVENTI SULLA TIROIDE	0,9978	5	1	11.654,00 €	3.340,00 €	
296 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8593	13	22	37.896,00 €	63.776,00 €	
297 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5604	11	15	19.338,00 €	24.930,00 €	
299 - DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	0,6979	0	1	0,00 €	3.979,00 €	
303 - INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA	1,9629	1	2	7.386,00 €	14.772,00 €	
316 - INSUFFICIENZA RENALE	1,1501	4	4	8.648,00 €	11.792,00 €	
324 - CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	0,401	0	1	0,00 €	935,00 €	
331 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0467	1	1	3.379,00 €	3.379,00 €	
347 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	0,6095	0	1	0,00 €	1.432,00 €	
355 - INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESI SENZA CC	1,2687	0	1	0,00 €	3.959,00 €	
359 - INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	0,9785	0	1	0,00 €	3.027,00 €	
365 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1,2244	0	1	0,00 €	2.970,00 €	
366 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	1,3793	2	2	8.316,00 €	8.316,00 €	
367 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	0,6447	0	1	0,00 €	2.041,00 €	
369 - DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,4208	2	3	1.450,00 €	4.268,00 €	
392 - SPLENECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	1,9909	0	1	0,00 €	6.624,00 €	
395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	0,8552	45	19	69.200,00 €	31.248,00 €	AA
398 - DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	1,2182	0	2	0,00 €	7.178,00 €	
403 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1,8616	5	3	35.925,00 €	21.555,00 €	
404 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1,101	8	2	13.034,00 €	3.646,00 €	
407 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	1,8956	1	4	5.668,00 €	15.322,00 €	
408 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1,4917	3	2	11.195,00 €	6.811,00 €	
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	245	290	874.755,00 €	1.046.899,00 €	
411 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	0,4822	8	4	10.304,00 €	2.758,00 €	
412 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	0,4948	1	2	734,00 €	1.468,00 €	
413 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	1,4888	0	1	0,00 €	4.788,00 €	
414 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	0,9668	3	3	3.328,00 €	5.978,00 €	
417 - SETTICEMIA, ETA' < 18 ANNI	0,9563	0	1	0,00 €	3.176,00 €	
419 - FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8455	1	1	2.710,00 €	2.710,00 €	
421 - MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI	0,6643	9	2	21.141,00 €	4.368,00 €	
428 - DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	0,6989	0	1	0,00 €	2.267,00 €	
452 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	1,0604	0	2	0,00 €	6.566,00 €	
453 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	0,4896	3	2	5.199,00 €	3.466,00 €	



DRG	PESO DRG	2022	2021	Importo DRG 2022	Importo DRG 2021	Δincr. 2022
461 - INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	1,5238	44	25	218.238,00 €	123.778,00 €	AA
463 - SEGNI E SINTOMI CON CC	0,8004	29	49	83.230,00 €	142.475,00 €	
464 - SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,5041	3	5	9.692,00 €	8.740,00 €	
467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,2583	6	2	4.860,00 €	2.596,00 €	
468 - INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,8661	30	6	304.740,00 €	60.948,00 €	AA
477 - INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,7604	5	7	25.860,00 €	29.722,00 €	
493 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	1,5285	29	38	105.306,00 €	153.879,00 €	
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	208	238	392.044,00 €	430.509,00 €	
532 - INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC	2,2015	1	2	2.782,00 €	5.564,00 €	
541 - OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO	12,4289	0	1	0,00 €	51.919,00 €	
542 - TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	8,536	16	21	552.736,00 €	693.952,00 €	
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	55	90	863.951,00 €	1.403.550,00 €	
566 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE	2,1122	1	3	6.764,00 €	1.571,00 €	
567 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,8842	6	8	82.272,00 €	124.462,00 €	
568 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,5475	27	34	338.391,00 €	422.212,00 €	
569 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,3881	39	36	541.427,00 €	506.298,00 €	
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	80	76	901.645,00 €	860.168,00 €	
571 - MALATTIE MAGGIORI DELL'ESOFAGO	1,0881	29	45	103.813,00 €	152.640,00 €	
572 - MALATTIE GASTROINTESTINALI MAGGIORI E INFEZIONI PERITONEALI	0,9446	30	23	108.360,00 €	83.652,00 €	
574 - DIAGNOSI EMATOLOG./IMMUNOLOG. MAGGIORI ECCETTO ANEMIA FALCIFORME E COAGULOP	1,1305	0	2	0,00 €	7.476,00 €	
575 - SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	4,7782	8	8	219.368,00 €	170.792,00 €	
576 - SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	1,6432	26	19	161.149,00 €	112.122,00 €	
578 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO	4,4004	4	4	73.256,00 €	73.256,00 €	
069 - OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,4364	1	0	1.247,00 €	0,00 €	
092 - MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	1,2842	1	0	4.481,00 €	0,00 €	
102 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6018	2	0	3.448,00 €	0,00 €	
122 - MALATTIE CARDIOVASC. RI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA CC MAGG, DIMES VIVI	1,2157	1	0	3.377,00 €	0,00 €	
127 - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1,027	1	0	3.052,00 €	0,00 €	
131 - MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	0,5993	1	0	1.090,00 €	0,00 €	
132 - ATROSCLEROSI, CON CC	0,8086	1	0	2.443,00 €	0,00 €	
164 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	1,4998	2	0	11.470,00 €	0,00 €	
245 - MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	0,5605	1	0	1.038,00 €	0,00 €	
266 - TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SEN CC	0,9665	1	0	1.622,00 €	0,00 €	
288 - INTERVENTI PER OBESITA'	1,8598	10	0	56.810,00 €	0,00 €	AA
295 - DIABETE ETA' < 36 ANNI	0,6016	1	0	1.162,00 €	0,00 €	
298 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18 ANNI	0,2651	2	0	2.610,00 €	0,00 €	
300 - MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	0,9965	1	0	3.337,00 €	0,00 €	
301 - MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	0,5049	1	0	840,00 €	0,00 €	
308 - INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	1,5522	1	0	4.693,00 €	0,00 €	
318 - NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1,2854	5	0	20.030,00 €	0,00 €	
319 - NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	0,6912	1	0	2.158,00 €	0,00 €	
320 - INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8462	1	0	2.701,00 €	0,00 €	
325 - SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,6193	1	0	1.878,00 €	0,00 €	
338 - INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	0,9144	1	0	2.669,00 €	0,00 €	
368 - INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,5307	1	0	1.722,00 €	0,00 €	
394 - ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMPOIETICI	1,1177	1	0	1.587,00 €	0,00 €	
402 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	1,4116	1	0	1.534,00 €	0,00 €	
418 - INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	1,0619	2	0	7.016,00 €	0,00 €	
423 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1,2815	2	0	8.310,00 €	0,00 €	
442 - ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	2,6634	2	0	19.890,00 €	0,00 €	
443 - ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	1,2447	1	0	3.926,00 €	0,00 €	
540 - LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC	1,5462	2	0	9.734,00 €	0,00 €	
573 - INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA	3,5032	3	0	44.667,00 €	0,00 €	



DRG	PESO DRG	2022	2021	Importo DRG 2022	Importo DRG 2021	Δincr. 2022
069 - OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,4364	1	0	1.247,00 €	0,00 €	
092 - MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	1,2842	1	0	4.481,00 €	0,00 €	
102 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6018	2	0	3.448,00 €	0,00 €	
122 - MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE MAGGIORI, DIMESSI VIVI	1,2157	1	0	3.377,00 €	0,00 €	
127 - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1,027	1	0	3.052,00 €	0,00 €	
131 - MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	0,5993	1	0	1.090,00 €	0,00 €	
132 - ATROSCLEOSI, CON CC	0,8086	1	0	2.443,00 €	0,00 €	
164 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	1,4998	2	0	11.470,00 €	0,00 €	
245 - MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	0,5605	1	0	1.038,00 €	0,00 €	
266 - TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SEN CC	0,9665	1	0	1.622,00 €	0,00 €	
288 - INTERVENTI PER OBESITA'	1,8598	10	0	56.810,00 €	0,00 €	AA
295 - DIABETE ETA' < 36 ANNI	0,6016	1	0	1.162,00 €	0,00 €	
298 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18 ANNI	0,2651	2	0	2.610,00 €	0,00 €	
300 - MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	0,9965	1	0	3.337,00 €	0,00 €	
301 - MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	0,5049	1	0	840,00 €	0,00 €	
308 - INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	1,5522	1	0	4.693,00 €	0,00 €	
318 - NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1,2854	5	0	20.030,00 €	0,00 €	
319 - NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	0,6912	1	0	2.158,00 €	0,00 €	
320 - INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8462	1	0	2.701,00 €	0,00 €	
325 - SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,6193	1	0	1.878,00 €	0,00 €	
				14.586.317,00 €	14.596.468,00 €	



Dal punto di vista degli andamenti dell'indice di complessità, dell'inappropriatezza e della degenza media dei ricoveri si riportano i risultati dei valori delle successive tabelle:

Anno Dimissione	2021	2022
Regime di Ricovero Ordinario: N. ricoveri	2.836	2.918

IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)		
Regime di Ricovero Ordinario:		
Anno Dimissione	2021	2022
peso complessità	1,462	1,432

Fonte Sistema Edotto

Anno Dimissione	In termini percentuali	2021	2022
IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)			
	alta specialità	17,1%	21,9
	alto rischio di inappropriatezza	14,6%	14,5
	non specificato	68,3%	63,6
		100,0%	100,0%

Fonte Sistema Edotto

Degenza Media			
IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)			
Regime di Ricovero Ordinario			
Anni		2021	2022
	chirurgico	8,20	8,24
	medico	8,77	9,20

Fonte Sistema Edotto



Attività prestazioni ambulatoriali

Dal punto di vista ambulatoriale l'attività nel 2022 registra un andamento di crescita in termini quantitativi rispetto al 2020. In termini totali la crescita del 2022 è rilevabile anche rispetto al 2019. Con i dati riportati in tabella si delinea un incremento per tutti i reparti e servizi eroganti attività ambulatoriale nel corso del 2022 rispetto al 2020, con dati di decremento poco significativi. In linea generale, analizzando i singoli andamenti si rileva un tendenziale recupero e incremento dell'attività svolta nel 2022 sul 2020.

Struttura	N. prestazioni ambulatoriali 2019	N. prestazioni ambulatoriali 2020	N. prestazioni ambulatoriali 2021	N. prestazioni ambulatoriali 2022	% 2022 vs 2021
U.O.C. Chirurgia I e II	1.782	1.392	1.924	1.966	2%
U.O.C. Gastroenterologia I	2.547	1.285	1.369	1.737	27%
UOS Nutrizione	2.025	959	843	1.253	49%
U.O.S.D. Oncologia	12.552	12.003	15.952	19.677	23%
U.O.C. Gastroenterologia II	13.418	8.004	9.289	10.285	11%
UOS Endoscopia		2.992	3.658	4.283	17%
UOS Disturbi funzionali	1.806	1.211	1.142	1.653	45%
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	701	548	605	846	40%
U.O.C. Anatomia Patologica	7.878	5.351	5.164	5.709	11%
U.O.S.D. Cardiologia	5.768	4.107	4.710	4.663	-1%
U.O.C. Genetica Medica	4.050	3.760	4.362	3.334	-24%
U.O.C. Patologia Clinica	367.195	357.393	488.243	614.806	26%
U.O.S.D. Diagnostica per Immagini	11.348	8.875	11.311	11.862	5%
TOTALI	431.070	407.880	548.572	682.074	24%

La revisione dell'assetto organizzativo interno

Con Deliberazione del DG n.423 del 12/6/2023, è stato perfezionato l'assetto organizzativo interno nel rispetto di quanto stabilito dai parametri standard regionali di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1603 del 13/09/2019 e dalle normative nazionali con riferimento allo schema tipo del "Regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS non trasformati in Fondazioni", approvato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dell'01/07/2004.

L'art. 5 di detto schema tipo di "Regolamento di organizzazione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" stabilisce che ferme restando le disposizioni di legge nazionali vigenti in materia di IRCCS e quanto contenuto nell'Atto di intesa Stato - regioni stipulato il 1 luglio 2004, l'ente adotta un Atto di organizzazione inerente l'assetto organizzativo aziendale (dipartimenti ed Unità Operative Complesse e Semplici) ed il personale (dotazioni organiche) disponendo quanto segue: "Il numero e la tipologia di dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica sono definite almeno ogni tre anni dal direttore generale con apposito atto di organizzazione.

Per assicurare un'efficace risposta ai fabbisogni di salute del cittadino, attraverso l'adozione condivisa di percorsi assistenziali e di un efficiente utilizzo delle risorse disponibili, l'Istituto adotta il modello organizzativo sanitario di tipo dipartimentale che risponde all'obiettivo di:

- garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza;
- assicurare il governo clinico sia in termini di sistema decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

I dipartimenti aggregano una pluralità di unità operative di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari ed assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali e della ricerca e di elevata qualità tecnico scientifica.

In ragione di quanto sopra e in esecuzione dei citati provvedimenti regionali sono costituiti n. 3 Dipartimenti sanitari, ai quali afferiscono strutture complesse e semplici, nonché strutture semplici a valenza dipartimentale.

Ciascun dipartimento rappresenta un Centro di Responsabilità e, per il perseguimento dei propri obiettivi, nello stesso convergono tutte le risorse umane e strumentali proprie delle Unità Operative Complesse ed Unità Operative Semplici Dipartimentali afferenti al dipartimento stesso. In particolare, la gestione coordinata delle risorse professionali con qualifica dirigenziale ha luogo attraverso il puntuale coinvolgimento dei relativi Direttori o Responsabili di struttura, mentre in riferimento all'organizzazione dell'impiego delle professionalità afferenti all'Area del Comparto, la Direzione del dipartimento in oggetto si coordina con la Direzione Sanitaria, in via diretta o attraverso i soggetti titolari dei relativi incarichi di funzione. Attraverso un armonico ed efficiente utilizzo delle suddette risorse, il Dipartimento è complessivamente responsabile della qualificazione



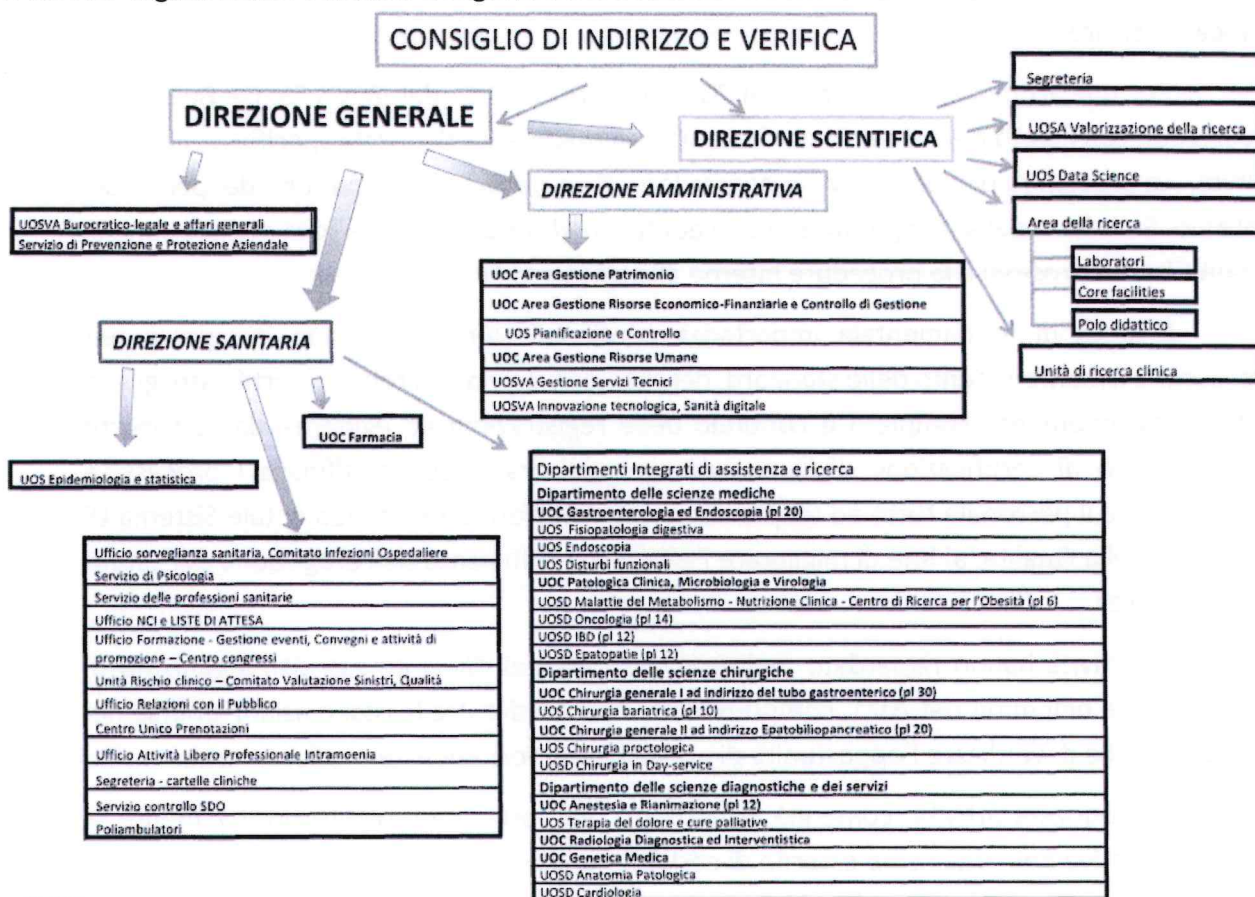


delle attività, del conseguimento dei fini istituzionali e dello sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica.

In particolare rappresentano fondamentali finalità di ciascun dipartimento il miglioramento dell'appropriatezza clinica e gestionale delle attività svolte, attraverso la flessibilità organizzativa e la qualità dei servizi, l'equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, oltre che attraverso un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate, con particolare riferimento all'attuazione di opportune politiche di gestione e sviluppo delle professionalità aziendali.

Nel corso del 2022 sino al momento della pubblicazione della presente relazione, in corrispondenza dell'assetto organizzativo dipartimentale adottato, la Direzione Aziendale con più provvedimenti di assegnazione ha conferito alla dirigenza dell'area Sanità gli incarichi dirigenziali organizzando le attività assistenziali offerte dall'Istituto in base alle specifiche competenze acquisite del personale dirigente, col fine di dare all'utenza specificità rispetto al bisogno di ricovero e di cure. Oltre all'ambito sanitario, nel corso del 2022 e agli inizi del 2023, sono state assegnati gli incarichi di struttura complessa delle aree amministrative e a seguire sono stati avviati gli iter per le assegnazione delle strutture semplici a valenza dipartimentale dell'area sanitarie e a valenza aziendale per l'area amministrativa.

L'assetto organizzativo adottato a seguito della citata deliberazione del 2023:



Certificazione qualità ISO 9001:2015

Si evidenzia che durante tutto il 2022 sono state messe in atto attività che hanno preparato l'IRCCS "S. de Bellis" ad affrontare, con esito positivo la 2° Surveillance Audit per il mantenimento della certificazione ISO 9001: 2015.

Il primo obiettivo che ci siamo posti è stato quello di raggiungere una buona valutazione, da parte dell'organismo di certificazione accreditato, per il mantenimento della certificazione.

Secondo obiettivo è stato quello di implementare il sistema di gestione del rischio clinico aziendale, per fornire all'organizzazione, e dunque a tutti gli operatori, le informazioni necessarie per "apprendere dagli errori" ovvero dagli eventi avversi prevenibili e dai cosiddetti "quasi eventi" o near-miss.

L'errore, o l'evento avverso prevenibile, devono pertanto divenire una preziosa occasione di miglioramento per l'organizzazione che, a tale scopo, deve prioritariamente predisporre ed implementare strumenti finalizzati alla identificazione qualitativa/quantitativa dei rischi e di specifiche criticità.

Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

Per questo motivo, nel corso del 2022, in tutte le U.O. del IRCCS "S. De Bellis" si è realizzata, con l'aiuto dei referenti per la qualità, la mappatura dei rischi specifici di ciascuna Unità. La procedura di mappatura ha necessitato di un periodo di formazione del personale interno. Sulla base della mappatura si è proceduto a revisionare, attraverso la realizzazione di Audit Clinici, i processi e le procedure interne alle singole U.O..

È stato di fondamentale importanza continuare lungo la strada intrapresa per consentire il mantenimento dello standard, del sistema e quindi del relativo certificato, grazie ad un aggiornamento completo e continuo delle registrazioni ed evidenze da sottoporre all'organismo di certificazione. Il lavoro da svolgere ora è quello affinare i processi e sensibilizzare il personale tutto ad un più completo e performante utilizzo di tale Sistema Di Gestione Della Qualità, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'erogazione dei servizi resi all'utenza.

Le attività hanno riguardato inoltre la gestione dei rilievi emessi dall'organismo di certificazione nell'Audit del 2021, comprendendo l'analisi di tutte le osservazioni emerse nel verbale, al fine di verificare l'opportunità di adottare ulteriori azioni di miglioramento.

Tutta questa attività, come già evidenziato, ha portato a svolgere positivamente la verifica ispettiva dell'organismo esterno di certificazione con il mantenimento del certificato di conformità agli standard UNI EN ISO 9001:2015.





Il processo di reingegnerizzazione informatica

Il 2022 ha visto la prosecuzione delle attività di tuning di quanto avviato in corso anche nel 2021, ovvero un miglioramento dei sistemi informativi dell'area sanitaria ed amministrativa.

Nelle UUOO Amministrative, tutti i Sistemi Informativi, ovvero JSIAC (Sistema Informativo Amministrativo-Contabile), JSIPE (Sistema Informativo Gestione del personale), AKROPOLIS (Sistema Informativo Protocollo e Documentale) vengono utilizzati nel pieno delle funzionalità operative, anche se è stata tentata, ma non potuta concretizzare nel 2022, una evoluzione informatica su sistemi migliori di quelli citati.

Significativo è stata la scelta di individuare un sistema centralizzato di raccolta dei dati, individuando Qlik sense per orientare un cambiamento dell'analisi dei dati, che nel 2023 sta vedendo i risultati auspicati.

Per quanto concerne il Sistema Informativo Sanitario, il software e-Ward (Cartella Clinica Elettronica), viene utilizzato nel pieno delle funzionalità nelle UO Oncologia, Gastroenterologia 1, Gastroenterologia 2, Rianimazione e Terapia Intensiva e per il 2022 anche la UO di Chirurgia Generale ha potuto conseguire il pieno utilizzo del Software.

Le cartelle elettroniche vengono inserite nel sistema informativo.

Per quanto concerne l'area sanitaria, in due fasi distinte nel corso del 2022 è stata avviata e conseguita la piena funzionalità per tutti i reparti dell'Ente della cartella clinica elettronica (CCE) in linea alle richieste tecniche di conformità a quanto raccomandato dal progetto di cartella clinica regionale, relativamente sia agli aspetti di ricovero che di ambulatorio. Si è, inoltre, mantenuta la funzionalità di quanto prescritto dall'art. 24 del decreto Semplificazioni convertito in Legge 120/2022, migliorando i servizi di PagoPA nel sistema di gestione casse e prenotazioni elettroniche NCUP, così da permettere al paziente il pagamento elettronico delle prestazioni sanitarie prenotate ed eseguite.

4. Il ciclo della performance relativo al 2022

Il Ciclo della Performance per l'anno 2022, ha avuto inizio con la predisposizione del Piano triennale della performance 2022-2024, attraverso il quale sono stati resi noti gli obiettivi generali in coerenza con le direttive di ricerca assegnate dal Ministero della Salute e con la programmazione sanitaria regionale affidata al Direttore Generale.

Il percorso di performance per l'anno conclusosi è illustrato dalla presente Relazione, rappresentando quest'ultima uno stimolo alla conoscenza. La prerogativa del miglioramento in base al processo ciclico di valorizzazione dei risultati rispetto alle attese, ha il fine di sensibilizzare alla performance gli interpreti dei processi e delle attività attuati nell'Istituto.

Nel corso del I semestre del 2022, è stato applicato quanto richiesto dall'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, dopo l'avvio della revisione dei regolamenti di valorizzazione della performance organizzativa e individuale di comparto e dirigenza, condiviso con le organizzazioni Sindacali e col parere positivo dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e nella deliberazione DG n.210/2021 con cui è stato adottato in allegato il documento descrittivo dell'intero sistema.

Il monitoraggio trimestrale che ha comportato è descritto nei successivi punti, tenendo presente la divergenza tra i dati forniti e quelli finali, a causa dei ritardi fisiologici nella compilazione della SDO, per questo rivisti attraverso ricostruzioni ipotizzate dalla tendenza, per consentire le riflessioni e le decisioni più opportune da parte del management. Ecco di seguito quanto effettuato:

1. Monitoraggio trimestrale dell'andamento della produttività dei reparti e servizi, in termini di:

- a) Attività di ricovero per i reparti di degenza con particolare riferimento al numero dei ricoveri, al volume di produzione, al calcolo dell'indice di Degenza media e dell'indice di Complessità; tali dati, elaborati in termini di confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente, sono stati puntualmente trasmessi alle direzioni aziendali nonché rese note alle unità operative coinvolte nella produzione, mediante incontri con i Direttori/Dirigenti responsabili.
- b) Attività specialistica con riferimento a tutta l'attività ambulatoriale per centro di costo in termini economici con puntuale confronto con l'attività svolta nel pari periodo dell'anno precedente; anche tali dati trasmessi alle direzioni aziendali nonché rese note alle unità operative coinvolte nella produzione.

2. Monitoraggio dell'andamento dell'appropriatezza dei ricoveri:

- a) Elaborazione trimestrale dei controlli di tutti i ricoveri ad alto rischio di inappropriately, con segnalazione diretta alle U.O. degli andamenti difforni dal limite richiesto per ciascuna specialità di ricovero
- b) L'UOS Pianificazione e Controllo ha collaborato con i reparti di degenza sugli andamenti, consentendo gli opportuni correttivi per contenere i ricoveri impropri;

3. Monitoraggio periodico delle liste d'attesa, parallelamente alle precedenti attività è stato eseguito dal Responsabile Unico delle Liste di Attesa (RULA) quanto previsto dalla normativa in modalità bimestrale con produzione di relazione finale, comprendendo tutta l'attività sia





istituzionale che quella in ALPI. È stato eseguito il monitoraggio periodico delle settimane indice dell'andamento delle prenotazioni e dei tempi d'attesa, tale documentazione è stata puntualmente trasmessa alla Regione per gli adempimenti previsti dalla Norma e pubblicata sul sito aziendale.

Non si è riusciti nel 2022 a migliorare l'attività di rendicontazione per Centro di Responsabilità degli andamenti legati agli obiettivi di BSC, pur se i tempi sono maturi per giungere al conseguimento di una piena *accountability*, ma il 2022 ha visto il mantenimento delle attività di base del monitoraggio descritto ai punti 1 e 2 a seguito dei cambiamenti in atto verso le evoluzioni del sistema regionale MOSS rendendo con la reingegnerizzazione informatica che ha toccato le aree amministrative sanitarie e scientifiche.

Il 2022 non ha conseguito la piena padronanza di un monitoraggio della gestione, a causa delle incertezze in capo al sistema informatizzato utilizzabile per tale prerogativa. La tecnologia in dotazione, pur presentando idonea *expertise* non ha potuto esprimersi come procedura ponte del passaggio al sistema regionale MOSS che solo nel corso di quest'anno ha trovato conferme per l'avvio, trovando concretamente l'avvio a settembre 2023.

5. Analisi della performance

5.1 Principali risultati raggiunti: accountability

A. Prospettiva economico — finanziaria o dei risultati

Riguardo alla produzione, i valori relativi al 2022 e 2021 e le differenze di scostamento, sono riportate nella tabella successiva. In confronto all'esercizio 2021 si rileva un incremento riguardo ai ricavi rivenienti dalle attività di ricovero in Mobilità intraregionale pari a €/000 374 ed extraregionali pari a €/000 159.

Importi in €/mgl	Produzione al 31/12/2022	Budget 2022	Assegnazioni	Produzione al 31/12/2021	Delta Produzione 2022- Bgt 2022	Delta Produzione 2022- Assegnazioni	Delta Produzione 2022-2021
Mobilità attiva intraregionale	€19.256	€23.000	€19.256	€18.882	-€3.744	-	€374
Mobilità attiva extraregionale	€768	€714	€768	€609	€54	-	€159
Prestazioni di File F	€5.849	€-	€5.849	€5.713	€5.849	-	€136
TOTALE	€25.873	€23.714	€25.873	€25.205	€2.159	-	€669

Tale risultato è segno di un'importante ripresa delle attività di reparto che non solo ha consentito di colmare il gap accusato nel 2020 – a causa dell'emergenza sanitaria – ma ha permesso un ulteriore rilancio della produzione dell'Ente.

A tal proposito, restando nel perimetro delle Prestazioni di File F, l'analisi va spostata sul dettaglio della successiva tabella.

Volumi attività FILE F			Anno 2022	Anno 2021	Differenze €	
U20	1070103	FILE-F AMB. GASTROENT.1	€ 463.866	€ 392.513	€ 71.353	18%
U30	1070703	FILE-F ONCOLOGIA	€ 2.154.075	€ 1.956.967	€ 197.108	10%
U40	1070203	FILE-F AMB. GASTROENT.2	€ 2.857.371	€ 3.027.396	-€ 170.025	-6%
U90	1040202	FILE-F - DISTRIBUZ.DIRETTA DIMISSIONI	€ 373.681	€ 336.208	€ 37.473	11%
Totale			€ 5.848.993	€ 5.713.084	€ 135.909	2%

I risultati economici evidenziano la stabile erogazione per tutte le tipologie dei File-f. Il dato in rosso evidenzia l'unica diminuzione in risposta alle attività di contenimento dei costi in rispondenza all'applicazione delle politiche regionali, con un incremento di €/00135 nel totale confermando la stabilizzazione della tendenza, decrementata significativamente a partire dal 2019, come sintetizzato nella tabella sottostante, ad eccezione dell'incremento rappresentato nel 2022:

	2018	2019	2020	2021	2022
FILE-F	€ 10.005.259	€ 7.346.950	€ 6.706.038	€ 5.713.084	€ 5.848.993

L'incremento è da considerarsi fisiologico per l'incremento dei pazienti trattati, rilevabile



dalla tabella successiva che espone l'andamento delle prestazioni di somministrazione delle infusioni. Solo con l'esame delle somministrazioni delle sostanze chemioterapiche e delle immunizzazioni, si può evidenziare che gli incrementi dei costi sono conseguenza di una maggiore attività, che la tabella successiva riporta con il confronto degli ultimi tre anni, con l'unica controtendenza della Gastroenterologia 2:

Dati ambulatoriali per la somministrazione di FILE-F				2020	2021	2022
Erogante	Esame	Descrizione	QTA	QTA	QTA	
Oncologia	99.25	iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore, non classificate altrove	1.495	1.532	1.972	
Gastro 1	99.13	immunizzazione per malattia autoimmune	171	164	198	
Gastro 2	99.13	immunizzazione per malattia autoimmune	2.945	3.141	3016	
TOTALE ATTIVITA' AMBULATORIALE			4.611	4.837	5.186	

I costi operativi relativi al 2022, che si espongono di seguito, fanno registrare, nel complesso, un incremento pari a €/000 2.865.

	Bilancio 2022	Bilancio 2021	Maggiori costi	Minori costi
Voce	€/000	€/000	€/000	€/000
Acquisti di beni	13.421	12.848	573	
Acquisti di servizi sanitari	2.680	3.821		-1.141
Acquisti di servizi non sanitari	8.720	7.362	1.358	
Manutenzione e riparazione	1.909	2.224		-315
Godimento beni di terzi	3.191	2.275	916	
Personale	21.976	20.202	1.774	
Oneri diversi di gestione	1.293	1.376	-83	
Ammortamenti	2.730	2.612	118	
Rimanenze	- 80	272		-352
Accantonamenti	2.440	2.423	17	
COSTI DELLA PRODUZIONE	58.280	55.415	4.673	-1.808
TOTALI	58.280	55.415	2.865	

La rappresentazione sopra riportata evidenzia gli scostamenti, per maggiori o minori costi rilevati nell'esercizio 2022, per la cui maggiore e più dettagliata descrizione si rimanda alla Relazione di Gestione allegata al Bilancio di Esercizio 2022, a cura del Direttore Generale.

Il 2022 è stato un anno in cui l'Amministrazione si è fortemente concentrata sulla strutturazione e riorganizzazione dell'Ente.

Lo ha fatto avviando un importante arruolamento di nuovo e qualificato personale, in campo non solo sanitario, e implementando la struttura informatica approfondendo maggiore attenzione, da un lato, al fine di rendere più facilmente fruibili i servizi dall'utenza e, dall'altro, a rendere l'Ente più capace e moderno rispetto alle criticità rivenienti dall'esterno.



Visti i fatti aziendali, si analizza la tabella di seguito come elaborata dai dati di bilancio di esercizio consuntivo 2022, approvato con Delibera n. 401 del 31.05.2023.

VOCI DI BILANCIO	VALORI IN BILANCIO			COMPOSIZIONE %		
	Bilancio al 31/12/2022	Bilancio al 31/12/2021	BUDGET 2022	Bilancio al 31/12/2022	Bilancio al 31/12/2021	BUDGET 2022
VALORE DELLA PRODUZIONE	50.021.106	49.379.720	45.153.450	99,20	94,39	100,00
Contributi in c/esercizio	17.343.989	18.500.332	9.356.500	34,40	35,36	20,72
Proventi e ricavi diversi	27.535.733	27.197.718	30.669.250	54,61	51,99	67,92
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.253.639	108.368	64.900	2,49	0,21	0,14
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	807.254	684.353	700.000	1,60	1,31	1,55
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contrib. Vincolati	392.947	442.447	1.912.800	0,78	0,85	4,24
Costi capitalizzati	2.687.545	2.446.502	2.450.000	5,33	4,68	5,43
ALTRI PROVENTI	401.368	2.935.473	0	0,80	5,61	0,00
Finanziari	42	402	0	0,00	0,00	0,00
Diversi	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Straordinari	401.326	2.935.071	0	0,80	5,61	0,00
TOTALE RICAVI	50.422.474	52.315.193	45.153.450	100,00	100,00	100,00
COSTI OPERATIVI	58.279.937	55.415.399	51.269.861	96,57	96,20	96,93
Personale	21.976.056	20.201.820	22.844.900	36,42	35,07	43,19
Materiali	13.340.206	13.120.452	10.963.769	22,11	22,78	20,73
Servizi e costi diversi	17.793.681	17.058.164	14.252.119	29,48	29,61	26,94
Ammortamenti	2.729.695	2.611.554	2.492.637	4,52	4,53	4,71
Accantonamenti	2.440.299	2.423.408	716.436	4,04	4,21	1,35
ALTRI ONERI	2.068.375	2.190.361	1.623.600	3,43	3,80	3,07
Finanziari	1.028	2.801	0	0,00	0,00	0,00
Diversi	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Straordinari	418.605	616.395	0	0,69	1,07	0,00
Tributari	1.648.741	1.571.165	1.623.600	2,73	2,73	3,07
TOTALE COSTI	60.348.311	57.605.760	52.893.461	100,00	100,00	100,00
RISULTATO ECONOMICO	-9.925.837	-5.290.567	-7.740.011	0,00	0,00	0,00

La perdita di Esercizio prevista è pari a €/000 9.926.

Il Valore della Produzione relativo all'esercizio 2022, pari a €/000 50.021, in termini complessivi, fa registrare un incremento pari a €/000 641 rispetto all'esercizio 2021. Nella seguente tabella si specificano gli scostamenti per settori di aggregazione.

	Bilancio 2022	Bilancio 2021
Voce	€/000	€/000
Contributi c/esercizio	18.059	18.500
Rettifica Contrib. In C/Esercizio	-715	-
Ricavi per prest. san. e sociosan. a rilevanza sanitaria	27.428	27.184
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1254	108
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	806	684
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.688	2.447
Utilizzo fondi per quote inutilizz. contributi vinc.ti di eserc. precedenti	393	442
Altri ricavi e proventi	108	14
Totale VALORE DELLA PRODUZIONE	50.021	49.379



6. Allegati

Nessun allegato. Quanto necessario all'illustrazione dei risultati di performance, per comodità del lettore, è stato riportato all'interno della relazione nei vari passaggi espositivi.



Note Personale indicato dal responsabile

– RESPONSABILE DEL PROGETTO

ING. RODOLFO SARDONE 50%

- M6C2 I1.1 M6C2 I1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

- Grandi apparecchiature

Dott. Antonio Lavarra – Area Patrimonio - Gestione ed espletamento procurement

- M6C2 I2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN –

Dott. Michele Di Lorenzo – Area Personale – Attivazione reclutamento risorse umane

Dott. Giuseppe Savino – Area Economico-Finanziaria – rendicontazione ec.-fi.

P.O. Rag. Anna Beatrice –Ufficio Formazione – Direzione sanitaria –

formazione in ambito PNRR

- M5C3 I1.1.1 Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità –

Dott. Nicola Giliberti – Espletamento e gestione procurement servizi

Progettualità AUMENTO DELL'ENGAGEMENT AZIENDALE RISPETTO ALLE PROGETTUALITÀ PNRR 2022-2024

N.1	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: Il responsabile è stato chiamato a svolgere le attività di partecipazione a Bandi			
Indicatori e Target: Produzione atti attestanti l'avvenuto conseguimento della titolarità del finanziamento per il 2022 e a seguire il conseguimento del finanziamento			
Risultato misurato: Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.			
Fonti da utilizzare: Deliberazioni e atti depositati presso gli uffici			
Risultato valutato Attività relative agli adempimenti richiesti:			
1	1 – Adesione ad almeno un bando Missione 6 – Componente 1 o 2	Sottomissione di almeno un progetto	Delibera o nota interna di Presa d'atto con nomina responsabile e successiva nomina supporti
Esito: 1 - M6C2 I1.1 M6C2 I1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi apparecchiature Sottomissione e finanziamento progetto 6 ecografi Sottomissione e finanziamento progetto n. 1 angiografo Sottomissione e finanziamento progetto n.1 TAC Sottomissione e finanziamento progetto n.2 Telecomandati radiologici Delibere recepimento partecipazione: 1) nota prot. n. 08 I/PROT/22/01/2022/0000117 del 22/01/2022, del Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia; 2) DDG n. 92 del 28.03.2022 (nomina RUP); 3) DDG n.340 del 22.07.2022 (autorizzazione all'adesione accordo quadro CONSIP) 4) DDG n.475 del 12.10.2022 (adesione accordo quadro CONSIP) Esito: 2 - M6C2 I2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN Sottomissione e finanziamento Progetto "PNRR-MAD-2022- 12376656, dal titolo "Development of an ensemble learning based, Multidimensional sensory impairment score to predict cognitive impairment in an elderly cohort of Southern Italy" Valore economico Complessivo 1.000.000,00 € Delibera del Direttore Generale n.274 del 27.04.2023 Delibera del Direttore Generale n.330 del 15.05.2023			
2	2- Adesione ad almeno un Bando Missione 4 o Missione 5	Sottomissione di almeno un progetto	Delibera o nota interna di Presa d'atto con nomina responsabile e successiva nomina supporti
Esito: M5C3 I1.1.1 Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità Fornitura di un servizio integrato di chirurgia robotica e teleassistenza per i pazienti oncologici post-chirurgici in condizione di deprivazione sociale e di accesso alle cure primarie in connected care" CUP: G25F2200100006 Delibera approvazione finanziamento Valore economico 4.954.071,00 € Delibera del Direttore Generale n.307 del 10.05.2023			
3	3- Attivazione percorso formativo PNRR Missione 6	3- Organizzazione di almeno un corso di formazione per il personale sanitario per aumento sensibilità su bandi PNRR	Documento che attesti la partecipazione al corso di almeno il 50% degli invitati.
Esito: Erogazione il 31 Maggio 2022 Formazione di n. 60 minuti per i dipendenti dirigenti dell'Ente: Modulo 1 [15'] - Il PNRR nel contesto delle politiche europee di sviluppo e coesione (Avv. Giuseppe Campanile) Modulo 2 [15'] - I principali contenuti del PNRR (Dott. Rodolfo Sardone) Modulo 3 [15'] - Il quadro dei bandi emanati e in preparazione sulle tematiche di interesse del "de Bellis" (Ing. Ilaria Bortone) Tavola Rotonda [15'] Agli atti dell'Ufficio Formazione - Direzione Sanitaria ufficio formazione			



Progettualità GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITÀ ASSICURATA DEL. 695/2017

N. 3	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: Coordinamento dell'inserimento dei dati degli incarichi occasionali autorizzati dall'IRCCS ai dipendenti richiedenti nel sistema Perla PA ai sensi dell'art.53 DLgs 165/2001.			
Indicatori e Target: N. di inserimenti effettuati sul sito. Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2022			
Risultato misurato: Evidenza degli inserimenti effettuati per tutte le tipologie di adempimento. <u>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</u>			
Fonti da utilizzare: Relazione del coordinatore e tabulato estratto dalla piattaforma PERLAPA			
Risultato valutato Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2022: Tutti i dipendenti designati hanno svolto il proprio compito			
1	Svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di richiedi dall'adempimento	Numero incarichi occasionali conferiti dall'IRCCS e Incarichi conferiti ai dipendenti ai sensi dell'Art.53 D.Lgs 165/2001	Stampa degli inserimenti effettuati dai report forniti dal sistema PerlaPA
Esito: Attività effettuate da vari designati e attestata dal coordinatore: SIG.RA ACCETTURA ROSA COORDINATORE SIG.RA CARAMIA ANNAMARIA SIG. PINTO GIAMPIETRO SIG. PAGLIARULO TONI SIG.RA GENTILE ANIA SIG.RA MARTINO GISELLA DOTT.SSA GALA FRANCESCA DOTT.SSA PASTORELLI LILIANA DOTT. GIUSEPPE DALFINO			
Note			

Progettualità ATTIVITÀ ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI PERLAPA

N.	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: L'obiettivo è relativo al conseguimento della certificazione del rischio clinico e della Qualità ed assegnato al dirigente farmacista dott. Pietro Trisolini nominato quale Responsabile aziendale con delibera DG n.695/2017. Il designato è chiamato a svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di Gestione del rischio clinico e stesura di un piano operativo di gestione del rischio clinico e della qualità.			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2022			
Risultato misurato: Avvio della Mappatura dei processi con la metodologia FMEA Risoluzione non conformità delle UUOO interessate dal rischio clinico Certificazione dell'Istituto per la qualità ISO 9001:2015 Performance per l'obiettivo trattato Positiva			
Fonti da utilizzare: Relazione del Responsabile aziendale del Rischio clinico e Qualità ed evidenze ivi prodotte			
Risultato valutato: Attività relative agli adempimenti richiesti:			
1	Adempimento agli obblighi relativi al Rischio Clinico	Coordinamento attività necessarie alla gestione del Rischio clinico	Rendicontazione delle avvenute mappatura del Rischio per le varie Unità Operative
Esito: Effettivo conseguimento della certificazione ISO 9001:2015			
2	Adempimento agli obblighi relativi alla Qualità	Coordinamento attività necessarie al conseguimento della certificazione	Riconoscimento della certificazione ISO:9001 2015
Esito: Effettivo conseguimento della certificazione ISO 9001:2015 da parte dei designati DOTT. TRISOLINI PIETRO PO BEATRICE ANNA DOTT.SSA FANELLI ROSANNA DOTT.SSA MASTROSIMINI ANNA			
Note			



4 AUMENTO DELL'ENGAGEMENT AZIENDALE RISPETTO ALLE PROGETTUALITÀ PNRR 2022-2024

N.	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	TARGET
1	Aumento engagement con progettualità PNRR	1 – Adesione ad almeno un bando Missione 6 Componente 1 o 2	Sottomissione di almeno un progetto	Delibera o nota interna di Presa d'atto con nomina responsabile e successiva nomina supporti
2		2- Adesione ad almeno un Bando Missione 4 o Missione 5	Sottomissione di almeno un progetto	Delibera o nota interna di Presa d'atto con nomina responsabile e successiva nomina supporti
3		3- Attivazione percorso formativo PNRR Missione 6	3- Organizzazione di almeno un corso di formazione per il personale sanitario per il aumento sensibilità su bandi PNRR	Documento che attesti la partecipazione al percorso di almeno il 50% degli invitati.

Con riferimento al progetto affidato al responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, sulla base delle evidenze prodotto dalla stessa con la relazione relativa all'annualità 2022, si riporta quanto relazionato dallo stesso responsabile ai fini delle evidenze che sono state riscontrate:

Progettualità RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

N.1	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: Il responsabile è stato chiamato a svolgere tutti i compiti in capo al RPCT			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2022			
Risultato misurato: Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.			
Fonti da utilizzare: Relazione del RPCT			
Risultato valutato Attività relative agli adempimenti richiesti:			
1	Redazione del Piano Triennale e adeguamento alle linee guida indicate dall'ANAC	Adozione del Piano Triennale per la performance 2022-2024	Atto deliberativo
Esito: È stata adottata la deliberazione del Commissario Straordinario n.161 del 30/04/2022 avente oggetto "Approvazione del PIAO 2023-2025 - Piano Integrato di Attività e Organizzazione: integrazione della Sezione Rischi Corrottivi e Trasparenza e aggiornamenti." Documentazione presente sull'Albo Pretorio dell'Istituto.			
2	Attivazione dei corsi per i dipendenti e per i referenti della trasparenza della prevenzione della corruzione	Collaborazione con l'Uff. formazione allo svolgimento delle attività formative obbligatorie su Anticorruzione e Trasparenza	Documentazione delle attività svolte
Esito: Sono stati effettuati i corsi obbligatori su anticorruzione e trasparenza sia in modo esteso a tutti i dipendenti, sia ai referenti di Anticorruzione e Trasparenza, agli atti di ufficio dell'ufficio Formazione.			
Allegati: sono disponibili gli attestati rilasciati dal docente che ha tenuto i corsi nel corso del 2022			
3	Rendicontazione delle attività di monitoraggio e verifica effettuate in corso di anno	Relazione sulla Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022	Redazione della relazione e trasmissione agli organi interessati
Esito: È stata effettuata la rendicontazione delle attività di monitoraggio e verifica in corso d'anno descrivendo l'attività svolta con la relazione trasmessa all'ANAC e agli organi interessati utilizzando il format Excel raccomandato dalla stessa autorità. Nota n.473 del 13/01/2023 invio "Relazione annuale di attuazione del PTPCT 2022-2024: sezione anticorruzione del PIAO 2022-2024" Risultato conseguito da: RPCT dott. Michele A. Di Lorenzo Ufficio di supporto al RPCT dott. Cosimo Sportelli			
Note			

5.4 Misurazione e valutazione della performance individuale: progetti di natura trasversale

Gli obiettivi individuali assegnati a specifico personale ed inseriti nel Piano della performance con riferimento alla deliberazione CS n.576 del 21/11/2022 avente oggetto "Obiettivi specifici assegnati alle attività progettuali di natura trasversale: anno 2022", a seguito degli accordi raggiunti con le OO.SS. nelle varie delegazioni trattanti con incontri nelle date sotto riportate, sono stati concordati e sottoscritti, i progetti di natura trasversale 2022:

30/05/2022 con le OO.SS del Comparto;

30/05/2022 con le OO.SS. della dirigenza PTA;

30/05/2022 con le OO.SS. della dirigenza Area Sanità;

1 RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

N.	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	TARGET
1		Redazione del Piano Triennale e adeguamento alle linee guida indicate dall'ANAC	Adozione del Piano Triennale per la performance 2022-2024	Atto deliberativo
2	Adempimenti normativi indipendenti e per i referenti della trasparenza della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Attivazione dei corsi per i dipendenti e per i referenti della trasparenza della prevenzione della corruzione	Collaborazione con l'Uff. formazione allo svolgimento delle attività formative obbligatorie su Anticorruzione e Trasparenza	Documentazione delle attività svolte
3		Rendicontazione delle attività di monitoraggio e verifica effettuate in corso di anno	Relazione sulla Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022	Redazione della relazione e trasmissione agli organi interessati

2 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITÀ ASSICURATA DEL. 695/2017

N.	OBIETTIVO	AZIONE	Indicatore	target
1	Adempimento agli obblighi relativi al Rischio Clinico	Coordinamento attività necessarie alla gestione del Rischio clinico	Rendicontazione dell'avvenuta mappatura/aggiornamento del Rischio per le varie Unità Operative	Raggiunto
2	Adempimento agli obblighi relativi alla Qualità: Mantenimento della certificazione di qualità dell'ente attraverso l'applicazione di azioni correttive	Revisione periodica dei processi sanitari amministrativi al fine del mantenimento degli standard per la certificazione	Riconoscimento della certificazione ISO:9001 2015	Raggiunto

3 COORDINAMENTO ATTIVITÀ ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI

N.	OBIETTIVO	Azione	Indicatore	Target
2	Adempimento agli obblighi richiesti da PerlaPA	Tenuta dei registri di rendicontazione degli inserimenti effettuati nella banca dati, con opportuna indicazione del dipendente che ha segnalato le informazioni da inserire e l'incaricato che ha effettuato l'inserimento nel sistema PerlaPA.	Presentazione dei registri da parte degli incaricati per l'anno 2022 attestante il puntuale inserimento dei dati e l'identificazione a propria firma del soggetto conferente le informazioni da registrare.	Documentare esibendo il registro degli inserimenti effettuati dall'incaricato per competenza.



5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità.

A completamento dell'istruttoria eseguita della Struttura Tecnica Permanente con il supporto dell'UOS Pianificazione e controllo, si riportano le valutazioni di performance organizzativa

UOC CHIRURGIA GENERALE 1			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC CHIRURGIA GENERALE 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC DI GASTROENTEROLOGIA 1			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOSD ONCOLOGIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC GASTROENTEROLOGIA 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOSD SERVIZIO DI CARDIOLOGIA-			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOSD FARMACIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC GENETICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC DI PATOLOGIA CLINICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
DIRETTORE SCIENTIFICO			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00		
DIREZIONE SCIENTIFICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
DIREZIONE SANITARIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree		100,00	100,00
UOS BUROCRATICO-LEGALE E AFFARI GENERALI			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00
UOC GESTIONE PATRIMONIE E AREA TECNICA e SIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100,00	100,00	100,00



problematica di carenza di personale. Il personale sanitario le cui procedure sono state concluse con riferimento ai concorsi di Dirigenti Biologi, di Dirigenti Medici di Gastroenterologia, Endocrinologia a scorrimento di altrui graduatorie hanno delineato un punto di partenza per la risoluzione del problema risorse umane. Il reclutamento resta comunque ancora carente nel 2022, malgrado gli scorrimenti conseguiti, rispetto agli infermieri ed ai medici di Cardiologia e Radiodiagnostica oltre la necessaria di rinforzare il contesto della chirurgia bariatrica che nel 2023 vedrà con ragionevole certezza una significativa evoluzione produttiva. Il potenziamento della chirurgia in tema di interventi con l'utilizzo della robotica, richiede un ulteriore focus per il conseguimento di figure apicali capaci di elevare i livelli assistenziali in prospettiva futura. Tali obiettivi sono già in parte stati realizzati nel 2022 in capo ai responsabili al fine di conseguire l'espletamento e conclusione di tali procedure, potendo ciò incidere favorevolmente sull'obiettivo dell'aumento di produzione.

- Lo sviluppo della cultura aziendale legata alle dinamiche del ciclo della performance, avviate da diversi anni nel nostro IRCCS, vede nel 2022 il concreto consolidamento dell'utilizzo delle strumentazioni informatiche da parte di valorizzatori e valorizzati, adeguando il personale all'uso dedicato, per il conseguimento dei benefici della reingegnerizzazione dei processi, avviando un effetto positivo ripetibile con aumento di competenze e crescita degli operatori e sui risultati attesi nell'ottica della performance organizzativa e individuale.
- Per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa, è importante evidenziare che le erogazioni svolte come prestazioni aggiuntive hanno consentito di dare risposte al fabbisogno dell'utenza, potendosi riproporre tale soluzione anche in futuro. L'ampliamento dell'offerta della turnazione per la maggiore disponibilità di personale ha ingenerato una maggiore offerta a vantaggio dei pazienti.
- L'importante stesura dei PDTA, descritti al paragrafo 5.1 punto B), rappresenta una importante condizione per il raggiungimento di pratiche orientate verso l'eccellenza delle cure specie in prospettiva futura, che richiede le dovute attenzioni in futuro per dare la giusta rilevanza a tali procedure.
- Continuare a mantenere l'attenzione su aspetti di monitoraggio del clima organizzativo e lo stress correlato, sulla base dei questionari da parte dell'URP.
- L'opportunità di tenere a portata il benessere dei pazienti con l'accoglienza al fine di conseguire il miglior vantaggio per l'Istituto in termini di produzione attraverso il loro benessere e ottenimento di cure. In tal senso il buon risultato del 2022 deve perpetrarsi con monitoraggi della Direzione Sanitaria sulla rilevazione delle segnalazioni utili alla comprensione di eventi spiacevoli e avversi al buon andamento dell'IRCCS, potrà nel 2023 segnare i risultati di un percorso vincente dal punto di vista della performance.



5.3.2. Obiettivi specifici (visione triennale)

Gli obiettivi specifici, analizzati nel precedente paragrafo, inducono ad una ulteriore valutazione, per comprendere se la strategia triennale presentata nel Piano 2022 procede verso le direzioni annunciate, ovvero se sia necessario introdurre eventuali correttivi da considerare e porre in essere nei prossimi Piani triennali della performance:

- La probabile definitiva conclusione dell'emergenza pandemica concretizzatasi nei modi conosciuti nel 2020 e 2021 e non conclusasi in concreto nel 2022, dovrebbe consentire un approccio differente alle esigenze di salute solo a partire dal 2023, ponendo negli anni a seguire la necessità di adeguare le capacità di risposta di un sistema sanitario rivisto per l'occasione dal legislatore. La riprogrammazione della rete ospedaliera regionale, infatti, è la certezza che si stia ragionando in tale prospettiva, ciò richiedendo la semplice ed utile attenzione da parte del nostro Istituto a orientarsi sempre più verso le pianificazioni regionali che negli anni a seguire verranno messe in campo.
- La visione di conseguire l'incremento di attività scientifica in termini di IFN del 50% rispetto al triennio precedente, viene confermata dai risultati della performance conseguita, rilevandosi un andamento in crescita che parte da 365 punti nel 2020, 420 punti nel 2021 e 533 nel 2022 (dato trasmesso al Ministero della salute e in fase di verifica), risultato quest'ultimo in linea con quello che richiede il D.Lgs 200/2022. Le nuove parametrizzazioni richieste dal citato decreto di riforma del 2022, delinea che per la riconferma necessitano obiettivi più sfidanti per il mantenimento del riconoscimento. In tal senso diventa auspicabile dare maggiore attenzione alle parametrizzazioni scientifiche nella budgettizzazione degli obiettivi da affidare alle UU.OO. nel 2023.

La forbice rilevabile dal grafico dell'IFN presentato nelle precedenti trattazioni, indica che si sta raggiungendo un valore limite per l'attuale configurazione dell'IRCCS, pur tuttavia potendo considerare opportunità per il mantenimento del risultato per IFN sul livello dei 500 punti nel corso del 2023.

Riguardo i finanziamenti, va tenuto conto che seguono in parallelo il percorso delle pubblicazioni. Nell'ottica, pertanto, di mantenere una performance adeguata per i finanziamenti extra ricerca corrente, superiori al 50% del finanziamento di quest'ultimo, occorre tener presente le numerose variabili in campo. Molto dipenderà dal conseguimento di finanziamenti PNRR che rappresentano una prospettiva importantissima per l'IRCCS da cogliere in modo organizzato e determinato.

L'ampliamento deve essere curato anche rispetto alle sperimentazioni scientifiche. Il quadro produttivo vista l'importanza di visibilità e di crescita che tale contesto consentirebbe all'Istituto. Rimane l'importanza per il Direttore Scientifico fare considerazioni annuali per centrare le strategie più opportune in stretta collaborazione con la Direzione Strategica che nel 2023 hanno trovato accoglimento.

- L'avvenuto espletamento delle procedure assunzionali per la maggior parte dei profili fondamentali per la produzione in termini prestazionali per l'IRCCS, oltre le attività di stabilizzazione avviate e in corso di ulteriore completamento nel 2022, stanno risolvendo la





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D3	Punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1.Apporto al valore IFN 2.Segnalazioe di casistiche 3.Attività di ricerca sperimentale	1.Collaborazione per conseguimento di IFN 2.N. segnalazioni casistiche 3.partecipazione alle Sperimentazioni cliniche	1.>=IFN migliore 2021 or ,>=10_definire per UO or 3. >=1
L'obiettivo: Ha il fine di promuovere la ricerca scientifica, dando un apporto all'indicatore che ne rileva gli effetti, l'Impact Factor. Questa volta l'impegno è stato valutato anche in alternativa all'IFN prodotto per consentire alle UUOO non coinvolte in modo diretto alle pubblicazioni a contribuire e ad essere riconosciute per tale attività in termini di collaborazione, segnalazione casistiche e partecipazione alle sperimentazioni cliniche.				
Risultato misurato: Esplicitazioni nella relazione di budget di quanto profuso nei termini dell'indicatore di rilevazione del risultato prodotto mediante la produzione di allegati e riscontro con le UUOO Valorizzazione della Ricerca				
Fonti Utilizzate: Attestazioni dei diretti interessati con la prova documentale di quanto atteso in allegato alla relazione o nella disponibilità qualora richiesta e documentazione ufficiale prodotta dalla Direzione scientifica.				
Risultato valutato: Effettiva collaborazione nel senso del target richiesto ad ogni Centro di responsabilità dell'area sanitaria, con il raccordo della Direzione Sanitaria e con il rilievo del risultato dell'IFN 2022 da parte della Direzione Scientifica per ogni Centro di responsabilità. La UUOO Valorizzazione della ricerca ha esplicitato la piena collaborazione di tutto il contesto scientifico alla produzione di IFN che ha visto il superamento dei 500 punti.				
Performance per l'obiettivo trattato Positiva				
Note				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D1	Formazione tra colleghi Favorire la circolazione di info	Sostituzione di personale in procedure Finalità di integrazione tra Ricerca e Assistenza	Numero di procedure processate Attivazione registro IBD	>=2 and Implementazione registro

L'obiettivo: Finalizzato a dare peso alla formazione dei dipendenti per la crescita dell'IRCCS, rendendo le procedure indipendenti dalla presenza dell'esecutore abituale di specifici processi.

Risultato misurato: Attività formativa svolta con le indicazioni di quanto effettuato o con corsi di formazione o con formazione interna.

Fonti Utilizzate: Dichiarazione dei responsabili e riscontro dall'ufficio Formazione.

Risultato valutato:

Direttore Scientifico e Direzione Scientifica + Reparti e Servizi + Aree Amministrative

In merito a tali obiettivi si è ritenuto validante quanto dichiarato in autocertificazione dai responsabili, con annessa documentazione di attestazione ove possibile in particolare per quanto richiesto per il contributo alle necessità di collaborazione con la ricerca da parte dell'assistenza e per quanto concernente la formazione tra colleghi oltreché dei corsi di formazione richiesti su specifiche tematiche come gli aggiornamenti su novità normative e approfondimenti tematici: ME.PA. - CONTO ANNUALE – MONETIZZAZIONE FERIE – BANDI E PROCEDURE PER IL COVID - INFORMATIZZAZIONE.

La dichiarazione di attestazione nella relazione dei vari centri di responsabilità ha riportato l'assoluta attenzione al tema, realizzando la difficoltà di attuare la buona prassi in casi di competenze non adattabili per processi di particolare contenuto tecnico, richiedenti aspetti ulteriori di formazione rispetto alla più semplice gestione formativa tra colleghi di pari livello e con pari specialità professionali. Tendenzialmente per la parte amministrativa si è atteso l'arrivo di altro personale dal concorso dei Collaboratori amministrativi per consentire una appropriata attività formativa che potrà dare evidenze nel corso del 2023

Performance per l'obiettivo trattato Positiva

Note

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno Eventi formativi sul PNRR	N. corsi convegni workshop medio dipendenti Percentuale partecipanti rispetto ai designati	>=1

L'obiettivo: Portare l'impulso della crescita e incentivare il personale a partecipare a progetti PNRR nel corso dell'anno per l'ottenimento di finanziamenti mediante la partecipazione a corsi

Risultato misurato: Attestazione dello svolgimento di corsi.

Fonti Utilizzate: Attestazioni dell'Ufficio Formazione.

Risultato valutato: L'amministrazione ha svolto le attività formative richieste con lo svolgimento di corsi interni tenuti alla dirigenza amministrativa per esporre le modalità di partecipazione ai bandi nazionale indetti per l'ottenimento di finanziamenti PNRR. Si è avuta la partecipazione del 100% del personale non avente competenze sulla materia. Sono state avviate inoltre specifiche attività progettuali interne per ottenere i finanziamenti mediante la partecipazione ai bandi.

Performance per l'obiettivo trattato Positiva

Note



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C2	Soddisfazione del Paziente	Trattazione segnalazioni comunicate all'URP	Elaborare i dati e riferire risultanze alle UUOO	>2 segnalazioni negative per UO
L'obiettivo: Contenere i comportamenti non accettabili in un contesto di ricovero e cura di eccellenza, favorendo le attenzioni verso i pazienti, fra i colleghi e con gli stakeholder in generale. Risultato misurato: <u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 l'obiettivo nell'ottica della soddisfazione degli stakeholder, ha richiesto la collaborazione fra ricercatori, conseguendo il pieno conseguimento delle attese rispetto al capo della ricerca investito di conseguire l'obiettivo e la piena soddisfazione dell'utenza afferente alla direzione scientifica. Non eccepita alcuna segnalazione o contestazione <u>Reparti e Servizi</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 la STP ha trovato il riscontro del componente della Direzione Sanitaria cui l'URP afferisce che ha esplicitato la mancanza di situazioni segnalate da parte dell'utenza nel corso del 2022 in merito alla gestione delle segnalazioni. Da tale analisi è risultato che nessuna U.O. doveva essere messa a conoscenza di nessuna criticità da gestire per segnalazioni. Non eccepita alcuna segnalazione o contestazione <u>Aree Amministrative</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 si è rilevata la sensibilizzazione delle aree alla collaborazione e al miglioramento dei servizi offerti ai dipendenti, fornitori, e a tutti gli stakeholder in generale, rendendo soddisfacente il raggiungimento del presente obiettivo dal contesto amministrativo. Non eccepita alcuna segnalazione o contestazione Fonti Utilizzate: Comunicazioni dell'URP alla Direzione Sanitaria e rilevazioni della Direzione amministrativa rispetto alle UO amministrative. Risultato valutato: Si rilevano contestazioni e segnalazioni relative all'accoglienza, focus dell'obiettivo, entro la tolleranza fisiologica delle lamentele. In nessun caso i reclami hanno comportato situazioni gravi, dato atto che a tal fine la STP ha recepito le indicazioni rivenienti dalla Direzione Sanitaria per cui non si rileva alcun commento negativo in merito. <u>Performance per l'obiettivo trattato POSITIVA ponendo sempre maggiore sensibilizzazione del personale</u> Note				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C1	1.Ridurre Liste di Attesa 2.Qualità di processo 3.Indice Tempestività Pagamenti 4.Stabilizzazione D.lgs. 75	1.Attivazione di turni aggiuntivi istituzionali ed incremento del personale 2.Tempi di attesa per la chirurgia oncologica. 3.Verifica sui punti di liquidazione 4.Rispetto delle procedure di stabilizzazione per legge	1.N. Prestazioni erogate 2022 rispetto al 2019 2.Relazione Direttore Chirurgia 3.Rilevazione comunicazione valore trimestrale 4.atti deliberativi conseguenziali	1. > del 2019 and 2. migliore del 2021 and 3. <= -5 gg and 4. Chiusura ITER richiesto
L'obiettivo: Verificare con i monitoraggi la correttezza comportamentale degli operatori sia amministrativi che sanitari.				
Risultato misurato: <u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica</u> La collaborazione tra i ricercatori ha visto uno dei punti di forza nella crescita dell'Istituto che al settore della direzione Scientifica è stato chiesto di perpetrare anche nel corso del 2022 <u>Reparti e Servizi</u> Le attività richieste per le liste di attesa hanno rappresentato il focus da rilevare nel corso del 2022, ovvero come ridurre i tempi di attesa implementando un incremento dell'offerta <u>Aree Amministrative</u> L'accoglienza e la cura degli stakeholder, quale filosofia aziendale, è stata riscontrata in tutte le aree rilevando risultati ritenuti soddisfacenti dalla STP. Inoltre è da considerare qualificante quanto dichiarato in merito al contenimento dei tempi di attesa da parte del RULA. L'indice di tempestività dei pagamenti è stato opportunamente considerato l'indicatore per comprendere le risultanze in merito ai pagamenti dei fornitori. La stabilizzazione del personale ha richiesto gli adeguamenti regionali in merito agli adempimenti rispondendo a linee guida e sincronismi regionali da rispettare				
Fonti Utilizzate: Comunicazioni alle direzioni aziendali e rilevazioni effettuate dall'ufficio URP				
Risultato valutato: 1. Le attività svolte per il contenimento dei tempi di attesa hanno visto un incremento di attività da parte della specialistica ambulatoriale con l'incremento di attività sostenuta con le prestazioni aggiuntive, raccogliendo un incremento di prestazioni in tutti i reparti e servizi coinvolti nella riduzione delle liste di attesa. 2. Rispetto ai tempi di attesa della chirurgia oncologica si rileva la dichiarazione del direttore di chirurgia nota prot n.13210 del 22/9/2022 della riduzione che nel corso degli anni vede crescenti miglioramenti al riguardo a favore dei pazienti. 3. L'evidenza riscontrata rispetto all'indice di tempestività dei pagamenti comunicato dal responsabile dell'UOC AGREF rileva il pieno rispetto del target richiesto. 4. Le stabilizzazioni di personale sono state espletate dalla UOC GRU in riferimento a quanto maturato per il DLGS 75/2017 e il comma 268 della Legge 234/2021, che ha visto l'avvio di tali procedure e i conseguenti reclutamenti a tempo determinato. <u>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</u>				
Note				



L'obiettivo: Migliorare il turn-over dei posti letto abbassando la degenza media, incrementando la complessità utilizzando le strumentazioni informatiche, adottando i PDTA e operando nella direzione della qualità assistenziale, realizzando in collaborazione con il responsabile della Qualità attraverso la mappatura dei processi a rischio con la metodologia FMEA. La prescrizione mediante impegnativa delle indagini diagnostiche doveva orientarsi nella direzione del pieno utilizzo della ricetta dematerializzata.

Risultato misurato:

Reparti e Servizi

Le diverse componenti dell'obiettivo sono risultate quantificate in termini di valorizzazione dell'obiettivo rilevandosi una tendenza al non rispetto del target relativo alla degenza media, sulla cui evidenza il Direttore Sanitario ha espresso le considerazioni che hanno consentito di riconoscere il raggiungimento dell'obiettivo riguardo la Rianimazione e TI.

Lo stesso Direttore ha attestato rispetto ai PDTA e in particolare quello dell'obesità dichiarando che risultano implementati con la piena collaborazione dei reparti e servizi, mentre per gli altri punti dell'obiettivo si riportano di seguito le relative risultanze del loro conseguimento:

- Il pieno utilizzo dei software ha rilevato il pieno soddisfacimento dei reparti e servizi.
- Per la chirurgia risulta l'organizzazione consolidata del pre-ricovero che ha consentito la gestione dell'obiettivo in maniera ottimale.
- La STP in merito all'obiettivo dell'azzeramento di utilizzo di impegnative non dematerializzate (rosse) ha posto la verifica considerando non raggiunto con valutazione negativa per l'UO quantunque un dirigente medico ivi afferente avesse, nel corso del 2022, utilizzato più di un blocchetto, considerando giustificabile l'utilizzo di uno solo per i casi di malfunzionamento dei sistemi informatici.
- In merito ai risultati per la certificazione della qualità ISO 9001:2015, si rileva dalla relazione del responsabile della qualità il conseguimento della certificazione da parte di tutte le UU.OO. per l'annualità 2022.

Aree Amministrative

Risulta la completa ottemperanza delle varie tipologie di processi interni proposte dall'obiettivo per le aree amministrative, rispettandosi le sfaccettature singolarmente affidate ai diversi centri di responsabilità, nel conseguimento del risultato auspicato in termini di attività da effettuare.

Rilievo dell'avvenuta effettuazione delle procedure di conferimento di incarico per Direttore delle Chirurgia Generale 1 e Genetica

Fonti Utilizzate: Reportistica generata dai dati di Edotto per il monitoraggio degli andamenti, unitamente alle attestazioni degli aspetti qualitativi. Controdeduzioni dalle relazioni di budget richieste ai sistemi informativi aziendali, al responsabile della qualità in merito alla collaborazione per la certificazione ISO 9001:2015, autocertificazione della partecipazione e riscontro dalla Direzione Sanitaria per l'utilizzo dei PDTA.

Risultato valutato:

La degenza media risultante nel 2022 per tutti i reparti in cui l'obiettivo era stato richiesto non ha visto un abbassamento dell'indicatore che è stato conseguito, per le ragioni addotte dal Direttore Sanitario con specifica attestazione, evidenziando che gli obiettivi assegnati hanno a riferimento valori target Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che specifica nell'allegato 1 al paragrafo 3.1 "Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.". Ma tale tendenza, non può essere riferimento assoluto, bensì tendenziale che deve tener conto anche di una produzione di qualità che l'IRCCS sta trasferendo sul territorio regionale ed extraregionale.

Si rileva un generale miglioramento dell'indice di complessità, con un decremento minimo rilevato per l'UOSD Epatopatie, ampliamento giustificato dal Direttore Sanitario e ritenuto soddisfacente nella tolleranza del target dalla STP.

I tempi di consegna dei referti, considerati attestati correttamente da parte dei responsabili dei servizi, sono stati considerati raggiunti.

Gli incarichi apicali di UOC sono stati conferiti nei limiti delle indicazioni della Direzione Strategica, effettuato quindi solo per la Chirurgia e in stand by per la Genetica Medica, pur se sono state effettuate le procedure a fine 2022 per il conferimento degli incarichi di radiodiagnostica e Farmacia Ospedaliera.

Performance generale, positiva per tutti

Note. nessuna.





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B4	1.Degenza media reparti	1.Riorganizzare attività di ricovero	1.Degenza media	1.<_definire per UO
	2.Ricetta dematerializzata	2.Pieno utilizzo ricetta bianca	2.Numero ricette rosse	and
	3.Case Mix	3.Aumentare indice di complessità UOC reparti	3.Indice complessità	2. = 0 and
	4. PDTA: Obesità	4.Adozione e affidamento alle linee guida dei PDTA	4.Implementare le linee guida del PDTA Obesità	3.> indice 2021 and
	5.ISO 9001:2015 Qualità	5.metodo Risk Based Thinking	5.Valutazione Rischio implementazione procedure interne alle UU.OO.	4. Relazioni UUOO and
	6.Procedure concorsuali UOC	6.attivare procedure concorsuali posizioni apicali vacanti	6.Concorso per le UU.OO. Chirurgia e Genetica	5.=Ok resp. Quality and 6. >=2



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B3	Flussi di rendicontazione	Puntualità di trasmissione dei flussi informativi per rispetto obblighi : Anti-Corruzione e Trasparenza; Privacy; Costi Covid-19; SDO SDA; Leggi; Regione; Ministeri; Procedure; (ecc. con scadenza esplicitata)	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0
L'obiettivo: Dare importanza al rispetto dei tempi di scadenza dei flussi informativi.				
Risultato misurato: Rispetto alle consegne delle SDO dai reparti rilevando il supporto dei servizi per il rispetto di tali tempi				
Fonti Utilizzate: Sono state rilevate dal sistema di edotto le schede SDO DH e SDA non validate al fine di rilevare il rispetto di quanto richiesto dall'obiettivo col fine di valorizzare il risultato in positivo in caso risultasse completa compilazione dei documenti di ricovero e ambulatorio, rilevando le evidenze da Edotto, al fine di rilevare schede adeguatamente gestite alla dimissione. Il RIP ha prodotto documento di attestazione per la sintesi del raggiungimento delle risultanze.				
Risultato valutato: <u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> La produzione di IFN è stata comunicata nei tempi utili al Ministero da parte del Direttore Scientifico e all'UOC del Personale per la valorizzazione della premialità da parte della Direzione Scientifica, ciò comportando il raggiungimento dell'obiettivo. Anche i punti 1 e 2 del medesimo obiettivo sono stati conseguiti rispetto alla puntuale produzione dei flussi COAN e di Amministrazione Trasparente. L'ufficio della Direzione scientifica ha adempiuto, con evidenze documentali, alle attività di rendicontazione secondo le aspettative. <u>Reparti e Servizi:</u> La puntualità nella consegna documentale per l'adempimento di presentazione dei flussi, rispetto al contesto sanitario trova ancora qualche ritardo, giustificato dal RIP con opportuna relazione di attestazione per cui le mancanze nella regolarità a causa dei rilievi rispetto alle SDO di RO e DH non hanno comportato alcun disagio- <u>Aree Amministrative</u> I risultati conseguiti rispetto agli obblighi di trasparenza, ai sensi del Dlgs 33/2013 con l'annesso allegato 1 che detta puntualmente gli obblighi da rispettare da parte di un'Amministrazione, rilevano le mancate risposte al riguardo da parte di alcune UU.OO. agli inviti del RPCT, ciò richiedendo maggiore sensibilizzazione su tali adempimenti obbligatori, che necessitano dell'attenta e utile disponibilità a trasferire informazioni di pubblicazione su contenuti da rendicontare nella sezione Amministrazione Trasparente. Ad ogni buon conto per le attività di visibilità dei dati, richiesta dalla normativa, è risultato un soddisfacente aggiornamento degli obblighi informativi nella sezione Amministrazione Trasparente, che pur se richiedente un mantenimento delle attenzioni sul tema trasparenza, denota il raggiungimento degli obiettivi di adempimento informativo richiesto dal Decreto citato a questa amministrazione. La STP ha considerato raggiunti gli obiettivi delle aree interessate dal target dell'obiettivo. Performance generale positiva, segnalata la necessità di miglioramento				
Note Segnalata la necessità di una migliore gestione per evitare carenza informativa di SDO e SDA nei sistemi regionali.				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B2	1.Migrazione al Sistema MOSS 2.Rete ospedaliera regionale 3.Anticorruzione e Privacy 4.Avvio organizzativo PNRR 5.Finanziam.ti: Covid19-PNRR 6.Sanità Digitale: Qualità flussi; Cartella clinica; Telemedicina.	1.Organizzare le attività e le procedure. 2.Potenziamento rete ospedaliera regionale DGR 1079 del 09/07/2020: Prosecuzione attività richieste 3.Compliance normativa 4.Descrizione attività conseguenti PNRR 5.<u>Pieno utilizzo dei finanziamenti e rendicontazione</u> 6.<u>Definire gli obblighi spettanti.</u> Completare la cartella clinica informatizzata e ambulatoriale; Telemedicina	1.Rispetto programma regionale MOSS 2.Attivazioni ulteriori PP.LL. 3.Attuare le attività richieste nel PTPCT 2022 GDPR 679/2016 4.Attività/procedure attivate per il PNRR 5.Applicazione normativa nazionale e regionale 6.Rispetto degli obblighi Sanità Digitale - Informatizzazione - Telemedicina	1. al 100% and 2. >=4 and 3. = tutte and 4. >=1 and 5. Pieno Utilizzo € and 6.=Rispetto obiettivi ex art.39 LR 4/2010

L'obiettivo: Operare nell'ambito dell'Istituto col fine di rispettare pienamente la compliance normativa riguardante:

1. l'obbligo di passaggio al sistema informativo regionale MOSS
2. il potenziamento della rete ospedaliera completando i pp.ll. richiesti all'Istituto
3. le prescrizioni dettate dalla normativa in tema di privacy e prevenzione della corruzione e trasparenza.
4. l'avvio piano dei finanziamenti tramite l'ottenimento di progettualità specifiche da approvare
5. il PNRR pieno utilizzo
6. la Sanità Digitale – l'Informatizzazione – la Telemedicina

Risultato misurato:

- 1.Avvenuto passaggio al nuovo sistema MOSS risultato non possibile a causa di disomogeneità delle informazioni strutturate nell'attuale sistema, ciò richiedendo una diversa proceduralizzazione e omogenizzazione dei dati per la migrazione al MOSS che per tali ragioni è stata rinviata al 2023.
- 2.ulteriori 4 posti letto della Rianimazione e TI sono stati attivati concretamente e sono dichiarati disponibili all'occorrenza dal Direttore dell'UOC
- 3.Le attestazioni rilevate sulle relazioni, hanno delineato l'andamento per questo obiettivo qualitativo, sia da parte del DPO che da parte dell'RPCT. Va rilevato il processo culturale in atto che ha rilevato talvolta difformità rispetto alla prevenzione della corruzione e della trasparenza per la non tempestiva osservanza dei monitoraggi richiesti dall'RPCT e delle pubblicazioni rispetto agli obblighi di trasparenza dettati dall'allegato 1 del D.Lgs. n.33 del 2013. Gli effetti di un allineamento culturale stanno comunque denotando le più opportune considerazioni da parte dei referenti, specie di parte sanitaria.
- 4.Avviata organizzazione dei finanziamenti con relative deliberazioni dichiarate nella relazione del responsabile.
- 5.Il progetto di natura trasversale rendicontato nella presente relazione, rileva il risultato richiesto all'Istituto nel reperire finanziamenti.
- 6.Attestazione con relazione della direzione strategica

Fonti Utilizzate: Documenti di evidenza dello stadio avanzamento per il MOSS – NSIS regionale - Dichiarazione dei responsabili RPCT e DPO con relazioni prodotte – Deliberazioni – Relazioni di attestazione

Risultato valutato:

Direttore Scientifico e Direzione Scientifica + Reparti e Servizi + Aree Amministrative

Le relazioni pervenute da parte del Responsabile della prevenzione della Corruzione e del responsabile Privacy consentono la rilevazione del raggiungimento delle attese per l'obiettivo. Non risultano rendicontati gli obiettivi riguardanti le richieste di monitoraggio dettate dal PTPC 2022-2023 come programmati dal RPCT per la Direzione Sanitaria e l'UOC del Patrimonio e Servizi Tecnici comunque dichiarate effettuate da parte dei responsabili nella relazione di budget rispetto allo svolgimento del monitoraggio.

Rilevato quanto effettuato in merito ai PNRR con la relazione descrittiva della progettualità trasversale, adottata con deliberazione n. 576 del 21/11/2022, si reputa conseguito quanto richiesto sul punto 4 e 5 dell'obiettivo trattato

performance positiva per l'obiettivo trattato.

Note nessuna



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriatezza	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery.	Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriatezza	=0
L'obiettivo: è richiesto l'utilizzo di forme alternative di prestazione sanitaria rispetto al ricovero per contenere l'inappropriatezza Risultato misurato: È stato rilevato il dato percentuale dei ricoveri inappropriati per ogni reparto dell'Istituto rispetto a quelli appropriati, valutando il rispetto alla percentuale del target. È stata verificata l'appropriatezza rispetto all'esecuzione prioritaria degli esami interni a fronte di quelli esterni per l'Anatomia Patologica in particolare e per la farmacia l'adeguatezza prescrittiva dei farmaci. Fonti Utilizzate: NCUP, Edotto (a cura della STP) Risultato valutato: <u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> Rispetto delle attese sul pieno supporto alle linee di progettualità di ricerca corrente richieste al direttore scientifico e degli studi di sperimentazione richiesti alla struttura della direzione, in quanto tutti effettuati e rendicontati al Ministero come rendicontato nella relazione conclusiva della Performance per il 2022. <u>Reparti e Servizi</u> Rispetto all'azzeramento dell'inappropriatezza, i dati sono stati rilevati dal sistema Edotto e ritenuti utili alla valorizzazione dell'obiettivo che ha portato a considerare non raggiunto il target per i più reparti, malgrado l'impegno profuso dagli operatori. Il Direttore Sanitario è intervenuto in merito precisando che è necessario rendere noto che in molti casi le procedure ancora attive per la gestione dei pazienti Covid hanno richiesto la trattazione prudenziale dei pazienti, ciò comportando la deroga a prese di posizione rischiose nell'ottica di evitare l'inappropriatezza. A tal fine la relazione del Direttore Sanitario dell'Istituto ha chiarito che anche il mancato celere riconoscimento dei day service di nuova implementazione da parte della regione ha comportato il difetto di trattare alcune patologie con modalità di ricovero in luogo di trattazioni ambulatoriali delle patologie. Tale risultanza non ideale, ha spiegato lo stesso Direttore esprime la certezza di un risultato difficile da mantenere nell'ottica della garanzia delle cure richiesta dal paziente, denotando la difficoltà degli operatori ad agire contro un simile principio deontologico. Il Direttore Sanitario presentando le giustificazioni per i reparti rispetto alle casistiche inappropriate, ha consentito di riconsiderare raggiunto l'obiettivo. I servizi sono risultati rispettosi dei risultati affidati. <u>Aree Amministrative</u> La Direzione Sanitaria ha ottemperato alla richiesta, dichiarata nella relazione, di mantenere il monitoraggio delle risultanze dell'obiettivo costantemente rilevabile dal Sistema regionale Edotto nel rispetto delle richieste di migliorare e monitorare i processi interni per gli indicatori e target dell'obiettivi qui considerato. Performance ben orientata verso miglioramento per l'obiettivo trattato relativamente ai processi di gestione. Note nessuna.				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A2	Pianificazione dello straordinario	1. Rispetto programmazione del budget straordinario	Numero ore oltre il budget	=0
L'obiettivo Si è inteso investire tutte le UUOO per riorganizzare e riprogrammare le attività svolte nell'ottica delle esigenze dello Stato di Emergenza pandemica, tal volta adottando progettualità e riadattamenti operativi. Tale aspetto generalizzato ha consentito alla Struttura Tecnica Permanente di considerare il punto 2 soddisfatto nel suo conseguimento per tutte le strutture aziendali.				
Risultato misurato: <u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica</u> È stata effettuata puntuale comunicazione delle esigenze di programmazione biennale di beni e servizi della ricerca e del supporto. La Direzione ha operato con programmazione rispetto alle esigenze di supporto statistico. <u>Reperti e Servizi</u> Il rispetto del budget dello straordinario, risulta raggiunti da tutte le UU.OO. sanitarie ed amministrative con la giustificante per la Rianimazione e Terapia intensiva che ha visto in tal senso un fisiologico sfioramento dovuto a necessità di gestione per specifici periodi di personale colpito dall'infezione da Covid e che ha visto nella straordinarietà il bisogno di ricorrere allo straordinario oltre le ore concesse a budget. <u>Aree Amministrative</u> Hanno trovato piena osservanza e rendicontazione da parte delle strutture amministrative UOC GRU e Direzione Sanitaria oltre il rispetto dei limiti di spesa per il reclutamento di personale e per il rispetto dei budget dello straordinario assegnato alle varie UU.OO. Fonti Utilizzate: Atti e valutazioni di contesto. Per lo straordinario è stato approntato un documento di sintesi sull'andamento di tutte le UUOO rispetto al budget assegnato, rilevando il pieno rispetto della programmazione da parte di tutti. Risultato valutato: Il regolare svolgimento delle attività amministrative rispetto al target assegnato con le attestazioni prodotte della UUOO tenute a rendicontare e monitorare il raggiungimento del risultato richiesto, riscontrato nei rapporti delle relazioni di budget. Performance generale è positiva per l'obiettivo trattato.				
Note: Nessuna				



L'obiettivo

Per il 2022 si è continuato a focalizzare dove è possibile contenere la spesa farmaceutica, mantenendo la corrispondenza degli obiettivi assegnati dalla regione Puglia sulle singole strutture del SSR.

Le attività di monitoraggio del controllo dei limiti da rispettare per il reclutamento del personale,.

Risultato misurato: Rispetto dei limiti per il reclutamento del personale – Misurazione del contenimento dei costi dei dispositivi sanitari e del maggior utilizzo dei biosimilari – Contenimento dei consumi degli antibiotici da parte dei reparti – Verifica delle scorte contenute sotto i consumi medi bimestrali

Fonti Utilizzate: Tabelle di monitoraggio prodotto dall'UOSD di Farmacia, inviate trimestralmente e con consuntivi finali annuali Delle UOC con Documentazione di note giustificativo per casi come l'Endoscopia e il Blocco Operatorio e della Direzione Sanitaria e degli atti deliberativi rispetto agli argomenti descritti e riportati nelle relazioni.

Risultato valutato:

Direttore Scientifico

La produzione di IFN ha trovato coerenza con le richieste di produzione dei punti di IFN rivenienti dalla collaborazione fra personale interno di ricerca e di assistenza, denotando una produzione rilevata di oltre 500 punti oltre i 400 fissati dall'indicatore.

Direzione Scientifica

La direzione Scientifica ha potuto ottimizzare l'ottenimento di finanziamenti, contenendo i costi sostenuti per esprimere al meglio la ricerca scientifica e valorizzarla mediante la struttura istituita e a tal fine designata, richiedendone la puntuale rendicontazione agli enti finanziatori. È stata rilevata la puntuale verifica delle attività per il realizzo del piano di intervento di supporto statistico per il soddisfacimento delle necessità di elaborazione.

Reparti e Servizi

La relazione sul dell'UOSD di Farmacia ha consentito di verificare il rispetto del contenimento dei costi richiesto dall'obiettivo in carico a reparti e servizi per contenere i consumi dei dispositivi ad alto costo, materiale in vitro, antibiotici J01DH caparbapenemici e promuovere il consumo di Biosimilari in alternativa ai farmaci Originator.

Col supporto del rendiconto riportato nella citata relazione è stato possibile rilevare le risultanze e verificare che i reparti di Gastro 1, Gastro 2, Rianimazione e TI cui è ricompreso il Blocco Operatorio, rispetto al consumo di antibiotici caparbapenemici, pur non risultando un contenimento dei consumi richiesto dall'indicatore, è stato effettuato un uso appropriato del farmaco orientato alla qualità. Tale risultato può essere considerato positivo, guardando la questione nell'ottica del benessere della salute del paziente.

I servizi di Endoscopia e Blocco Operatorio hanno evidenziato il mancato rispetto della soglia bimestrale a fine anno, al fine di garantire il contenimento degli sprechi sotto forma di giacenze sovradimensionate, al fine di non dare pregiudizio alle necessità espresse dai pazienti rispetto al bisogno di cure, dovendosi approvvigionare in vista di un incremento dell'attività chirurgica ed endoscopica, a tutti gli effetti confermata nel corso del 2023, hanno ecceduto nelle scorte indicando le ragioni nella relazione finale. I pazienti hanno potuto usufruire del bisogno di cure, grazie alla politica adottata sulle scorte in vista di un incremento dell'attività chirurgica ed endoscopica, a tutti gli effetti confermata nel corso del 2023.

L'UOC Patrimonio ha attestato con deliberazione del Direttore Generale n.591 del 25/11/2022, l'avvenuta comunicazione del fabbisogno biennale di beni e servizi e opere e programma delle Opere pubbliche 2022-2023, come richiesto dalla normativa. In tal modo ha attestato l'avvenuta comunicazione da parte delle varie articolazioni aziendali di quanto necessario.

1. È stato assegnato alle UUOO al fine di consentire all'UOC del Patrimonio di acquisire agevolmente quanto necessario per ottemperare all'obbligo di comunicazione del programma biennale di fabbisogno di beni e servizi.
2. È stato considerato, inoltre, importante stimolare le attività delle UO nel senso della riorganizzazione e riproposizione della attività in ottica progettuale per consentire un miglioramento continuo nel senso della performance

Le altre aree sanitarie hanno contribuito in termini di assolvimento delle pratiche relative alla centralizzazione degli acquisti e al monitoraggio degli andamenti, in primis da parte della Direzione Sanitaria, rispetto a Reparti e Servizi, col supporto della UOSD della Farmacia per il contenimento dei costi dei beni sanitari come farmaci, dispositivi sanitari, biosimilari e relative scorte.

Aree Amministrative

Risultano rispettati i target richiesti alle aree amministrative rispetto all'attività di controllo e monitoraggio oltre che di pianificazione dei costi aziendali per il 2022. La componente amministrativa sulle attività da eseguire rispetto all'obiettivo, ha ottemperato con le deliberazioni e i monitoraggi necessari per il mantenimento costi programmati sotto i valori prescritti dal piano biennale.

performance generale positiva per l'obiettivo trattato

Note Il pieno raggiungimento di questo obiettivo si è contrapposto alla necessaria criticità di assolvere al bisogno di erogazione dei servizi ai pazienti.



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1b	Contenimento dei costi	Gestione dei costi 2022 rispetto al 2021: 1. Adesione all'impiego dei farmaci biosimilari o originator più convenienti per aggiudicazione. Percentuale di incidenza dei farmaci biosimilari sul consumo totale dei farmaci biosimilari + originatori; 2. Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche. Spesa di antibiotici ad ampio spettro o gravati da elevate resistenze; 3. Redazione di piani terapeutici su Edotto. Percentuale dei piani terapeutici informatizzati: almeno mantenimento dei risultati ottenuti rispetto al 2019; 4. Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere su Edotto. Percentuale di prescrizioni informatizzate; 5. Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia alla dimissione o visita ambulatoriale. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo di terapia; 6. Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA. Percentuale di schede chiuse dai medici relative a pazienti non più in trattamento da 6 mesi 7. Percentuale di rimborso delle schede chiuse dai medici di cui al punto precedente delle quali il farmacista può chiedere il rimborso dove previsto 8. Rispetto dei tetti regionali richiesti con DGR 2022 sui dispositivi 9. Programma biennale Beni e Servizi: comunicare fabbisogno, anche con Finanziamenti FESR 10. Spesa personale: 50% del 2009 T.D.; 1,4% della spesa del 2004.	1. % Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso somministrazione diretta) 2. Spesa di antibiotici gravati da elevate resistenze (Carbapenemi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri 3. % Piani terapeutici informatizzati 4. % di prescrizioni specialistiche informatizzate 5. Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico 6. % Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi 7. % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi 8. Scorte dispositivi ad alto costo 9. Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 10. Monitoraggio 1,4% & 50%	Punti 1. a 7.: Mantenimento valori del 2019 8. < Bisogno bimestrale 9. = Rispetto dei tetti di spesa 10. = Nessun ritardo rispetto alla scadenza

5.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

5.3.1. Obiettivi specifici annuali dell'amministrazione nel suo complesso.

Gli obiettivi specifici 2022 sono descritti, nel rispetto delle linee guida citate nella premessa della presente relazione della performance, con i passaggi schematizzati riportati in sintesi sotto.

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1a	Incremento dei ricavi	1.Incremento ricoveri. Acquisizione di finanziamenti. 2.Produzione Extra-Regionale	1.Ricavi produzione SSN 2022 maggior ai ricavi conseguiti da ricoveri e specialistica 2021 2.N. pazienti provenienti da altre regioni	1. >19.100.000 and 2.Specifiche prestazioni
L'obiettivo è stato assegnato con il fine di mantenere i ricavi e le attività di produzione generalmente intese e fondamentali per la sopravvivenza dell'Istituto a carattere scientifico Risultato misurato: In tal senso si è rilevato e portato all'attenzione dell'OIV negli incontri per la disamina degli andamenti economici della prospettiva A), che alcune UO non hanno potuto conseguire il raggiungimento della produzione richiesta dai valori attesi. A tal proposito, dalla disamina puntuale, si è potuto giustificare, mediante relazioni fornite dalla Direzione Sanitaria e dai direttori delle strutture interessate, le ragioni di tali risultanze. Per il servizio di Genetica Medica, dette mancanze si sono verificate a seguito della revisione dell'offerta delle prestazioni diagnostiche, rivisitata nell'ottica della mission gastroenterologica dell'istituto a discapito di prestazioni di diagnostiche genetiche per la procreazione, con il contestuale avvio di nuove metodiche per diagnostiche genetiche afferenti alla disciplina della gastroenterologia, che potranno dare segnali di crescita di produzione a partire dal secondo semestre del 2023; per l'Oncologia e la Rianimazione il decremento produttivo è derivato da strascichi della pandemia, che ha richiesto la prudente gestione dei ricoveri di pazienti fragili ancora con un singolo posto letto per stanza, abbassando la potenziale offerta di cure ai pazienti e quindi la produttività; per l'Anatomia Patologica l'effetto di ricomprendere prestazioni diagnostiche nell'alveo delle attività del ricovero, ha comportato la correzione di una procedura sfavorevole al paziente e rivista malgrado l'errata assegnazione del target prontamente rettificato e comunicato in tempi utili seppur dopo l'assegnazione del budget. A compensazione si è avuto di contro un'importante crescita dalla Chirurgia Generale, che ha visto una revisione organizzativa del reparto con la nomina apicale del primario di chirurgia generale 1, comunque già presente precedentemente in convenzione, oltre alla attivazione della chirurgia Bariatrica con la presenza di un professionista della disciplina, reclutato per l'effettuazione di interventi di chirurgia bariatrica e per la formazione del personale dirigente. Anche le attività della Gastroenterologia Endoscopica hanno visto l'aumento dell'offerta e l'incremento della produzione grazie all'innesto avviato già nel 2021 di altro personale dirigenziale, che ha visto gli effetti nel 2022. La produzione extraregionale è stata soddisfatta, auspicando che per la crescita in tal senso, a sostegno dovrà essere implementata un'opportuna attività promozionale dell'offerta come Istituto nazionale di Gastroenterologia Per l'attività scientifica i finanziamenti hanno visto un rafforzamento e miglior sostegno per la produttività di IFN.				
Fonti Utilizzate: Attestazioni sistema Edotto per la produzione economica e documenti ministeriali provvisori in corso di consolidamento per l'IFN.				
Risultato valutato: Produzione scientifica dell'indicatore di Impact Factor Normalizzato ed economica in € per erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali rilevate dal sistema regionale Edotto ed NCup - Ticket.				
<u>Direttore Scientifico</u> La descrizione dell'obiettivo con evidenza documentale, ha confermato il raggiungimento del risultato positivo di produzione di IFN				
<u>Reparti e Servizi</u> Tutti i reparti e servizi hanno raggiunto il target previsto di produzione, con la disamina delle circostanze che hanno visto una battuta di arresto per la Genetica Medica, l'Oncologia e la Rianimazione e Terapia Intensiva e Anatomia Patologica, che hanno trovato accoglimento, in riferimento alla quale i direttori e dirigenti responsabili hanno prodotto ampia evidenza e sottoposte alla valutazione dell'OIV. performance generale positiva per l'obiettivo trattato				
Note				



struttura/unità operativa di riferimento	specialità/disciplina	descrizione tipologia procedura prevista (concorso, avviso, scorrimento graduatoria, stabilizzazione, conferimento incarico ecc.)	tipologia rapporto di lavoro (t.i. / t.d. / altra tipologia da specificare)	profilo professionale	n. unità	estremi provvedimento aziendale
U.O.S.D. Epatopatie	Infermiere	Avviso interno	T.D.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere con Funzioni di Coordinamento	1	D.D.G. n. 329 del 15/05/2023
U.O.C. Patologia Clinica	Tecnico di Laboratorio Biomedico	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	D.D.G. n. 50 del 31/01/2023
U.O.C. Patologia Clinica	Tecnico di Laboratorio Biomedico	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	D.D.G. n. 50 del 31/01/2023
UOSD Anatomia Patologica	Tecnico di Laboratorio Biomedico	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	1	D.D.G. n. 597 del 28/11/2022
Dipartimento Scienze Chirurgiche	Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche	Conferimento Incarico	T.I.	Direttore Medico	1	D.D.G. n. 22 del 27/01/2023
UOSA Gestione Servizi Tecnici	Ingegneria	Avviso Pubblico	T.D.	Dirigente Ingegnere	1	D.D.G. n. 279 del 28/04/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Chirurgia Generale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Dirigente Medico	1	D.D.G. n. 210 del 31/03/2023
UOSD Anatomia Patologica	Anatomia Patologica	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Dirigente Medico	1	D.D.G. n. 38 del 31/01/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Chirurgia Generale	Avviso Pubblico	T.D.	Dirigente Medico	1	D.D.G. n. 216 del 07/04/2023
U.O.S.D. Anatomia Patologica	Dirigente Medico	Avviso interno	T.D.	Dirigente Responsabile U.O.S.D. Anatomia Patologica	1	D.D.G. n. 197 del 29/03/2023
U.O.S.D. Chirurgia in Day service	Dirigente Medico	Avviso interno	T.D.	Dirigente Responsabile U.O.S.D. Chirurgia in Day service	1	D.D.G. n. 197 del 29/03/2023
U.O.S.D. Epatopatie	Dirigente Medico	Avviso interno	T.D.	Dirigente Responsabile U.O.S.D. Epatopatie	1	D.D.G. n. 197 del 29/03/2023
U.O.S.D. IBD	Dirigente Medico	Avviso interno	T.D.	Dirigente Responsabile U.O.S.D. IBD	1	D.D.G. n. 197 del 29/03/2023
U.O.S.D. Malattia del metabolismo, nutrizione clinica, centro di ricerca per l'obesità	Dirigente Medico	Avviso interno	T.D.	Dirigente Responsabile U.O.S.D. Malattia del metabolismo, nutrizione clinica, centro di ricerca per l'obesità	1	D.D.G. n. 197 del 29/03/2023
U.O.C. Patologia Clinica	Patologia Clinica	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Dirigente Sanitario Biologo	1	D.D.G. n. 676 del 27/12/2022
U.O.C. Patologia Clinica	Patologia Clinica	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Dirigente Sanitario Biologo	1	D.D.G. n. 676 del 27/12/2022
U.O.C. Patologia Clinica	Patologia Clinica	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Dirigente Sanitario Biologo	1	D.D.G. n. 676 del 27/12/2022
U.O.C. Area Gestione del Patrimonio	Operatore Tecnico Centralinista Telefonico non Vedente	AVVISO INTERNO AI SENSI DELL'ART. 30, COMMA 2 BIS, DEL D.LGS. L.68/99 165/2001 E SS.MM.II	T.I.	Operatore Tecnico	1	Prot.0007890 del 17/05/2023
Direzione Scientifica	Ricerca biomedica di interesse gastroenterologico	Concorso Pubblico/Scorrimenti Graduatorie	T.D.	Ricercatore Sanitario	10	D.D.G. n. 677 del 28/12/2022 D.D.G. n. 15 del 23/01/2023 D.D.G. n. 220 del 11/04/2023 D.D.G. n. 311 del 10/05/2023 D.D.G. n.140 del 20/04/2022 D.D.G. n. 76 del 04/05/2021



struttura/unità operativa di riferimento	specialità/disciplina	descrizione tipologia procedura prevista (concorso, avviso, scorrimento graduatoria, stabilizzazione, conferimento incarico ecc.)	tipologia rapporto di lavoro (t.i. / t.d. / altra tipologia da specificare)	profilo professionale	n. unità	estremi provvedimento aziendale
U.O.C. Gestione Risorse Economico- Finanziarie e Controllo di Gestione	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
UOSA Gestione Servizi Tecnici	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
UOSA Gestione Servizi Tecnici	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 122 del 01/03/2023
U.O.C. Gestione Patrimonio	Coll. Amm.vo Prof.le	Avviso Pubblico di Mobilità	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 150 del 15/03/2023
Direzione Scientifica	Trasferimento Tecnologico	Concorso Pubblico	T.D.	Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria	1	D.D.G. n. 52 del 03/02/2023
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	Infermiere Professionale	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 49 del 31/01/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Infermiere Professionale	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 49 del 31/01/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Infermiere Professionale	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 49 del 31/01/2023
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia	Infermiere Professionale	Stabilizzazione Legge di Bilancio art. 1, comma 268, lett. b) della L. 30 dicembre 2021 n. 234	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 49 del 31/01/2023
U.O.C. Anestesia e Rianimazione -Blocco Operatorio	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 23 del 27/01/2023
U.O.C. Anestesia e Rianimazione -Blocco Operatorio	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 23 del 27/01/2023
U.O.C. Anestesia e Rianimazione -Blocco Operatorio	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 602 del 30/11/2022
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 114 del 22/02/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 114 del 22/02/2023
U.O.C. Chirurgia Generale I ad Indirizzo del Tubo Gastroenterico	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 23 del 27/01/2023
U.O.C. Gastroenterologia	Infermiere Professionale	Scorrimento Graduatoria	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 602 del 30/11/2022
U.O.C. Anestesia E Rianimazione – Blocco Operatorio	Infermiere Professionale	Avviso Pubblico di Mobilità	T.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	D.D.G. n. 137 del 06/03/2023
U.O.C. Anestesia e Rianimazione -Blocco Operatorio	Infermiere Professionale	Art. 42 bis D. Lgs. 151 del 2001	T.D.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	1	Determina n. 275 del 13/12/2022
Polo Didattico	Infermiere	Avviso interno	T.D.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere con Funzioni di Coordinamento	1	D.D.G. n. 329 del 15/05/2023
U.O.C. Chirurgia Generale II	Infermiere	Avviso interno	T.D.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere con Funzioni di Coordinamento	1	D.D.G. n. 329 del 15/05/2023

5.2 Analisi del contesto e delle risorse umane

Sulla base della programmazione del Piano Triennale di Fabbisogno 2020-2022 adottato con deliberazione n.704 del 29/12/2020, approvato dal Dipartimento Regionale con DGR n.389 del 31/03/2022 e successivamente approvato in via definitiva con deliberazione n.184 del 10/05/2022 da questo Istituto, nel 2022 i direttori delle varie strutture e il Direttore Generale, al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi e quindi il conseguimento dei livelli di performance, riportati nelle schede di budget, hanno concordato il contingente di personale da reclutare sia con riferimento al ruolo sanitario che a quello tecnico. Tali necessità, così pianificate, hanno trovato attivazione da parte dell'Area Gestione delle Risorse Umane con l'espletamento delle relative procedure. Il pieno rispetto dei tetti di spesa richiesti dal Dipartimento regionale per la Sanità è stato considerato obiettivo di performance della UOC Gestione Risorse Umane, che ha rispettato tali impegni con il contestuale conseguimento del reclutamento del personale richiesto.

A tal fine si evidenziano le procedure gestite e comunicate al Dipartimento regionale della Salute del Benessere Animale in qualche modo gestite nel corso del 2022 e nei primi mesi del 2023:

struttura/unità operativa di riferimento	specialità/disciplina	descrizione tipologia procedura prevista (concorso, avviso, scorrimento graduatoria, stabilizzazione, conferimento incarico ecc.)	tipologia rapporto di lavoro (t.i. / t.d. / altra tipologia da specificare)	profilo professionale	n. unità	estremi provvedimento aziendale
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia	Ausiliario Specializzato	L.68/99 Scorrimento Graduatoria art.1	T.I.	Ausiliario Specializzato	1	D.D.G. n. 72 del 09/02/2023
Direzione Scientifica	Borsista: Biologo, Biotecnologo, Dietista, Tecnico di laboratorio, Psicologo, Medico	Avvisi Pubblici/Scorrimenti Graduatorie	Borsa di 12 mesi (prorogabili sino a 36 mesi)	Borsisti	18	D.D.G. n. 394 del 04/08/2020 D.D.G.n. 111 del 27/05/2021 D.D.G.n. 173 del 24/06/2021 D.D.G.n.221 del 11/04/2023 D.D.G.n. 120 del 17/03/2021 D.D.G.n. 53 del 3/02/2023 D.D.G.n.461 del 16/09/2020 D.D.G.n. 79 del 10/02/2023 D.D.G.n.493 del 17/10/2022 D.D.G.n. 75 del 23/02/2021 D.D.G.n. 457 del 04/10/2022 D.D.G.n. 462 del 16/09/2020 D.D.G.n. 310 del 11/07/2022 D.D.G.n. 120 del 17/03/2021 D.D.G.n.275 del 28/06/2022 D.D.G.n.288 del 28/04/2023 D.D.G. n.470 del 07/10/2022 D.D.G. n. 200 del 29/03/2023 D.D.G.n. 205 del 30/03/2023 D.D.G.n.460 del 05/10/2022 D.D.G. n. 149 del 14/03/2023 D.D.G.n.287 del 28/04/2023
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Coll. Amm.vo Prof.le	Stabilizzazione art.20 commi 2,10,11 e 11 bis del D.Lgs.75/2017 e s.m.i	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 126 del 02/03/2023
U.O.C. Gestione Risorse Umane	Coll. Amm.vo Prof.le	Stabilizzazione art.20 commi 2,10,11 e 11 bis del D.Lgs.75/2017 e s.m.i	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 126 del 02/03/2023
U.O.S.V.A. Burocratico-Legale e Affari Generali	Coll. Amm.vo Prof.le	Stabilizzazione art.20 commi 2,10,11 e 11 bis del D.Lgs.75/2017 e s.m.i	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 126 del 02/03/2023
Direzione Sanitaria	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
Direzione Scientifica	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
U.O.C. Gestione del Patrimonio	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 201 del 29/03/2023
U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione	Coll. Amm.vo Prof.le	Concorso	T.I.	Collaboratore Amministrativo	1	D.D.G. n. 122 del 01/03/2023



rilevato la mancanza di segnalazioni negative. La dichiarazione della Direzione Sanitaria ha definito in tal senso la considerazione positiva del target rispetto alle attese del 2022 da parte dell'URP.

relazione prodotto dal Diretto Sanitario in merito, in ausilio alla relazione prodotta della stessa UO, ha evidenziato il soddisfacimento dell'andamento tenendo conto che gli obiettivi assegnati hanno a riferimento valori target Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* che specifica nell'allegato 1 al paragrafo 3.1 "Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.". Ma tale tendenza, non può essere riferimento assoluto, bensì tendenziale che deve tener conto anche di una produzione di qualità che l'IRCCS sta trasferendo sul territorio regionale ed extraregionale.

La sensibilizzazione alle attività del RPCT (Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) rispetto a tutto il personale ed in particolare sui referenti nominati nel Piano (PTPCT 2022 – 2023), ha rilevato un importante orientamento verso le raccomandazioni ANAC di creare cultura anti-corruttiva, che si è profusa nell'IRCCS mediante i corsi tenuti a tutto il personale e agli specifici profili dei referenti, con l'avvio di un orientamento volto a dare dovuta considerazione agli adempimenti di prevenzione della corruzione e di trasparenza. I monitoraggi effettuati, con la sollecitazione dell'RPCT ai referenti con note specifiche di richiesta di attività di prevenzione, hanno trovato risposta interessata in diverse UU.OO. con minime proposte di considerare misure specifiche ulteriori, comunque ricomprese nel PIAO 2023, con l'importante integrazione di quanto specificato dal PNA 2022 approvato con delibera n.7 del 17/1/2023 da parte dell'ANAC.

C. Prospettiva apprendimento e crescita

Viene riportato un altro aspetto di performance, che misura la crescita e l'apprendimento del personale, finalizzato a far crescere le competenze del futuro dell'IRCCS riguardo l'elevato grado di intercambiabilità raggiunto degli operatori, specie di quelli del contesto sanitario.

Tali risultati continuano a perseguirsi di anno in anno in tutte le unità operative in considerazione del fatto che i relativi responsabili hanno ritenuto strategico investire sul personale anche per garantire la continuità delle procedure richieste dall'utenza a prescindere dalle assenze del personale.

Tale esigenza è stata gestita anche nell'ambito amministrativo, dove tuttavia si segnalano ancora le maggiori carenze di personale che, pertanto, non consentono un'adeguata rotazione tra le varie attività e/o uffici.

Si è operato, inoltre, al fine di contenere i tempi di erogazione delle prestazioni sotto monitoraggio del PNGLA, orientando le strutture rientranti in tale controllo ad erogare prestazioni in modalità di prestazioni aggiuntive, sotto la supervisione della Direzione Sanitaria, rispetto a dette prestazioni ed erogate in abbattimento delle liste di attesa.

D. Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno

Nell'ottica della soddisfazione del paziente, le attività condotte dall'ufficio URP hanno

B. Prospettiva processi interni di gestione

In merito alla prospettiva dei processi interni di gestione, risulta di rilievo l'attività svolta per migliorare l'inappropriatezza che non ha in concreto rilevato una tendenza verso un risultato positivo. La Direzione Sanitaria, che ha svolto in tal senso tutte le attività di monitoraggio e sollecitazione nei confronti dei reparti e servizi, ha dovuto riconoscere la difficoltà riscontrata di due fattori devianti sul risultato auspicato: 1) la circostanza di pandemia che non ha ancora esaurito i suoi effetti rispetto alle precauzioni necessarie, richiedendo le attenzioni dovute ai pazienti, specie se con patologie significative, nel operare le indagini fino a conseguire la certezza e massima cura dei sintomi presentati; 2) le attività di Day-Service che hanno visto l'inserimento di ulteriori pacchetti diagnostici per la trattazione di patologie e contenere l'inappropriatezza, non hanno trovato il celere riscontro delle autorizzazioni regionali, ciò comportando la trattazione delle patologie a rischi di inappropriatezza in regime di ricovero.

I PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) con la conseguente adozione di protocolli operativi, per patologie specifiche, che hanno determinato la presa in carico dei pazienti in tutto il percorso di diagnosi e cura secondo un approccio multidisciplinare, hanno visto il conseguimento di una implementazione di attivazione del PDTA obesità, che ottenuto nel 2022 la sua applicazione nei reparti e servizi interessati dal percorso multidisciplinare e la previsione di conseguimento, consentendo la gestione ottimale del soggetto obeso oltre alla soddisfacente trattazione del PDTA del cancro del colon-retto.

I risultati richiesti in merito alla puntualità del trasferimento dei flussi sono stati considerati e gestiti dalle strutture sanitarie ed amministrative, rilevando l'attestazione del responsabile interno di processo (RIP) legato alle procedure di Edotto, la considerazione positiva dell'andamento nel 2022 rispetto alle attività di compilazione e validazione delle SDO, sia per i RO che DH.

Ottimo il risultato già descritto precedentemente riguardante la certificazione per la qualità ISO 9001:2015 che ha visto tutte le strutture impegnate e coese nell'ottenimento dell'importante risultato di certificazione.

Rispetto alle attività svolte nel corso del 2022 per il Lavoro Agile, finalizzate ad implementare un opportuno regolamento che avesse la risultanza di regolare le esigenze lavorative quotidiane dei vari contesti amministrativi, qualora fosse stato necessario applicare la riorganizzazione delle stesse attività, come richiesto dalla pandemia, si è attivato il regolamento quale primo tassello per avviare la gestione del POLA (Piano Organizzativo Lavoro Agile) per guidare gli sviluppi di opportunità all'organizzazione. Il percorso comunque richiede ulteriori passaggi per completare quanto la volontà del legislatore ha delineato. L'orientamento dell'Amministrazione dell'IRCCS è stata, quindi, di non prevedere un Piano attuativo del lavoro agile, considerando l'alternativa opzione del vigente art.14 comma 1 della legge n.124 del 2015 s.m.i. che specifica "... In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano". Tale impostazione ha comunque consentito l'applicazione delle modalità a due dipendenti nel corso del 2022.

In ambito sanitario la degenza media che anche per il 2022 non ha conseguito il raggiungimento dei risultati richiesti, situazione che ha richiesto un'analisi da parte della Direzione Sanitaria che ha operato anche qui con specifiche attività di sensibilizzazione per il 2022. La





I contributi in c/esercizio sommano €/000 18.059, da nettare della rettifica, e sono composti dalle seguenti voci:

	€/000
Ristori Costi Covid	557
Contributi per PAY BACK	1.276
Finanziamento indistinto finalizzato da Regione (Progetto SALUS)	258
Funzioni - Altro	10.600
Ristoro costi energetici	1.117
Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente - Contributo per Piramide dei Ricercatori	4.029
Contributi da privati per ricerca	222
Totale	18.059

In confronto all'esercizio 2021 si rileva un incremento riguardo ai ricavi rivenienti dalle attività di ricovero in Mobilità intraregionale pari a €/000 374, a conferma del trend positivo delle attività di produzione dell'Ente, a seguito del riallineamento post pandemia. Il dato "extraregionale" fa rilevare anch'esso un segno positivo rispetto all'esercizio precedente, vista la maggiore produzione pari a €/000 159, alla stessa stregua delle prestazioni da File F che crescono per €/000 136.

Si evidenzia l'incremento dei costi relativi al "Personale" per €/000 1.158 che, si precisa, risente della maggiore spesa per assunzioni cosiddette "COVID" utili a far fronte alle problematiche pandemiche, pari a €/000 787, e di €/000 860, afferente ai costi della cosiddetta "Piramide dei Ricercatori, a valere su fondi vincolati del Ministero della Salute (tali dettagli sono presentati ma non sono rilevabili).