

AZIENDA
OSPEDALIERA
SAN PIO

B E N E V E N T O

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022

SOMMARIO

1.	Presentazione.....	3
2.	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	4
2.1.	Il contesto di riferimento.....	4
2.2.	L'amministrazione	7
2.2.1	Le Unità Operative	11
2.2.2	La dotazione di personale.....	15
2.3.	I risultati raggiunti.....	16
2.3.1	La produzione ospedaliera.....	16
2.3.2	La produzione specialistica.....	19
2.3.3	Obiettivi relativi all'anticorruzione ed alla trasparenza	20
2.4.	Le criticità e le opportunità	23
3	Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti.....	24
3.1	L'albero della performance	24
3.2	Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target.....	25
3.3	Monitoraggio obiettivi operativi e indicatori di performance	26
3.3	La valutazione individuale e delle Unità Operative.....	40
4	Risorse, efficienza ed economicità	43
5	Pari opportunità e bilancio di genere	45
6	Il processo di redazione della Relazione sulla performance	47
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità della performance	47
6.2	Punti di forza e debolezza del ciclo di gestione della performance	50

1. Presentazione

La presente relazione annuale si riferisce alla rilevazione degli elementi, delle attività, dei dati aziendali e degli indici di performance e di produttività raggiunti dall'AO SAN PIO, sulla scorta degli obiettivi strategici e generali assegnati dalla Regione Campania e poi declinati a livello aziendale ai Direttori delle UOC/UOSD ed inseriti nel Piano della Performance per il triennio 2022-2024, approvato con Delibera aziendale n. 58 del 07/02/2022 e poi confluito nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) approvato con Delibera aziendale n. 204 del 29/04/2022. Si fa riferimento anche ai risultati degli anni precedenti, che tengono conto di tutte le disposizioni regionali e nazionali in termini di potenziamento e miglioramento della performance aziendale.

In apertura di documento si riporta il contesto di riferimento in cui l'Azienda opera, e la relativa struttura organizzativa, con l'elenco delle Unità Operative riepilogate per Dipartimento, così come previsto dall'Atto Aziendale attualmente vigente (Delibera n. 493/2018), sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa.

Si riportano poi i dati del personale dipendente, per la dirigenza ed il comparto, così come risultante dalla Tabella 2 al IV Trimestre 2022, con i relativi dati di spesa, l'andamento della produzione ospedaliera e specialistica ed altri elementi relativi alla performance aziendale.

Occorre inoltre sottolineare che, poiché alla data di redazione del presente documento, non è ancora stato adottato il Bilancio Consuntivo per l'anno 2022, le informazioni contabili riportate fanno riferimento al IV Trimestre 2022, per cui in chiusura di esercizio potrebbero essere soggette a variazioni.

I dati di produzione sono estratti dai sistemi informativi aziendali (QuaniSdo per la parte relativa ai ricoveri e agli indicatori LEA e sistema CUP per le prestazioni di specialistica ambulatoriale); eventuali differenze rispetto a dati di annualità precedenti già pubblicati sono da imputarsi a aggiornamenti avvenuti in una fase successiva.

Tale relazione, oltre ad adempiere agli obblighi di legge, rappresenta uno strumento chiaro e completo sulle molteplici e complesse attività messe in atto dall'Azienda Ospedaliera, allargando il campo dell'informazione, attraverso la pubblicazione sul sito web aziendale, a tutti gli stakeholder (interni ed esterni). In particolare verranno analizzate le modalità di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie svolte, fornendo un quadro di sintesi di tutto il lavoro complessivamente svolto nell'anno considerato. Saranno evidenziati i risultati ottenuti, sulla base degli obiettivi strategici, generali e operativi assegnati, misurando gli scostamenti rispetto a quanto previsto e analizzando le possibili cause.

Inoltre, a causa del persistere dell'emergenza pandemica per buona parte dell'anno 2022, l'attività sanitaria ospedaliera ha risentito delle rimodulazioni organizzative che hanno interessato alcuni reparti.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

2.1. Il contesto di riferimento

L' Azienda opera sul territorio della Provincia di Benevento che ha una popolazione pari a 265.055 residenti al 31.12.2021. In tabella 1 si mostra l'andamento della popolazione residente dal 2017 al 2021.

<i>Anno</i>	<i>Data rilevamento</i>	<i>Popolazione residente</i>	<i>Variazione assoluta</i>	<i>Variazione percentuale</i>	<i>Numero Famiglie</i>	<i>Media componenti per famiglia</i>
2017	31 dicembre	279.127	-548	-0,20%	111.436	2,48
2018	31 dicembre	275.384	-3.743	-1,34%	111.749	2,44
2019	31 dicembre	272.318	-3.066	-1,11%	112.076	2,41
2020	31 dicembre	266.716	-5.602	-2,06%	(v)	(v)
2021	31 dicembre	265.055	-1.661	-0,62%	(v)	(v)

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2021 – (v): Dato in corso di validazione

Tabella 1. Popolazione Residente

In particolare, analizzando la distribuzione dei residenti per età (come mostrato in tabella 2) la popolazione residente sta invecchiando con un'età media che passa dai 45,1 del 2017 ai 46,4 del 2021.

<i>Anno</i> 31 dicembre	<i>0-14 anni</i>	<i>15-64 anni</i>	<i>65+ anni</i>	<i>Totale residenti</i>	<i>Età media</i>
2017	34.405	182.155	62.567	279.127	45,1
2018	33.533	179.430	62.421	275.384	45,4
2019	32.811	176.636	62.871	272.318	45,7
2020	32.195	171.372	63.149	266.716	46,0
2021	31.454	170.197	63.404	265.055	46,4

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2021

Tabella 2. Popolazione Residente per fascia di età

Di seguito sono riportati alcuni utili indicatori che, nel loro complesso descrivono la dinamica demografica della Provincia di Benevento.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2016	173,7	53,4	115,4	119,4	17,0	7,4	11,5
2017	178,0	53,4	118,5	121,4	17,0	7,3	12,4
2018	181,9	53,2	120,6	122,0	17,2	7,0	11,6
2019	186,1	53,5	126,3	124,2	17,3	7,1	11,9
2020	191,6	54,2	132,0	127,1	17,5	6,7	12,6
2021	196,1	55,6	138,4	130,0	17,9	6,3	13,1
2022	201,6	55,7	147,1	133,1	0,0	-	-

Fonte: Dati ISTAT al 1.1.2022

Tabella 3. Dati demografici

	Tasso Natalità		Tasso Mortalità		Tasso migratorio interno		Tasso migratorio esterno	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Province								
Avellino	6,4	6,5	12,7	12,6	-2,6	-2,5	0,3	2,2
Benevento	6,7	6,3	12,6	13,1	-3,1	-3	-0,1	1,1
Caserta	8,3	7,9	9,8	10	-0,9	-1,2	1,6	2,5
Napoli	8,4	8,1	10	10,4	-4	-4,4	0,7	0,9
Salerno	7,4	7,3	10,7	11,6	-1,5	-1,7	0,6	1,2
Campania	8	7,7	10,4	10,8	-2,9	-3,2	0,7	1,3
Italia	6,8	6,8	12,5	11,9	0,0	0,0	1,5	2,7

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2021

Tabella 4: Dati demografici per provincia

In merito al contesto socio-economico di riferimento si riporta di seguito il numero totale di aziende presenti sul territorio della provincia di Benevento e il relativo numero di addetti, suddivise per tipologia e numero di addetti.

Territorio		Benevento								
Selezione periodo	2021									
Tipo dato	numero imprese attive					numero addetti delle imprese attive (valori medi)				
Classe di addetti	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale
Ateco 2007										
0010: TOTALE	18.133	592	55	1	18.781	30.919	10.249	5.846	465	47.480
B: estrazione di minerali da cave e miniere	15	1	..	..	16	35,7	37,2	..	..	72,9
C: attività manifatturiere	1.315	157	16	1	1.489	3.029,5	2.809,5	1.819,6	465,5	8.124,2
D: fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	64	2	..	..	66	33,3	26,5	..	..	59,7
E: fornitura di acqua reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	41	13	4	..	58	141,5	266,2	481,9	..	889,5
F: costruzioni	2.041	99	4	..	2.144	4.249,5	1.633,0	324,8	..	6.207,2
G: commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli	5.076	115	3	..	5.194	8.978,5	1.883,8	214,2	..	11.076,5
H: trasporto e magazzinaggio	306	39	3	..	348	803,3	667,5	308,7	..	1.779,4
I: attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	1.329	35	..	..	1.364	3.079,0	462,9	..	..	3.541,9
J: servizi di informazione e comunicazione	393	10	1	..	404	600,7	156,7	50,7	..	808,2
K: attività finanziarie e assicurative	344	2	1	..	347	495,9	21,1	70,6	..	587,6
L: attività immobiliari	435	..	..	..	435	355,7	..	..	..	355,7
M: attività professionali, scientifiche e tecniche	3.671	18	1	..	3.690	4.260,6	292,7	81,5	..	4.634,9
N: noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	458	30	3	..	491	805,9	573,4	377,1	..	1.756,4
P: istruzione	122	6	4	..	132	246,0	137,2	336,5	..	719,8
Q: sanità e assistenza sociale	1.334	50	14	..	1.398	1.765,5	1.028,6	1.677,1	..	4.471,2
R: attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	222	6	1	..	229	461,0	72,7	103,5	..	637,1
S: altre attività di servizi	967	9	..	..	976	1.577,5	180,0	..	..	1.757,4

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2021

Tabella 5: Imprese attive sul territorio e numero addetti

Si evidenzia come il maggior numero di imprese attive sul territorio riguarda la classe “G: commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli” con 5.194 imprese presenti, seguita dalla classe “M: attività professionali, scientifiche e tecniche” con 1.398 imprese attive. Si tratta nella maggior parte dei casi di imprese di piccole dimensioni con un numero di addetti compreso tra 0-9 (18.133 imprese su un totale di 18.781). Il numero medio di addetti nelle imprese attive nel corso del 2021 è stato pari a 47.480, di cui il 23,3 % impiegato in imprese di classe “G: commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli” e il 9,8% impiegato in imprese di classe “M: attività professionali, scientifiche e tecniche”. Dai dati sopra riportati si rileva come la realtà beneventana sia caratterizzata da imprese di piccole dimensioni impiegate principalmente nel settore del commercio.

All'interno di tale contesto l'AO SAN PIO di Benevento è il punto di riferimento per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza che supera i 300.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Benevento, comprendente i 78 Comuni per un'estensione territoriale di 2.080,42 km², ma anche per alcuni importanti Comuni limitrofi quali, ad esempio, quelli di Cervinara, Rotondi, Roccabascerana e San Martino Valle Caudina già afferenti alla ex USL n. 6 di Benevento e ora facenti parte dell'ASL Avellino.

Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane e collinari; i Comuni montani sono concentrati nelle zone poste a nord e sud-ovest del territorio provinciale e ne ricoprono il 55%. La restante area è considerata di tipo collinare. Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Sannio.

L'attività, dunque, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Benevento essendo il tasso di mobilità attiva extraprovinciale pari al 23% per i ricoveri DO e del 28% per i DH, mentre il tasso di mobilità extra regionale è pari al 2,2%. Considerato che la Provincia di Benevento confina a nord con la Provincia di Campobasso, a est con la Provincia di Foggia, a sud con la Provincia di Avellino e la Provincia di Napoli, a ovest con la Provincia di Caserta, la mobilità sanitaria passiva interessa, soprattutto, le aree di confine e, in particolare, il Fortore.

Per quanto riguarda, invece, la mobilità attiva, l'Azienda eroga prestazioni sanitarie sia in emergenza che in elezione a favore dei cittadini residenti in particolare nelle Province di Avellino e Caserta.

2.2. L'amministrazione

L'Azienda Ospedaliera "San Pio" di Benevento è un ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (AORN) e sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello (DEA II). Essa comprende, a seguito dell'emanazione del DCA n. 54 del 07/11/2017, il Presidio "G. Rummo" di Benevento e, a partire dal 1 gennaio 2018, il Presidio "Sant'Alfonso" di Sant'Agata dei Goti.

L'Azienda come previsto dalla normativa, è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e agisce mediante atti di diritto privato ispirati a criteri di efficacia, efficienza ed economicità mirati a soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie degli utenti nel rispetto dei vincoli di Bilancio.

I provvedimenti regionali di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, rispettivamente il DCA 8/2018 e il DCA 103/2018, hanno confermato quanto sopra descritto mentre con il DCA 41/2019 si è riconfigurato il ruolo del PO S. Alfonso Maria dei Liguori quale struttura sede di Pronto Soccorso.

L'Azienda rappresenta il fulcro per la gestione dell'emergenza della Provincia di Benevento, fornisce prestazioni ospedaliere di alta specialità e prestazioni specialistiche di pertinenza di numerose branche che, nel loro complesso, riescono a soddisfare i bisogni di salute della popolazione residente nel territorio di riferimento e contribuiscono ad esaudire quelli delle popolazioni limitrofe. Nel corso degli anni, l'Azienda si sta specializzando nella diagnosi e nella cura di patologie medico-chirurgiche sempre più complesse.

A seguito dei provvedimenti regionali di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, l'Azienda ricopre i seguenti ruoli nelle reti tempo-dipendenti e di alta specialità:

- Rete Emergenza/Urgenza: HUB presso il PO Rummo e PS presso il PO S. Alfonso Maria dei Liguori
- Rete IMA: HUB
- Rete ICTUS: HUB
- Rete Trauma: CTZ
- Rete Emergenza Pediatrica: Spoke di II livello
- Rete Emergenza neonatologica: HUB per lo STAM
- Rete per Emergenza Digestiva: Spoke

- Rete per il Dolore: Spoke

L’Azienda Ospedaliera San Pio ha sede legale in Benevento in via dell’Angelo n.1. Il PO Rummo, ad oggi, è costituito da 6 padiglioni che, unitamente alle varie aree di collegamento, occupano complessivamente circa sessantamila mq. Così come previsto dall’Atto Aziendale, adottato con la Delibera n. 493 del 03/08/2018 l’Azienda si articola in:

- Dipartimenti intra-presidiali
- Dipartimenti inter-presidiali
- Unità Operative Complesse (UOC)
- Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD)
- Unità Operative Semplici (UOS)

Di seguito si riporta l’organigramma aziendale

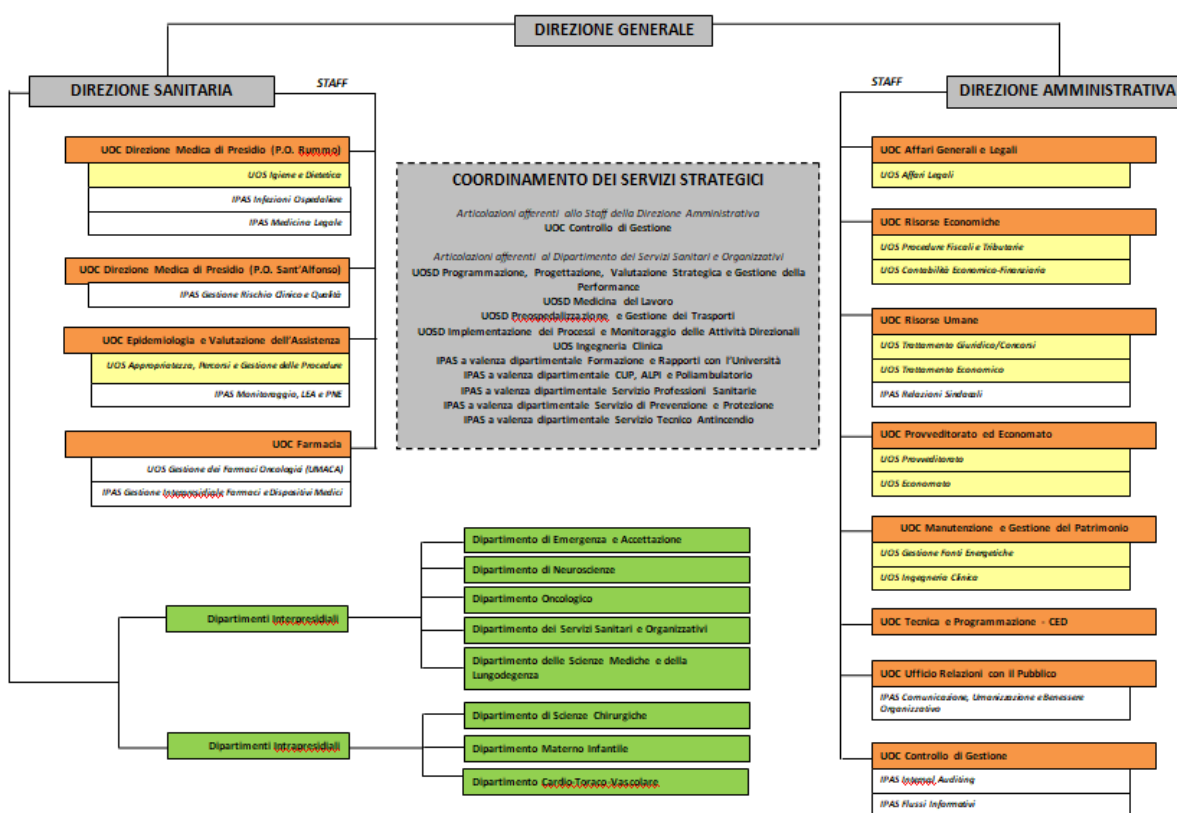


Figura 1 Organigramma della Direzione Strategica

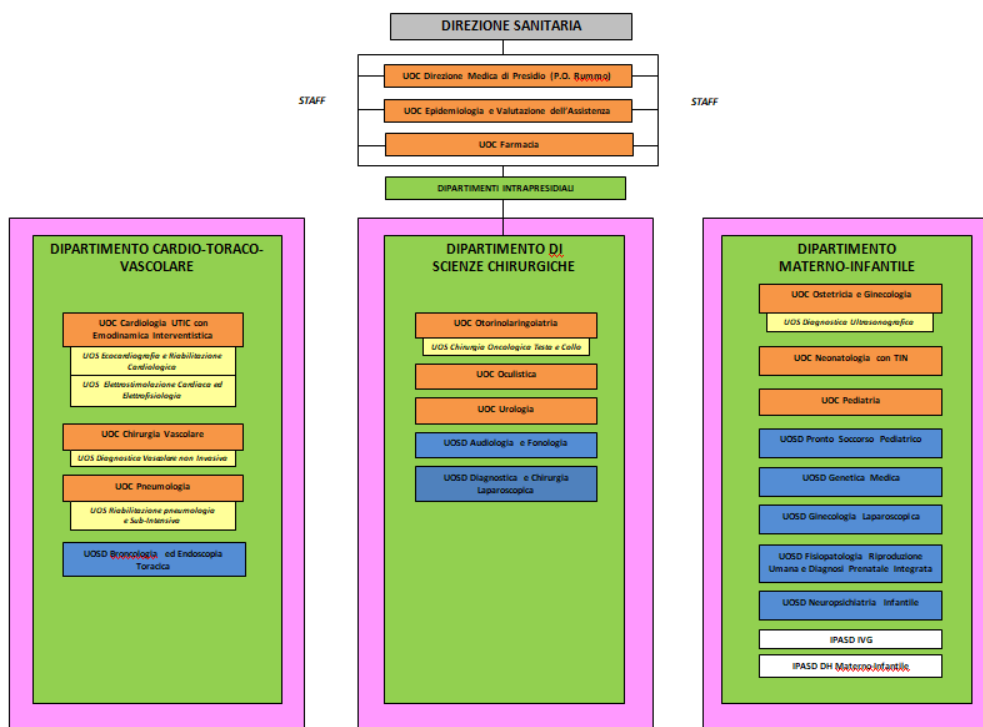
In particolare i Dipartimenti sono organizzati come riportato nella tabella seguente:

Dipartimenti Interpresidiali	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
	Dipartimento di Neuroscienze
	Dipartimento Oncologico
	Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi
	Dipartimento delle scienze mediche e della lungodegenza
Dipartimenti Intrapresidiali	Dipartimento di Scienze Chirurgiche
	Dipartimento Materno Infantile
	Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare

Tabella 6. Elenco dipartimenti

Le scelte organizzative aziendali hanno tenuto naturalmente conto dei provvedimenti regionali di riorganizzazione della Rete Ospedaliera, e sono state indirizzate, oltre che al principio di appropriatezza e razionalità funzionale, anche ad obiettivi di recupero di efficienza economica in vista di rinnovati traguardi di performance economica aziendale tesi a soddisfare i criteri di finanziamento regionale, impostati su formule di finanziamento prospettico basate sul valore reale della produzione (cd. pagamento a prestazioni).

Di seguito si riporta una rappresentazione dell'organizzazione dei dipartimenti clinico-assistenziali:



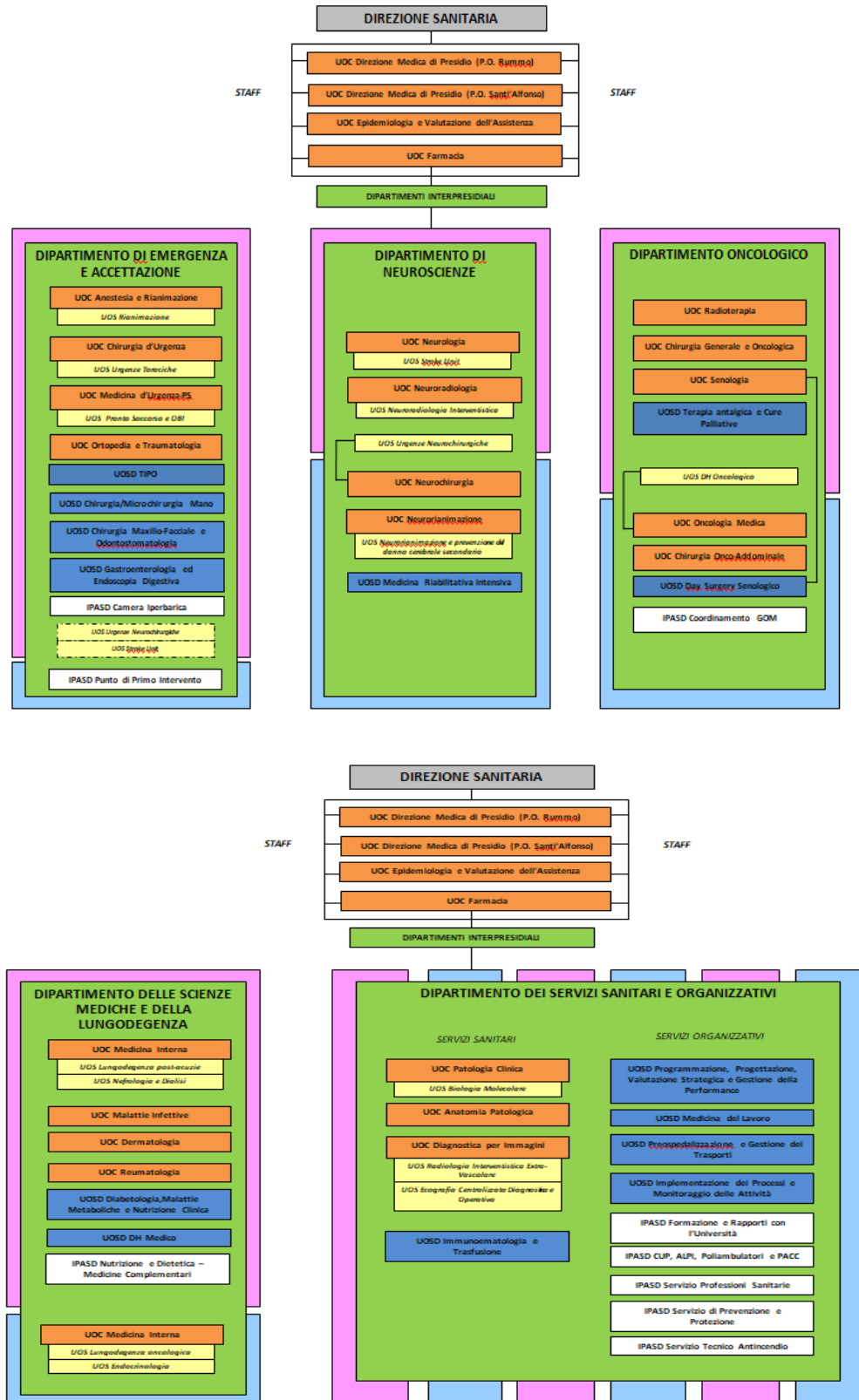


Figura 2 Organigramma dei Dipartimenti clinico-assistenziali

Si riporta inoltre la dotazione di posti letto per singola disciplina così come prevista dal DCA 41/2019 e aggiornata sulla base di quanto riportato nella DGRC 378/2020, che prevede l'implementazione di ulteriori 4 pl di terapia intensiva presso il PO Rummo:

AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO				
Struttura	Codice Disciplina	Disciplina	Posti letto DCA 41/2019	Posti letto DGRC 378/2020
P.O. RUMMO	02	Day hospital	4	4
	08	Cardiologia	22	22
	09	Chirurgia Generale	52	52
	10	Chirurgia Maxillo Facciale	8	8
	14	Chirurgia Vascolare	10	10
	18	Ematologia	6	6
	24	Malattie Infettive e Tropicali	14	14
	26	Medicina Generale	26	26
	29	Nefrologia	10	10
	30	Neurochirurgia	20	20
	32	Neurologia	20	20
	34	Oculistica	10	10
	36	Ortopedia e Traumatologia	24	24
	37	Ostetricia e Ginecologia	30	30
	38	Otorinolaringoiatria	10	10
	39	Pediatria	14	14
	40	Psichiatria	18	18
	43	Urologia	14	14
	49	Terapia Intensiva	20	24
	50	Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	8	8
	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	18	18
	52	Dermatologia	4	4
	56	Recupero e Riabilitazione funzionale	8	8
	57	Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	4
58	Gastroenterologia	8	8	
60	Lungodegenti	12	12	
62	Neonatologia	6	6	
64	Oncologia (con posti letto)	18	18	
68	Pneumologia	14	14	
71	Reumatologia	10	10	
73	Terapia Intensiva Neonatale	6	6	
PO RUMMO Totale			448	452
P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI	08	Cardiologia	4	4
	09	Chirurgia Generale	10	10
	26	Medicina Generale	12	12
	36	Ortopedia e Traumatologia	10	10
	49	Terapia Intensiva	4	4
	56	Recupero e Riabilitazione funzionale	26	26
	60	Lungodegenti	24	24
64	Oncologia (con posti letto)	6	6	
P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI Totale			96	96
TOTALE AO SAN PIO			544	548

Tabella 7 :Elenco Posti letto AO SAN PIO

2.2.1 Le Unità Operative

Di seguito si riportano le strutture attualmente presenti, secondo la configurazione dell'Atto Aziendale in vigore, sia per la parte sanitaria che per quella amministrativa:

- **Dipartimento di Emergenza e Accettazione**
 - UOC Anestesia e Rianimazione
 - UOS Rianimazione

- UOC Medicina d'Urgenza – PS
UOS Pronto Soccorso e OBI
- UOC Chirurgia d'urgenza
UOS Urgenze Toraciche
- UOC Ortopedia e Traumatologia
- UOSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
- UOSD Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia
- UOSD Chirurgia/Microchirurgia Mano
- UOSD TIPO
- **Dipartimento Cardio – Toraco - Vascolare**
 - UOC Cardiologia Utic con emodinamica interventistica
UOS Ecocardiografia e Riabilitazione Cardiologica
UOS Elettrostimolazione Cardiaca ed Elettrofisiologia
 - UOC Chirurgia Vascolare
UOS Diagnostica Vascolare non Invasiva
 - UOC Pneumologia
UOS Riabilitazione pneumologia e Sub-Intensiva
 - UOSD Broncologia ed Endoscopia Toracica
- **Dipartimento di Neuroscienze**
 - UOC Neurochirurgia
UOS Urgenze neurochirurgiche
 - UOC Neuroradiologia
UOS Neuroradiologia interventistica
 - UOC Neurologia
UOS Stroke Unit
 - UOC Neuroranimazione
UOS Neuroranimazione e prevenzione del danno cerebrale secondario
 - UOSD Medicina riabilitativa e intensiva
- **Dipartimento Materno Infantile**
 - UOC Neonatologia con TIN
 - UOC Ostetricia e Ginecologia
UOS Diagnostica Ultrasonografica
 - UOC Pediatria
 - UOSD Genetica Medica
 - UOSD Ginecologia Laparoscopica
 - UOSD Fisiopatologia riproduzione umana e Diagnosi Prenatale Integrata
 - UOSD Neuropsichiatria Infantile
 - UOSD Pronto Soccorso Pediatrico
- **Dipartimento di Scienze Chirurgiche**
 - UOC Oculistica
 - UOC Urologia

- UOC Otorinolaringoiatria
UOS Chirurgia Oncologica Testa e Collo
- UOSD Audiologia e Fonologia
- UOSD Diagnostica e Chirurgia Laparoscopica
- **Dipartimento Oncologico**
 - UOC Oncologia Medica
UOS DH oncologico
 - UOC Chirurgia Generale ed Oncologica
 - UOC Radioterapia
 - UOC Senologia
 - UOSD Terapia Antalgica e Cure Palliative
 - UOSD Day Surgery Senologico
- **Dipartimento delle Scienze Mediche e della Lungodegenza**
 - UOC Medicina Interna (PO Rummo)
UOS Lungodegenza post-acuzie
UOS Nefrologia e Dialisi
 - UOC Medicina Interna (PO S.Alfonso Maria de Liguori)
UOS Lungodegenza oncologica
UOS Endocrinologia
 - UOC Malattie Infettive
 - UOC Dermatologia
 - UOC Reumatologia
 - UOSD Diabetologia, Malattie Metaboliche e Nutrizione Clinica
 - UOSD DH medico
- **Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi**
 - UOC Patologia Clinica
UOS Biologia Molecolare
 - UOC Diagnostica per immagini
UOS Radiologia interventistica extra-vascolare
UOS Ecografia centralizzata diagnostica e operativa
 - UOC Anatomia Patologica
 - UOSD Immunoematologia e Trasfusione
 - UOSD Pre-ospedalizzazione e gestione dei trasporti
 - UOSD Medicina del Lavoro
 - UOSD Programmazione, Progettazione, Valutazione Strategica e Gestione della Performance
 - UOSD Implementazione dei Processi e Monitoraggio delle Attività

In Staff alla **Direzione Sanitaria** si hanno inoltre le seguenti UOC:

- UOC Direzione Medica di Presidio RUMMO
UOS Igiene e Dietetica
- UOC Direzione Medica di Presidio S.Alfonso Maria dei Liguori
- UOC Farmacia

UOS Gestione dei Farmaci Oncologici (UMACA)

- UOC Epidemiologia e valutazione dell'assistenza
UOS Appropriatelyzza, Percorsi e Gestione delle Procedure

In Staff alla **Direzione Amministrativa** si hanno invece le seguenti UOC:

- UOC Affari Generali e Legali
- UOC Risorse Umane
- UOC Risorse Economiche
- UOC Provveditorato ed Economato
- UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio
- UOC Tecnica e Programmazione – CED
- UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico
- UOC Controllo di Gestione

2.2.2 La dotazione di personale

Di seguito si riporta la dotazione di personale in servizio per le annualità 2020 – 2021 – 2022.

Relativamente all'anno 2022, i dati si riferiscono alla Tabella 2 di monitoraggio del personale al 2022 inviata per il monitoraggio CE al IV Trimestre 2022 e aggiornata al 27.03.2023.

	Presenti al 31.12.2020	Presenti al 31.12.2021	Assunti al 31.12.2022	Cessati al 31.12.2022	Presenti al 31.12.2022	Δ 2022- 2021
		A	B	C	D=A+B-C	D-A
Personale a tempo indeterminato	1.226	1.229	152	115	1.266	37
- Medici	261	273	13	26	260	-13
- Dirigenti non medici	34	43	7	5	45	2
- Personale non dirigente	931	913	132	84	961	48
Personale a tempo determinato	22	57	11	32	36	-21
TOTALE	1.248	1.286	163	147	1.302	16

Tabella 8. Personale presenti 31.12.2022

Rispetto all'anno 2021 si rileva un aumento del personale in servizio pari a 16 unità, imputabile a:

- una riduzione 13 di dirigenti medici;
- un aumento di 2 dirigenti non medici;
- un aumento di 48 unità per il personale non dirigente (comparto);
- una riduzione di 21 unità di personale a tempo determinato

L'Azienda SAN PIO ha rispettato tutte le disposizioni nazionali e regionali in termini di reclutamento autorizzato e programmato da parte della Regione Campania.

In particolare con Delibera n. 131 del 17.03.2022 si è provveduto all'approvazione del Piano di Fabbisogno del personale per il triennio 2021-2023, il quale prevede per il triennio in oggetto un fabbisogno nel rispetto dei parametri previsti dall'art. 2, comma 71 della Legge 191/2009 (costo del personale pari al valore rilevato nel 2004, al netto dei successivi incrementi contrattuali, ridotto dell'1,4%) pari a 318 unità di cui:

- 223 unità di personale ruolo sanitario;
- 54 unità di personale ruolo tecnico;
- 5 unità di personale ruolo professionale;
- 36 unità di personale ruolo amministrativo.

È in corso di predisposizione il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2022-2024 sulla base della nuova metodologia definita dalla Delibera di Giunta Regionale n. 190 del 19.04.2023 "*Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania*".

Nel corso del 2022 si è provveduto mediante l'indizione di numerosi concorsi sia a tempo indeterminato che determinato a sopperire alle carenze di organico, come evidenziato dai dati sopra riportati, sempre nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa vigente. Si è provveduto inoltre ad attivare convenzioni con le altre Aziende Sanitarie campane per lo scorrimento di graduatorie, al fine di velocizzare l'immissione in servizio di personale appartenente alle aree che più manifestavano carenze (in particolare medici e infermieri). Ciò al fine di garantire non solo i livelli essenziali di assistenza ma anche elevati standard di qualità delle cure.

2.3.I risultati raggiunti

Di seguito si riporta l'analisi sulle attività assistenziali 2022, predisposta dalla UOC Controllo di Gestione, analizzando i dati di produzione per l'anno 2022 e confrontandoli con gli analoghi dati per l'anno 2021. Si ricorda che nel 2022, con il perdurare dell'emergenza pandemica COVID19 per parte dell'anno, l'attività ospedaliera ha risentito della riorganizzazione di alcuni reparti finalizzata in determinati periodi a garantire la disponibilità di posti letto covid dedicati.

2.3.1 La produzione ospedaliera

Le attività di degenza erogate dall'AO SAN PIO sono gestite e monitorate per il tramite di due diversi sistemi informatici:

- Il sistema ADT, che gestisce per ciascun paziente l'accettazione, i trasferimenti tra reparti e le dimissioni. Tale sistema gestisce tra l'altro le presenze dei pazienti nei singoli reparti, i relativi trasferimenti e la compilazione della SDO.
- Il sistema QUANISDO, che consente l'elaborazione e l'invio di tutte le informazioni contenute nella SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), come ad esempio giornate di degenza, onere della degenza, peso medio del DRG, ecc.

	2022	2021	Δ 22-21	Δ %22-21
Degenza Ordinaria				
N. posti letto medi attivi	311	317	-6	-1,9%
N. dimissioni ordinarie	9.054	10.066	-1.012	-10,1%
N. dimissioni ordinarie 0-1 g	713	759	-46	-6,1%
GG degenza	68.952	75.214	-6.262	-8,3%
Tasso occupazione posti letto media	61%	65%	-4%	-6,3%
Indice rotazione posti letto	29	32	-3	-8,1%
Degenza Media	7,62	7,47	0,14	1,9%
Peso Medio	1,26	1,27	0,00	-0,3%
Valore produzione	38.103.735	42.124.963	-4.021.227	-9,5%
N. ricoveri chirurgici	3.060	3.779	-719	-19,0%
% Ricoveri Chirurgici	33,8%	37,5%	-3,7%	-10,0%
Day Hospital				
N. posti letto medi attivi*	67	78	-11	-13,6%
N. dimissioni DH	3.583	3.642	-59	-1,6%
Accessi DH	19.514	15.827	3.687	23,3%
Tasso occupazione posti letto medio	56%	39%	17%	42,7%
Accessi medi	5,45	4,35	1,10	25,3%
Peso Medio	0,79	0,74	0,05	7,1%
Valore produzione	6.412.483	4.853.517	1.558.967	32,1%
Totale Dimissioni	12.637	13.708	-1.071	-7,8%
Totale Valore della Produzione	44.516.219	46.978.479	-2.462.261	-5,2%
Interventi Chirurgici				
Ricoveri DO con DRG chirurgico	3.060	3.779	-719	-19,0%
% sul totale	34%	38%	-4%	-10,0%
Ricoveri DH con DRG chirurgico	1.149	1.242	-93	-7,5%
% sul totale	32%	34%	-2%	-6,0%

Tabella 9. Attività ospedaliera 2022

La tabella sopra riportata evidenzia il riepilogo delle attività di ricovero per l'anno 2022 ed il relativo confronto con l'anno precedente.

Si riscontra in particolare una diminuzione **del numero totale delle dimissioni pari a -1.071 (-7,8%)**, di cui 1.012 (- 10,1%) per ricoveri in regime ordinario e -59 (-1,6%) per ricoveri in day hospital. **Il valore della produzione diminuisce di ca. - 2.462.261 €/000** (pari a - 5,2%), imputabile alla riduzione dei ricoveri in degenza ordinaria per ca. – **4.021.227 €/000 (-9,5%)**, mentre si rileva un aumento per i ricoveri in day hospital pari a ca. 1.558.967 €/000 (+32,1%).

I ricoveri di tipo chirurgico in degenza ordinaria diminuiscono rispetto all'anno 2021 di - 719 casi (pari a -19%), mentre relativamente ai **day hospital si registra una diminuzione di - 93 casi** (pari a - 7,5%). Ciò è imputabile in parte alla carenza di anestesisti, nonostante siano state poste in essere da parte dell'Azienda tutte le azioni volte al potenziamento di tale attività (nuove assunzioni, convenzionamento esterno, convenzionamento interno, ecc.).

Come già accennato, il perdurare dell'emergenza pandemica non ha consentito all'Azienda di poter operare con il massimo grado di efficienza ed efficacia. Infatti anche nel corso del 2022 l'Azienda è stata soggetta ad una profonda riorganizzazione dell'attività al fine di garantire l'assistenza ai pazienti COVID19.

La Tabella seguente riepiloga i casi COVID19 per l'anno 2022, suddivisi per ASL di residenza dei pazienti. Rispetto all'attività svolta nell'anno 2021 si riscontra **una lieve diminuzione del numero totale dei casi Covid** (-11 casi rispetto al 2021, pari all'1%).

Focus casi covid								
ASL di Residenza	N. casi 2022	N. casi 2021	Δ %22-21	GG deg 2022	Gg deg 2021	Δ %22-21	Deg media 2022	Deg media 2021
BN	535	625	-14%	6.892	9.136	-25%	12,9	14,6
AV	60	24	150%	883	371	138%	14,7	15,5
CE	38	29	31%	641	423	52%	16,9	14,6
NA	78	53	47%	1.216	810	50%	15,6	15,3
SA	36	30	20%	527	495	6%	14,6	16,5
Fuori Regione	11	8	38%	73	139	-47%	6,6	17,4
TOTALE	758	769	-1%	10.232	11.374	-10%	13,5	14,8

Tabella 10. Confronto Casi Covid 2022 vs 2021

Accessi Pronto Soccorso			
	2021	2022	Δ 2022-2021
Codice Bianco	607	754	147
Codice Verde	16.439	19.497	3.058
Codice Azzurro	6.818	8.985	2.167
Codice Arancio	6.749	7.247	498
Codice Rosso	1.444	1.731	287
Codice Nero	5	1	-4
TOTALE	32.062	38.215	6.153

Tabella 11. Accessi Pronto Soccorso 2022 vs 2021

Nel corso del 2022 si rileva un aumento degli accessi al Pronto Soccorso rispetto all'anno precedente. In confronto all'anno 2021 si registra un incremento pari a 6.153 accessi, imputabile in particolare all'aumento dei codici verdi (+3.058 accessi) e dei codici azzurri (+2.167 accessi), tuttavia l'attività del Pronto Soccorso non è ancora ai livelli pre-pandemia in cui si registravano oltre 40.000 accessi all'anno.

La tabella tiene conto delle recenti modifiche ai codici di priorità introdotti nell'anno 2021 (codice azzurro e arancio).

Di seguito la ripartizione dei ricoveri per provincia di residenza, da cui si può notare come nel 2022 rispetto al 2021 la percentuale di dimessi residenti nella provincia di Benevento sia diminuita dello 0,5% mentre si riscontrano degli aumenti per i pazienti della provincia di Avellino e per i pazienti fuori-regione.

La distribuzione dei dimessi per le altre province rispetto al numero totale dei ricoverati, resta pressoché invariata (24,4% nel 2022 rispetto al 24,3% nel 2021).

Anno 2022				
	2022		2021	
Regione di residenza	N. dimessi	%	N. dimessi	%
ASL AV	1.687	13,3%	1.754	12,8%
ASL BN	9.273	73,4%	10.126	73,9%
ASL CE	623	4,9%	760	5,5%
ASL NA1	123	1,0%	136	1,0%
ASL NA2	161	1,3%	150	1,1%
ASL NA3	245	1,9%	280	2,0%
ASL SA	244	1,9%	252	1,8%
Altra provenienza	281	2,2%	250	1,8%
TOTALE	12.637	100,0%	13.708	100,0%

Tabella 12. Distribuzione dei dimessi per provincia di residenza

La tabella seguente mostra invece la distribuzione dei ricoveri per fascia di età. Nell'anno 2022 circa il 44,4% dei ricoveri riguarda i pazienti over 65, in aumento rispetto alla percentuale riscontrata nel 2021 (42,9%).

Anno 2022				
Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale	%
0-14	836	741	1.577	12,5%
15-44	666	1.841	2.507	19,8%
45-54	503	630	1.133	9,0%
55-64	1.038	768	1.806	14,3%
65-74	1.340	776	2.116	16,7%
75-84	1.311	878	2.189	17,3%
ultra 85-enni	625	684	1.309	10,4%
TOTALE	6.319	6.318	12.637	100,0%

Tabella 13 Distribuzione dei dimessi per fascia di età 2022

Anno 2021				
Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale	%
0-14	781	734	1.515	11,1%
15-44	901	1.865	2.766	20,2%
45-54	641	697	1.338	9,8%
55-64	1.278	930	2.208	16,1%
65-74	1.477	920	2.397	17,5%
75-84	1.285	905	2.190	16,0%
ultra 85-enni	610	684	1.294	9,4%
TOTALE	6.973	6.735	13.708	100,0%

Tabella 14. Distribuzione dei dimessi per fascia di età 2021

2.3.2 La produzione specialistica

Si riporta di seguito una breve sintesi in merito all'attività di specialistica ambulatoriale erogata dall'AO SAN PIO nel corso del 2022 ed il confronto con l'anno precedente.

	2022	2021	2020	Δ 22-21	Δ % 22-21
N. Prestazioni	415.903	306.185	217.096	109.718	35,8%
Valore della produzione	7.041.369	5.716.550	3.062.709	1.324.819	23,2%

Tabella 15. Andamento specialistica ambulatoriale 2019-2021

Rispetto all'anno 2021 si rileva un aumento del numero di prestazioni di 109.718 casi (+35,8%) e del valore della produzione per ca. 1.324.819 €/mln (23,2+%), a seguito anche della riapertura degli ambulatori e all'aumento delle sedute rispetto al parziale blocco delle attività che aveva riguardato il 2021.

Il prospetto seguente mostra l'andamento della produzione nel corso dell'anno 2022:

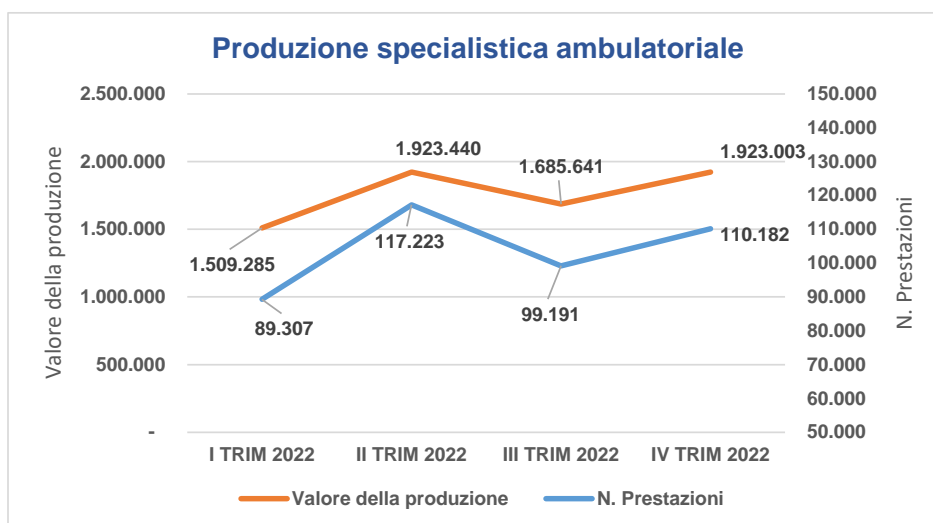


Figura 3 Produzione trimestrale specialistica ambulatoriale 2022

Si può notare **come il periodo di maggiore attività è rappresentato dal II Trimestre 2022** (periodo aprile – giugno), in cui si è rilevato il maggior numero di prestazioni (117.223 casi) e il maggior valore della produzione

(ca. 1.923.440 €/000). Ciò è imputabile naturalmente al fatto che nei primi mesi del 2022 era ancora in corso in maniera significativa l'emergenza COVID19 per cui in tale periodo l'attività non si è svolta regolarmente, in seguito l'Azienda ha posto in essere tutte le azioni al fine di poter aumentare la propria attività e potenziare l'assistenza ai pazienti.

2.3.3 Obiettivi relativi all'anticorruzione ed alla trasparenza

Il PTPCT 2022-2024, approvato con delibera n.200 del 27.04.2022, presenta le misure di contrasto e le azioni da intraprendere relative alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Di seguito si riporta lo stato di attuazione di quanto previsto:

Misura di Contrasto	Azioni da intraprendere nel 2022	STATUS
Adempimenti relativi alla trasparenza	Attivazione di un Registro informatico per monitorare le istanze di accesso	Realizzato
Codici di comportamento	Verifica del rispetto del Codice di comportamento	Realizzato
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali	Obbligo per i Dirigenti di relazione al RPC entro il 30.06.2022 sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili	Realizzato
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	Avvio di un monitoraggio sull'attuazione della misura tramite richiesta ai Direttori UU.OO.CC di una nota in cui danno contezza della verifica effettuata sui procedimenti del proprio settore in merito all'inserimento di una clausola di stile in tutte le determine	Realizzato
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	Verifica sul rispetto della misura mediante acquisizione delle dichiarazioni annuali di incompatibilità	Realizzato
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali.	Implementazione dell'attività di monitoraggio e verifica delle situazioni esistenti dopo l'adozione del Regolamento a seguito della annessione del presidio di S. Alfonso M. Liguori di S. Agata dei Goti	Realizzato

Misura di Contrasto	Azioni da intraprendere nel 2022	STATUS
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	Implementazione dell'attività di un monitoraggio a cura del RPCT sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per: a) - membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione b) - titolari di uffici di direzione in aree a rischio comunicazioni al RPCT	Realizzato
Whistleblowing	Verifica esito procedura informatizzata	Realizzato
Patti di integrità	Monitoraggio sulla misura adottata tramite richiesta al Direttore UU.OO.CC. di una reportistica in ordine al rispetto della misura nel settore appalti	Realizzato
Formazione	Implementazione corsi in materia di anticorruzione, trasparenza, privacy ed appalti	Realizzato
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	Implementazione della misura per altre figure sanitarie	Non Realizzato (a causa dell'esiguità del personale e per non disperdere il patrimonio informativo e le competenze acquisite anche durante il periodo pandemico)

Tabella 16 Monitoraggio azioni trasparenza e anticorruzione

Il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), ha svolto una costante attività di monitoraggio rispetto alle attività programmate. Come indicato nella scheda per la relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sull'attuazione del PTPCT 2022 (pubblicata sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente-Altri contenuti"), l'attuazione del Piano nel 2022 può ritenersi congrua, adeguata ed in linea con la programmazione aziendale.

Gli obiettivi stabiliti nel Piano Triennale 2022-2024 della Prevenzione della Corruzione, ed in particolare la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione sono stati perseguiti e raggiunti, specie per quanto concerne il processo di gestione del rischio di corruzione (mappatura processi, registro eventi rischiosi e monitoraggio) e implementazione della mappatura dei processi e raggiungimento di un livello avanzato (LA), di natura analitica. Nel corso del 2022 l'Azienda ha migliorato il processo di pubblicazione delle informazioni sul sito Amministrazione Trasparente, automatizzandolo il più possibile e implementando una verifica

standardizzata periodica degli adempimenti onde consentire al responsabile pronti interventi correttivi. Inoltre, è stata rivolta particolare attenzione all'applicazione del Codice degli Appalti nell'ambito delle forniture di beni e servizi per fronteggiare l'emergenza COVID.

Nel Piano della Performance 2022-2024 (Delibera aziendale n. 58 del 7.02.2022) sono stati inseriti degli obiettivi specifici riguardanti la dimensione della prevenzione della corruzione e la trasparenza che si riportano di seguito.

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	STRUTTURE ASSEGNATARIE	STATUS
Fornire indicazioni specifiche al personale in tema di anticorruzione	Aggiornamento del Codice di comportamento ai sensi delle Linee Guida del 20 settembre 2016	UOC Amministrative (ciascuna per le proprie competenze)	PIENO RAGGIUNGIMENTO
Rispettare i principi di diritto comunitario nello svolgimento delle gare	Riduzione del ricorso alle procedure delle proroghe, anche tecniche ovvero degli affidamenti diretti dei contratti	UOC Amministrative (ciascuna per le proprie competenze)	PIENO RAGGIUNGIMENTO
Disciplinare la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed appalti	Organizzazione di incontri/corsi specifici di formazione e aggiornamento	UOC Amministrative (ciascuna per le proprie competenze)	PIENO RAGGIUNGIMENTO
Disciplinare la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed appalti	Partecipazione agli incontri/corsi organizzati	Tutte le UOC/UOSD interessate	PIENO RAGGIUNGIMENTO
Aumentare la informatizzazione del portale	Incremento del processo di informatizzazione dei procedimenti a regime di ogni settore, anche nell'ottica dell'avvio della digitalizzazione	UOC Amministrative (ciascuna per le proprie competenze)	PIENO RAGGIUNGIMENTO

Tabella 17. Obiettivi specifici prevenzione corruzione e trasparenza

2.4. Le criticità e le opportunità

Nel corso dell'anno 2022 tra le principali criticità che l'Azienda ha dovuto affrontare si possono menzionare il perdurare dell'emergenza COVID 19 che ha limitato e condizionato in alcuni periodi l'attività sanitaria e la carenza di anestesisti che ha condizionato l'attività chirurgica.

In Figura 7 è riportata la SWOT Analysis che mette sinteticamente a confronto:

- il contesto esterno (fatto di opportunità e minacce);
- il contesto interno (fatto di punti di forza e punti di debolezza).

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> • nuovo assetto organizzativo; • elevate capacità organizzative; • elevate e riconosciute professionalità; • ampiezza dell'offerta specialistica; • attività uniche nel bacino di utenza; • economicità ed efficienza • parco tecnologico in continua sostituzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale numericamente ridotto per far fronte all'assistenza; • Ricorso all'utilizzo di forme di lavoro alternative per ricoprire i posti vacanti;
OPPORTUNITÀ	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> • Input sovra-locale a supporto della riorganizzazione; • Ruolo centrale in varie reti regionali; • Capacità di richiamare utenza anche da aree limitrofe a quella provinciale; • Possibilità di assumere un ruolo di primo piano nell'ambito della rete oncologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Posizione geografica in area interna con possibili disagi rispetto ai centri metropolitani

Figura 4. SWOT Analysis

Nel corso del 2022 l'Azienda si è impegnata al fine di migliorare quelli che erano stati individuati quali punti di debolezza, attraverso:

- la messa in atto di tutte le azioni possibili al fine di potenziare la propria dotazione di personale, come già descritto in precedenza nel documento, tramite l'espletamento di procedure concorsuali, avvisi di mobilità e di convenzioni con altre strutture;
- la riduzione di forme di lavoro alternative, utilizzate in particolare in minima parte solo per il reclutamento in tempi rapidi di personale dedicato al COVID19;
- la progettazione dei lavori di ammodernamento e la ristrutturazione di alcune unità operative (in particolare per i reparti COVID19, per cui si è avuto accesso a specifico finanziamento, a seguito della fine dell'epidemia e la disponibilità dei locali si è proceduto con l'avvio dei lavori; mentre per altri reparti si è proceduto all'apertura di nuovi spazi ristrutturati).

Relativamente alle minacce riportate, la Direzione Strategica ha posto in essere tutte le azioni al fine di garantire il rispetto degli obiettivi prefissati, come dimostra il raggiungimento degli obiettivi di performance riportati nel prosieguo del documento.

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

3.1 L'albero della performance

Di seguito si riporta la rappresentazione del cosiddetto albero della performance come previsto nel Piano 2022-2024 (aggiornata con l'ultima Delibera di Giunta Regione n. 331/2022, di nomina del nuovo Direttore Generale), una sorta di mappa logica in grado di collegare, anche graficamente, i legami tra livello istituzionale, livello strategico e livello operativo ed i vari obiettivi considerati dal punto di vista dell'outcome.



Figura 5. Albero della performance (livelli coinvolti)

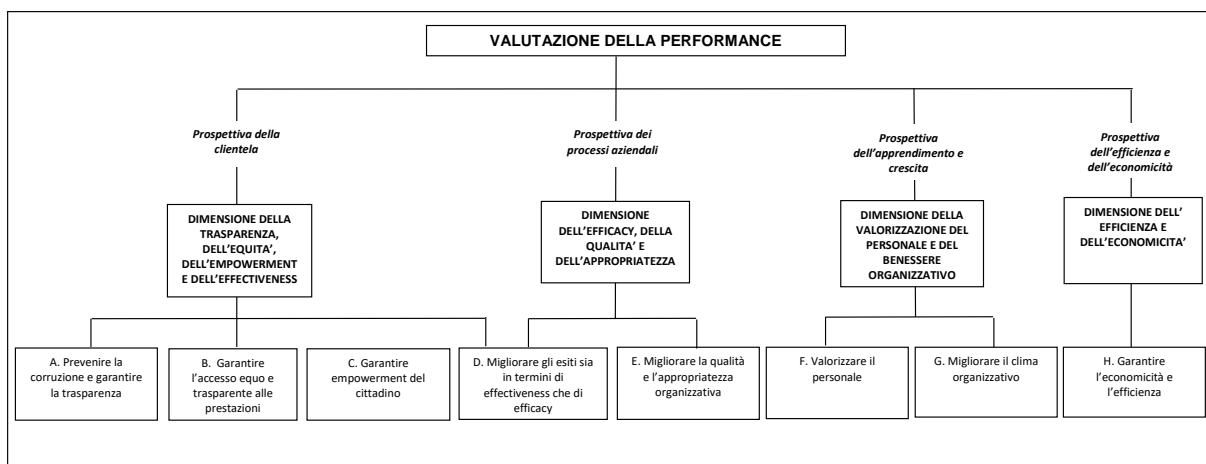


Figura 6. Albero della performance (obiettivi)

3.2 Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target

L'attuale Piano della Performance si avvale di un sistema di valutazione composto da:

- obiettivi strategici (di orizzonte pluriennale), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *outcome*;
- obiettivi operativi (riferiti ad un lasso temporale più breve), discendenti direttamente dagli obiettivi strategici, che vengono assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale).

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'Azienda prevede la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere; il presente aggiornamento, infatti, apporta le modifiche condivise durante le riunioni svolte nell'ambito del controllo di gestione ed è frutto di quanto in esse negoziato.

La declinazione dei singoli obiettivi e l'individuazione dei relativi indicatori, tiene conto:

- dei principi generali cui deve ispirarsi il Piano ai sensi della Delibera CIVIT n. 112 del 2010 (trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità, partecipazione, coerenza interna ed esterna, orizzonte pluriennale);
- del processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, da cui discende direttamente la sostenibilità dell'intero sistema di valutazione;
- della normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i vari dispositivi che attribuiscono obiettivi alle organizzazioni sanitarie e ai loro organi politici.

Nella fattispecie, il Sistema contempla un insieme di obiettivi che possono essere ricondotti ad alcune delle dimensioni della performance che sono state individuate facendo riferimento ad uno dei possibili strumenti - peraltro caldeggiato dalla stessa CIVIT - di supporto nella gestione strategica, la cosiddetta *Balanced scorecard*.

Ispirandosi ai driver individuati dalla *Balanced score card*, l'Azienda ha individuato le seguenti aree strategiche:

- Efficienza ed economicità;
- Valorizzazione del personale e del benessere organizzativo;
- Efficacy (esiti), della qualità e dell'appropriatezza;
- Effectiveness (esiti), della prevenzione della corruzione, della trasparenza, dell'equità e dell'empowerment.

Per ciascuna area strategica individuata, sono stati definiti i seguenti obiettivi strategici da cui poi discendono direttamente gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori.

- Garantire l'accesso equo e trasparente alle prestazioni;
- Garantire l'economicità e l'efficienza aziendale;
- Garantire l'empowerment del cittadino;
- Migliorare gli esiti sia in termini di efficacy che in termini di effectiveness;
- Migliorare il benessere organizzativo;
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza organizzativa;
- Prevenire la corruzione e garantire la trasparenza;
- Valorizzare il personale.

Per il dettaglio degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi e il relativo grado di raggiungimento si rimanda all'allegato n.1 del presente documento.

3.3 Monitoraggio obiettivi operativi e indicatori di performance

Gli indicatori di seguito riportati sono contenuti nel Piano della Performance 2022-2024 e utilizzati per misurare il livello di raggiungimento degli Obiettivi Strategici e Operativi delle singole UOC e di conseguenza quindi il livello di performance raggiunto dai singoli reparti.

Nel 2022 gli Organi regionali hanno provveduto a nominare i nuovi Direttori Generali di gran parte delle AA. SS della Regione e anche l'AORN SAN PIO è stata interessata da tale processo (Delibera di Giunta Regionale n.331 del 21.06.2022 ad oggetto "AORN SAN PIO di Benevento – Nomina Direttore Generale). A partire dal mese di agosto 2022 (Decreto del Presidente della Giunta n.108 del 04/08/2022 ad oggetto "AORN SAN PIO di Benevento. Direttore Generale. Determinazioni") il nuovo Direttore Generale è la Dott.ssa Maria Morgante.

L'Azienda con Delibera n. 550 del 03.11.2022 ad oggetto "Obiettivi strategici dell'AORN SAN PIO previsti dalla DGRC n. 331/2022 e dal DGPRC n. 108/2022 – Modifica ed integrazione del Piano della Performance 2022-2024 confluito nel vigente PIAO approvato con Deliberazione n. 204/2022", ha provveduto ad integrare/modificare gli obiettivi già assegnati nell'ambito del ciclo della performance con i nuovi obiettivi assegnati dalla Regione in sede di nomina del nuovo Direttore Generale.

Gli obiettivi e gli indicatori di seguito riportati fanno quindi riferimento sia al Piano della Performance 2022-2024 (approvato con Delibera n. 58/2022) in particolare per quanto riguarda gli indicatori LEA, che ai nuovi obiettivi assegnati dalla Regione con i provvedimenti di nomina del nuovo Direttore Generale (DGRC 331/2022 e DPGRC 108/2022) in particolare per quanto riguarda gli indicatori NSG CORE.

La colonna status rileva il rispetto o meno del target atteso, per cui:

- semaforo verde: il target è pienamente rispettato;
- semaforo giallo: il target non è rispettato ma il dato presenta un andamento in coerenza al valore atteso;
- semaforo rosso: il target non è rispettato.

INDICATORI LEA

Con riferimento agli obiettivi aziendali presenti nel Piano della Performance 2022-2024 relativi all'erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza (LEA), si riportano i valori dell'ultimo triennio.

INDICATORI LEA									
		2018	2019	2020	2021	2022	Δ %22-21	Target	Status
A.1	Ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	16	15	0	0	1		16	✓
A.2	Ricoveri ordinari in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	791	729	517	482	374	-29%	791	✓
A.3	Ricoveri diurni di tipo diagnostico	1.621	1.515	820	1.044	929	-46%	1.065	✓
A.4	Numero accessi di tipo medico	16.335	14.237	11.481	10.451	15.969	-19,5%	7.089	✗
A.5	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,18	0,17	0,13	0,11	0,09	-24%	0,19	✓
A.6	% parti cesarei primari	19,9%	21,37%	23,6%	20,1%	21,4%	10%	<=20%	✗
A.7	% pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	59%	50%	68,4%	77,0%	74,3%	37%	>=60%	✓

Tabella 18. Indicatori LEA

La maggior parte degli obiettivi siano stati pienamente raggiunti. In merito all'indicatore A.4 "Numero accessi di tipo medico", il valore in aumento rispetto al 2020 e 2021 è imputabile in parte alla ripresa delle attività dopo il periodo legato all'emergenza COVID 19.

In merito all'obiettivo A.6 "%Parti cesarei primari", il valore è leggermente oltre il target previsto (si rileva infatti un valore del 21%, rispetto ad un target del 20%). A riguardo occorre sottolineare sia che nella seconda parte dell'anno l'Azienda ha sempre mantenuto un valore sotto il target di riferimento, sinonimo degli sforzi compiuti per recuperare il gap, e sia che fino al 2021 l'obiettivo previsto era fissato in una percentuale compresa tra il 20% ed il 24%.

Di seguito si analizza l'andamento dei singoli indicatori:

▪ **Indicatore A.1**

Gli sforzi fatti negli anni precedenti sono confermati anche per l'anno 2022: rispetto a un target atteso di 16 casi si è registrato un unico caso di ricoveri ordinari in età pediatrica per asma e gastroenterite. Occorre considerare che la significatività del campione è alquanto esigua ma in ogni caso gli sforzi dell'Azienda hanno consentito di raggiungere l'obiettivo preposto.

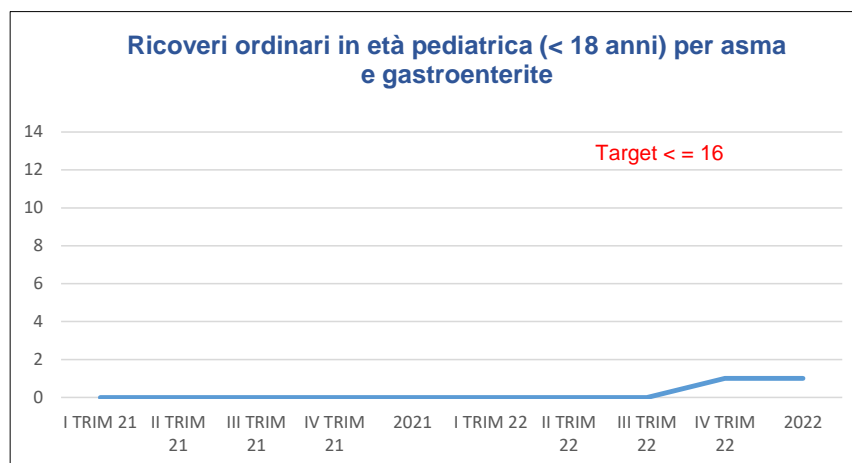


Figura 7. Andamento obiettivo A.1

▪ **Indicatore A.2**

Per il 2022 si rileva un valore pari a 374 casi (482 nel 2021), mentre il valore target era un numero di casi pari o inferiore a quello rilevato nel 2018 pari a 791. Il risultato raggiunto è dovuto al percorso virtuoso che l'azienda ha avviato negli anni passati che conferma il trend in riduzione nel 2022 e il rispetto degli obiettivi fissati.

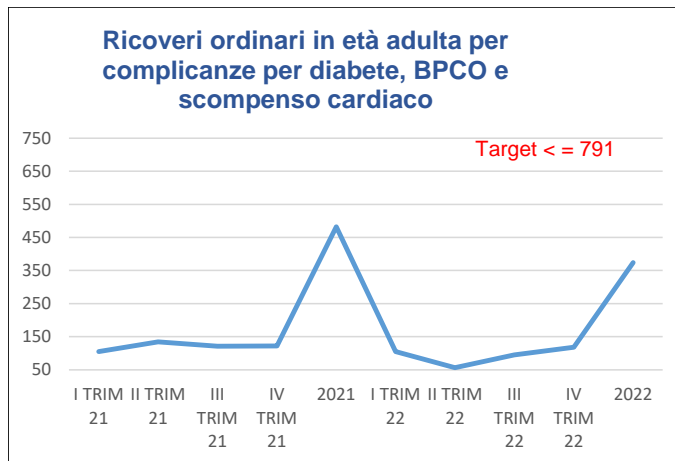


Figura 8. Andamento obiettivo A.2

▪ **Indicatore A.3**

Rispetto al 2021 si riscontra una riduzione pari al 46% (da 1.044 ricoveri nell'anno 2021 si passa a 929 ricoveri nel 2022), rispetto ad un valore target al massimo pari a 1.065 casi. L'Azienda ha rispettato l'obiettivo target.

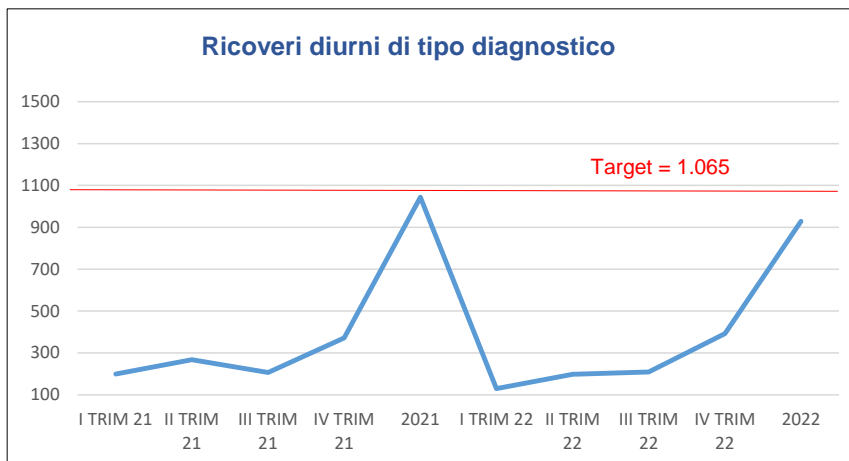


Figura 9. Andamento obiettivo A.3

▪ **Indicatore A.4**

Nel 2022 si riscontra un numero di casi pari a 15.969 a fronte di un valore target pari al massimo a 7.089 casi, anche a seguito della ripresa delle attività dopo il periodo legato all'emergenza.

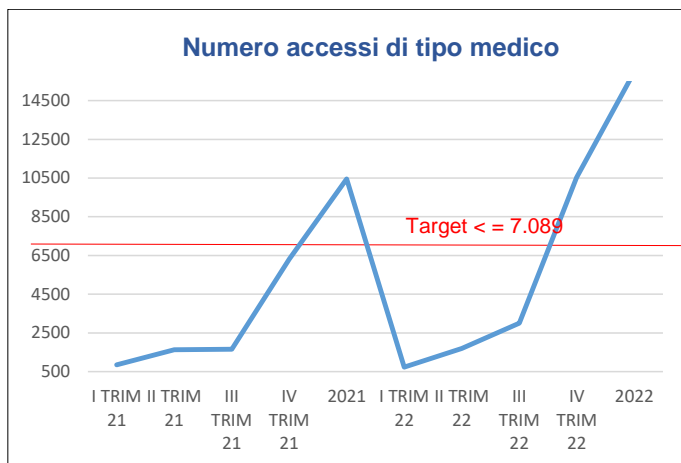


Figura 10. Andamento obiettivo A.4

▪ **Indicatore A.5**

Per l'anno 2022, così come per gli anni precedenti, l'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di appropriatezza in termini di ricoveri in regime ordinario con DRG inappropriato, in quanto si registra un valore pari a 0,09 (Valore target <= 0,19) in riduzione di ca. il 24% rispetto all'anno precedente.

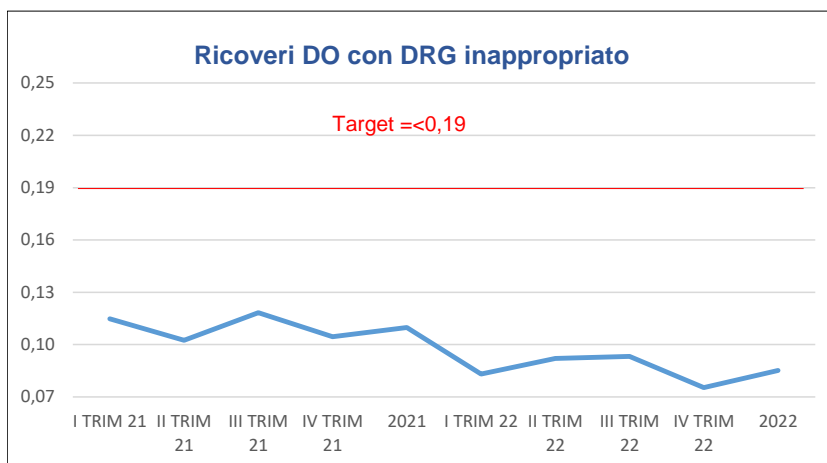


Figura 11. Andamento obiettivo A3

▪ **Indicatore A.6**

Per l'anno 2022 l'Azienda ha superato di solo l'1% il target previsto in termini di percentuale di parti cesarei primari, in quanto si registra un valore pari al 21% (Valore target <= 20 %). Ciò è imputabile in parte all'alta complessità della casistica trattata in considerazione della presenza della Terapia Intensiva Neonatale. Di seguito si mostra l'andamento nei singoli trimestri per gli anni 2021 e 2022, da cui si evince come per il III e IV Trimestre 2022 l'Azienda abbia rispettato il valore target a dimostrazione degli sforzi compiuti.

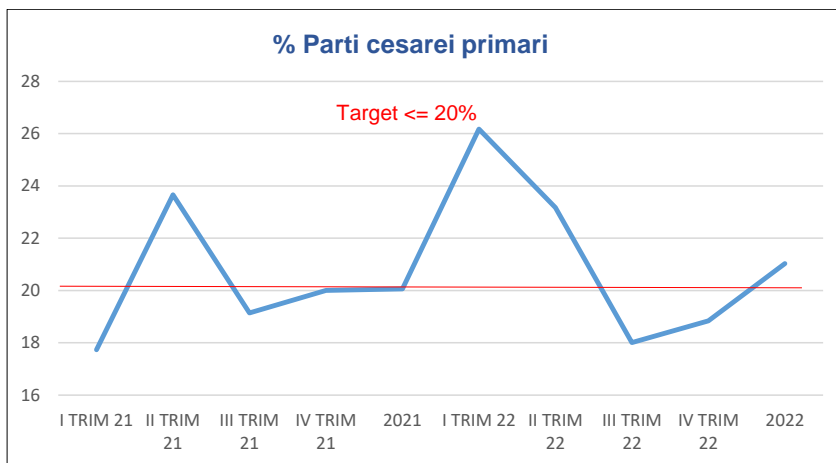


Figura 12. Andamento obiettivo A4

▪ **Indicatore A.7**

Per l'anno 2022, l'Azienda ha confermato il raggiungimento dell'obiettivo in termini di percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giorni, in quanto si registra un valore pari al 74,3% (valore target $\geq 60\%$). Di seguito si mostra l'andamento dei singoli trimestri per gli anni 2021 e 2022, da cui si evince come nel corso del 2022 l'Azienda ha sempre rispettato il valore target.

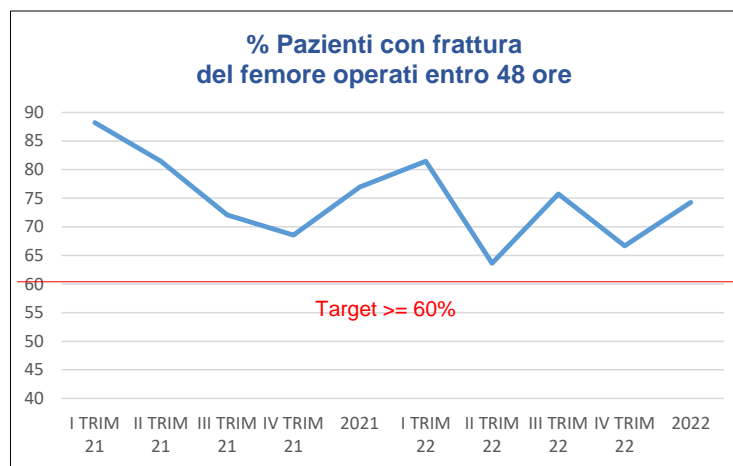


Figura 13. Andamento obiettivo A5

Con riferimento agli ulteriori indicatori LEA, si riporta il seguente prospetto.

INDICATORI LEA							
		2020	2021	2022	Δ %22-21	Target	Status
B.1	% di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici	24,4%	18,1%	19%	2,5%	<25%	✓
B.2	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	1,66	1,40	1,37	-2,0%	1,40	✓
B.3	% di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia	53,3%	27,0%	28,1%	2,1%	<=20%	⚠
B.4	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM						✓
B.5	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO						✓

Tabella 20. Ulteriori Indicatori LEA

Si rileva che l'obiettivo B.3 “% di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia”, non è stato raggiunto.

▪ Indicatore B.1

Nel 2022 la percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici è pari al 19%, rispetto a un valore target <25%. Si rileva un aumento rispetto al valore 2021 del 2,5%.

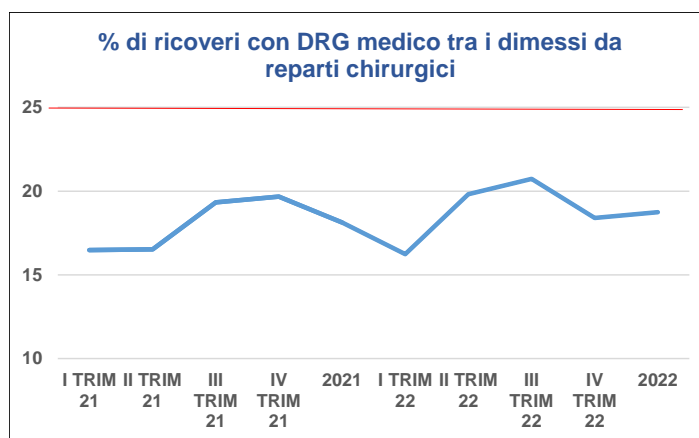


Figura 14. Andamento obiettivo B1

▪ Indicatore B.2

Nel corso del 2022 l'Azienda ha migliorato la degenza media precedente l'intervento chirurgico (-2% rispetto al 2021), raggiungendo un valore pari a 1,37 gg nel rispetto del valore target pari a 1,4 gg.

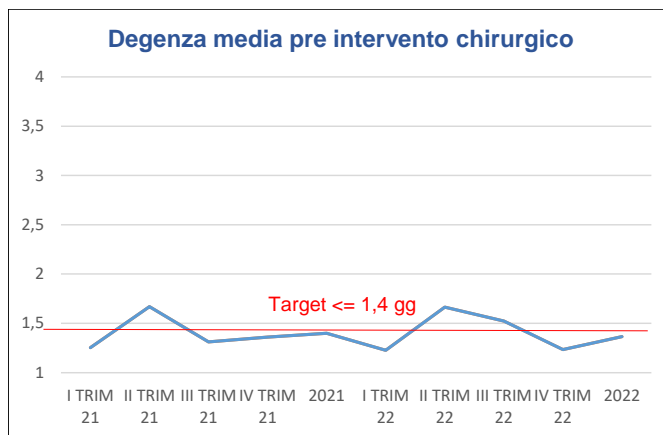


Figura 15. Andamento obiettivo B2

▪ **Indicatore B.3**

Nel 2022 il valore dell'indicatore è pari al 28,1% a fronte di un target pari ad un valore massimo del 20%.

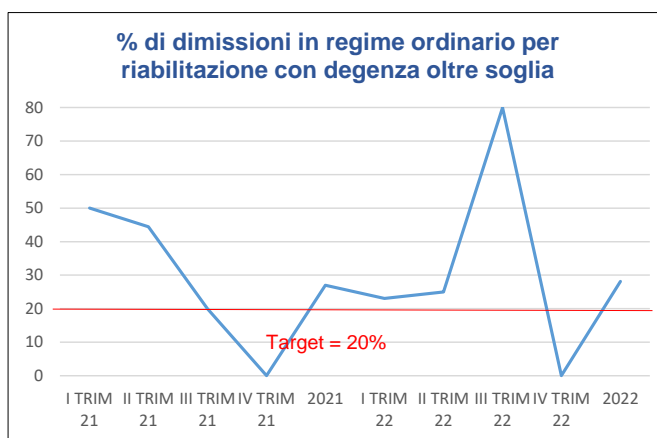


Figura 16. Andamento mensile obiettivo B3

INDICATORI NSG CORE

Di seguito si riportano gli indicatori NSG CORE assegnati con D.P.G.R.C. 108/2022

INDICATORI NSG CORE							
		2020	2021	2022	Δ %22-21	Target	Status
H02Z	Quota interventi tumore maligno alla mammella eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 135 interventi annui	NV	NV	NV			
H04Z	Dimissioni con DRG inappropriato da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	0,13	0,11	0,09	-23,5%	<0,24	✓
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	46,15%	67,12%	70,00%	-29,1%	> = 70%	✓
H13C	% pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	68,40%	77,00%	74,30%	-19,5%	> = 60%	✓
H17C	% parti cesarei primari in maternità di I livello (< 1000 parti) con nessun progresso cesareo	23,55%	19,60%	21,35%	11,5%	< 20%	✗

Tabella 22. Indicatori NSG Core Area Ospedaliera

Si può notare come alcuni degli indicatori NSG CORE definiti dalla Regione, riprendano gli indicatori LEA già oggetto di monitoraggio nel corso del precedente triennio. In particolare l'indicatore H04Z (per cui è stato modificato il valore target di riferimento), l'indicatore H13C e l'indicatore H17C sono stati già oggetto di trattazione nel precedente paragrafo, per cui di seguito si riporta il dettaglio trimestrale per gli indicatori H02Z e H05Z.

▪ Indicatore H02Z

In merito a tale indicatore, si specifica che a livello regionale il monitoraggio viene effettuato verificando il numero di interventi per tumore maligno alla mammella effettuati in reparti che eseguono almeno 135 interventi all'anno; quindi trattasi di un indicatore misurato a livello regionale.

Al fine in ogni caso di avere un monitoraggio a riguardo, l'Azienda analizza periodicamente la casistica in questione. Nel 2022 il n. di interventi per tumore maligno della mammella è pari a 85 casi, rispetto ad un valore soglia di 135. Si rileva in ogni caso come a partire dal III Trimestre 2022 il valore sia in aumento, a testimonianza degli sforzi compiuti dall'Azienda per recuperare il gap esistente.

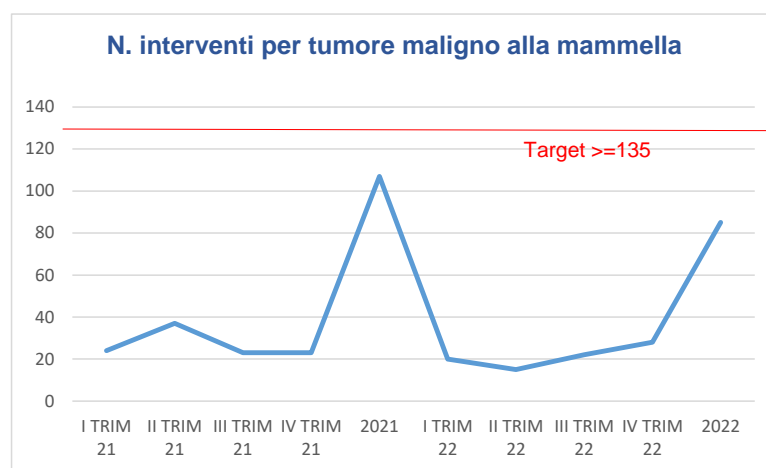


Figura 17. N. interventi tumore alla mammella 2022

▪ Indicatore H05Z

Nel 2022 l'Azienda è riuscita a rispettare il target assegnato in merito alla percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg; si rileva infatti per il 2022 una percentuale pari al 70% in linea all'obiettivo assegnato.

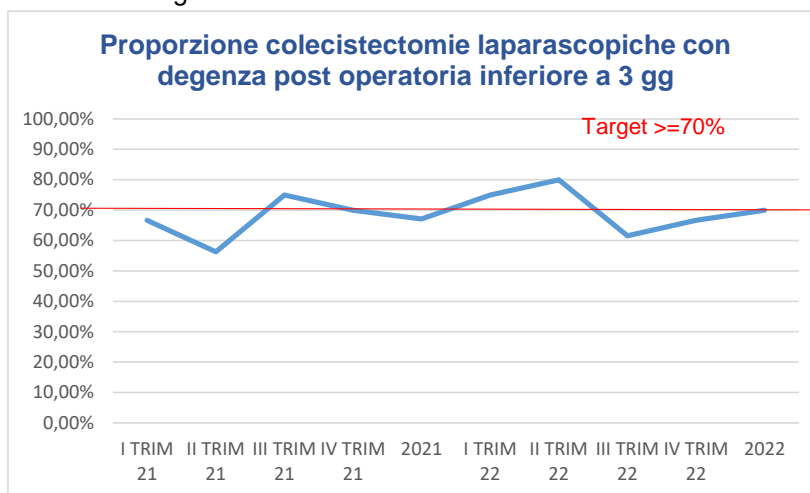


Figura 18. % Colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3gg

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

In riferimento al continuo e progressivo miglioramento dei tempi e delle liste di attesa si segnala che:

- **per le prestazioni offerte all'utenza in regime ambulatoriale** l'Azienda accoglie la domanda di prestazioni con un soddisfacimento pari al 98,2% considerando il numero complessivo di prestazioni erogate indipendentemente dalla classe di priorità.



Figura 19. Percentuale rispetto tempi di attesa 2022

Di seguito si riporta l'analisi per singola prestazione tracciante e singola classe di priorità.

In particolare per la classe di priorità U a livello assoluto si rileva che oltre il 94% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

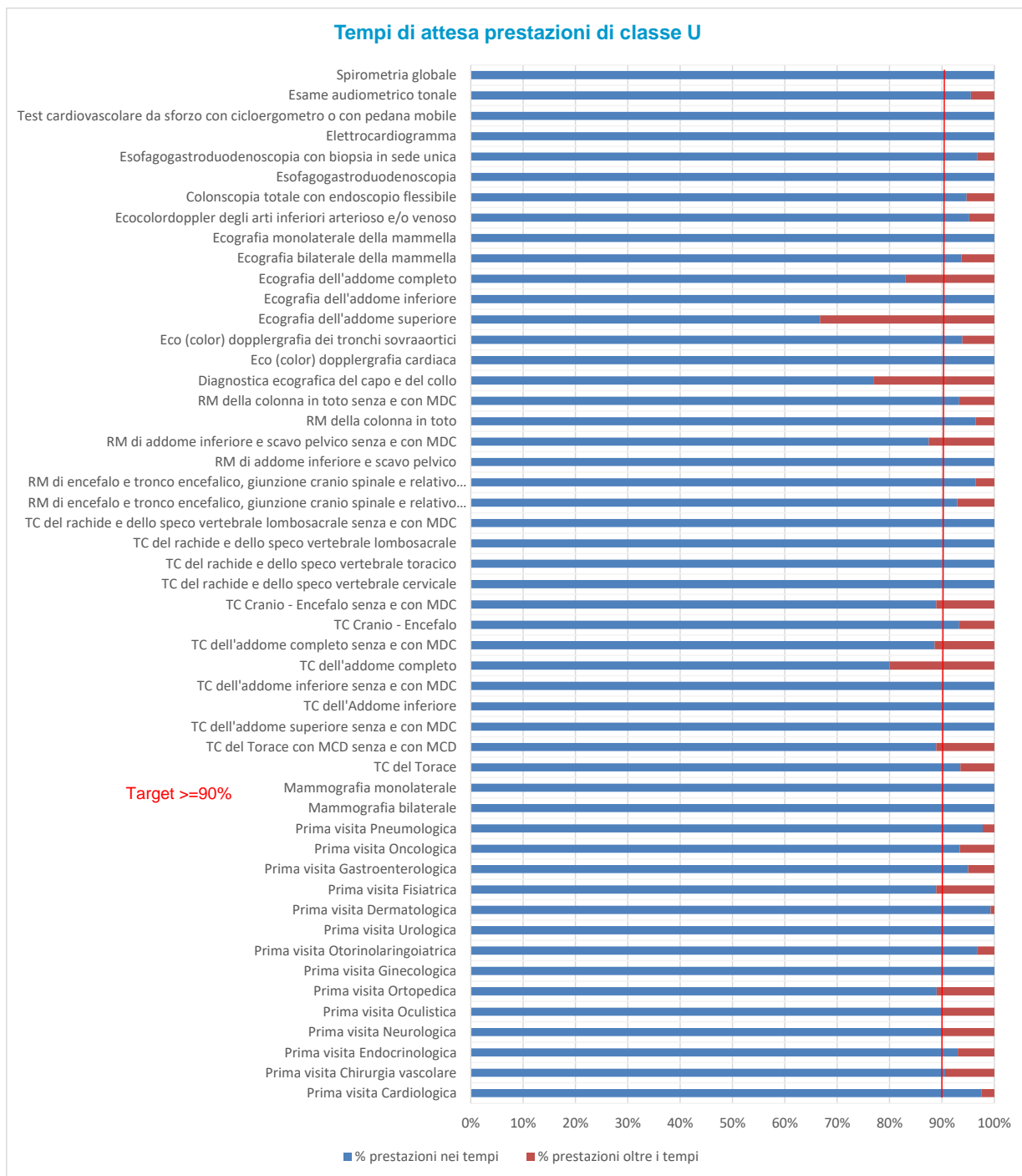


Figura 20. Performance prestazioni in classe "U" 2022

In particolare per la classe di priorità B a livello assoluto si rileva che oltre il 97% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

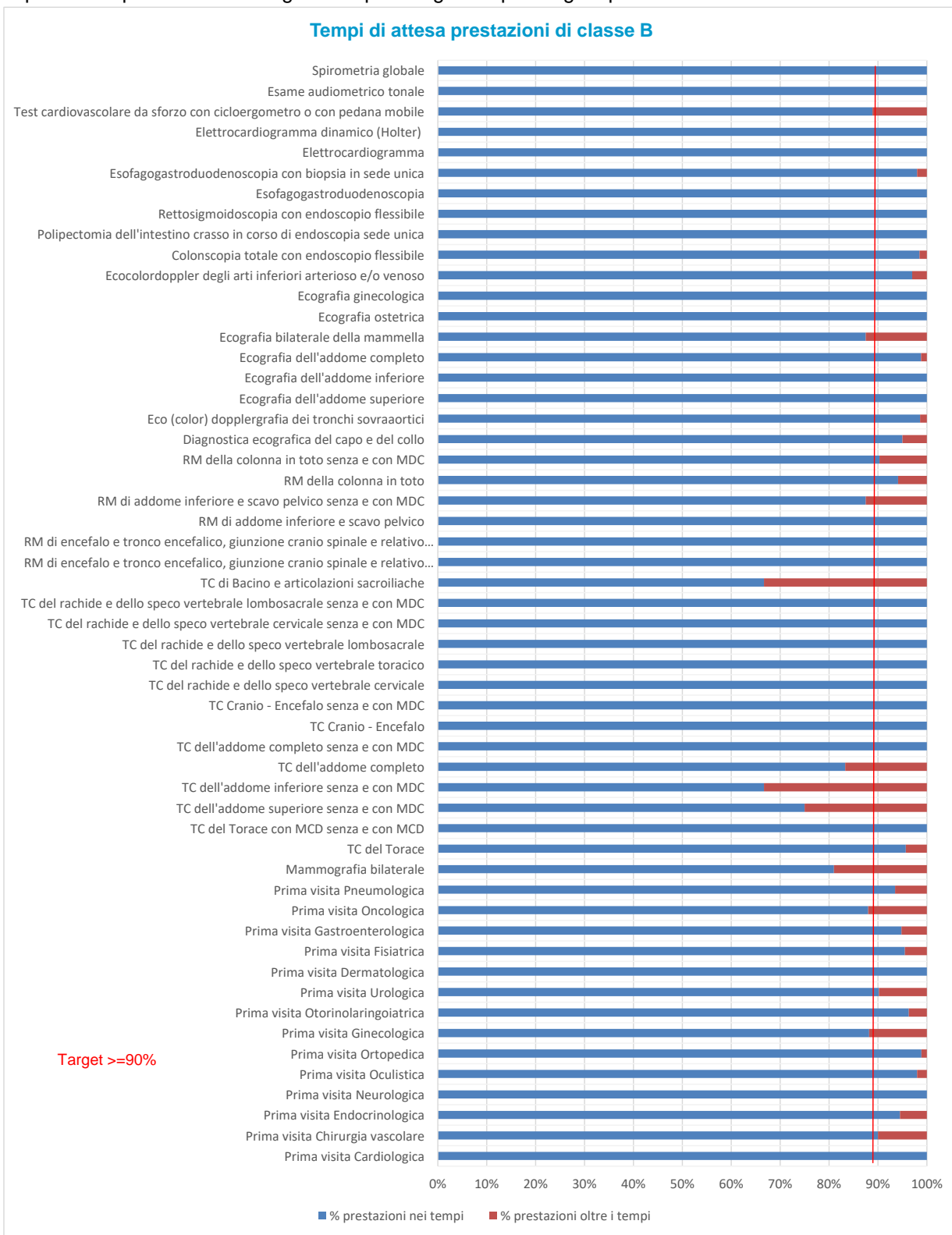


Figura 21. Performance prestazioni in classe "B" 2022

In particolare per la classe di priorità D a livello assoluto si rileva che oltre l'84% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

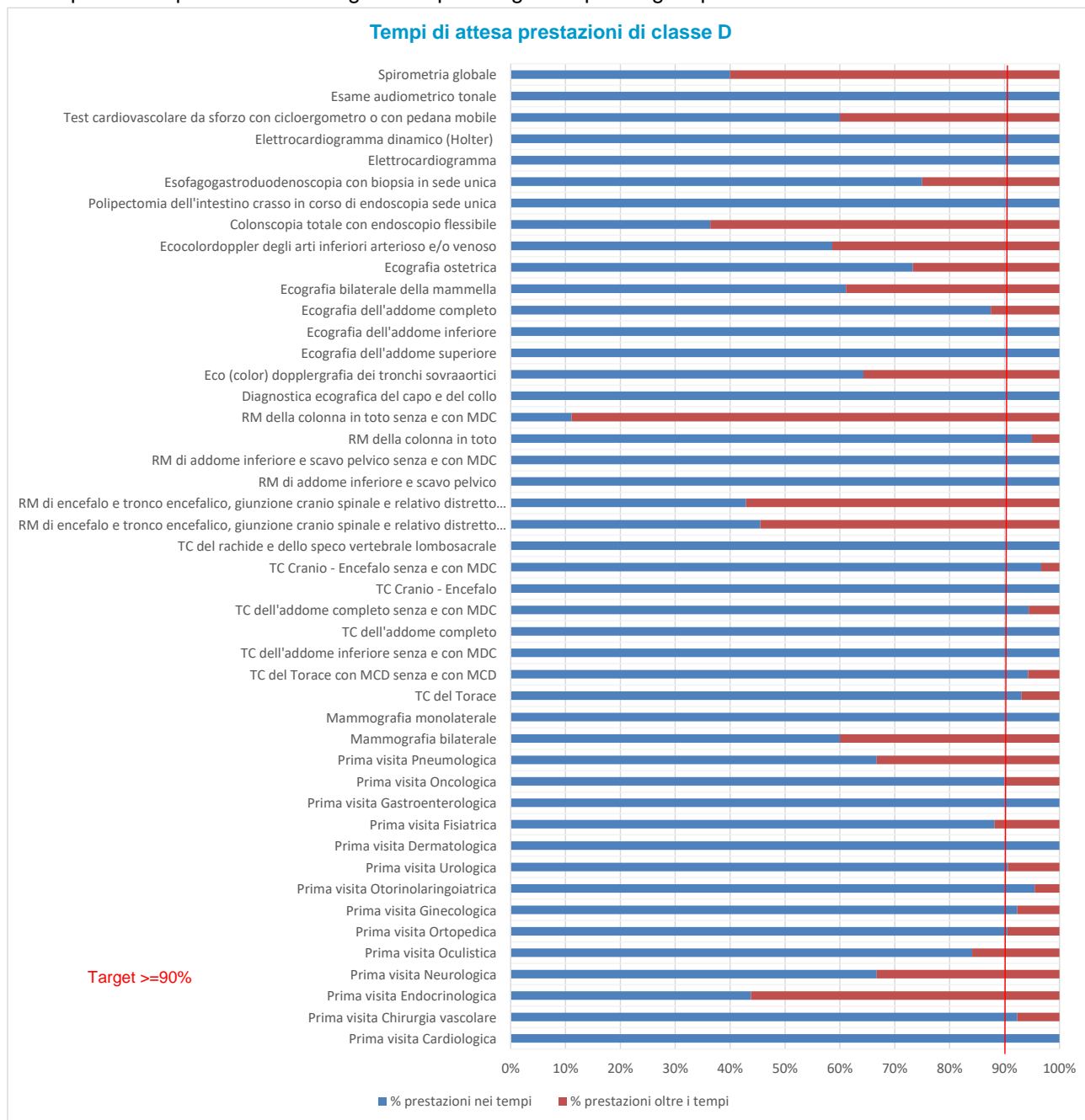


Figura 22. Performance prestazioni in classe "D" 2022

In particolare per la classe di priorità P a livello assoluto si rileva che oltre il 98% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

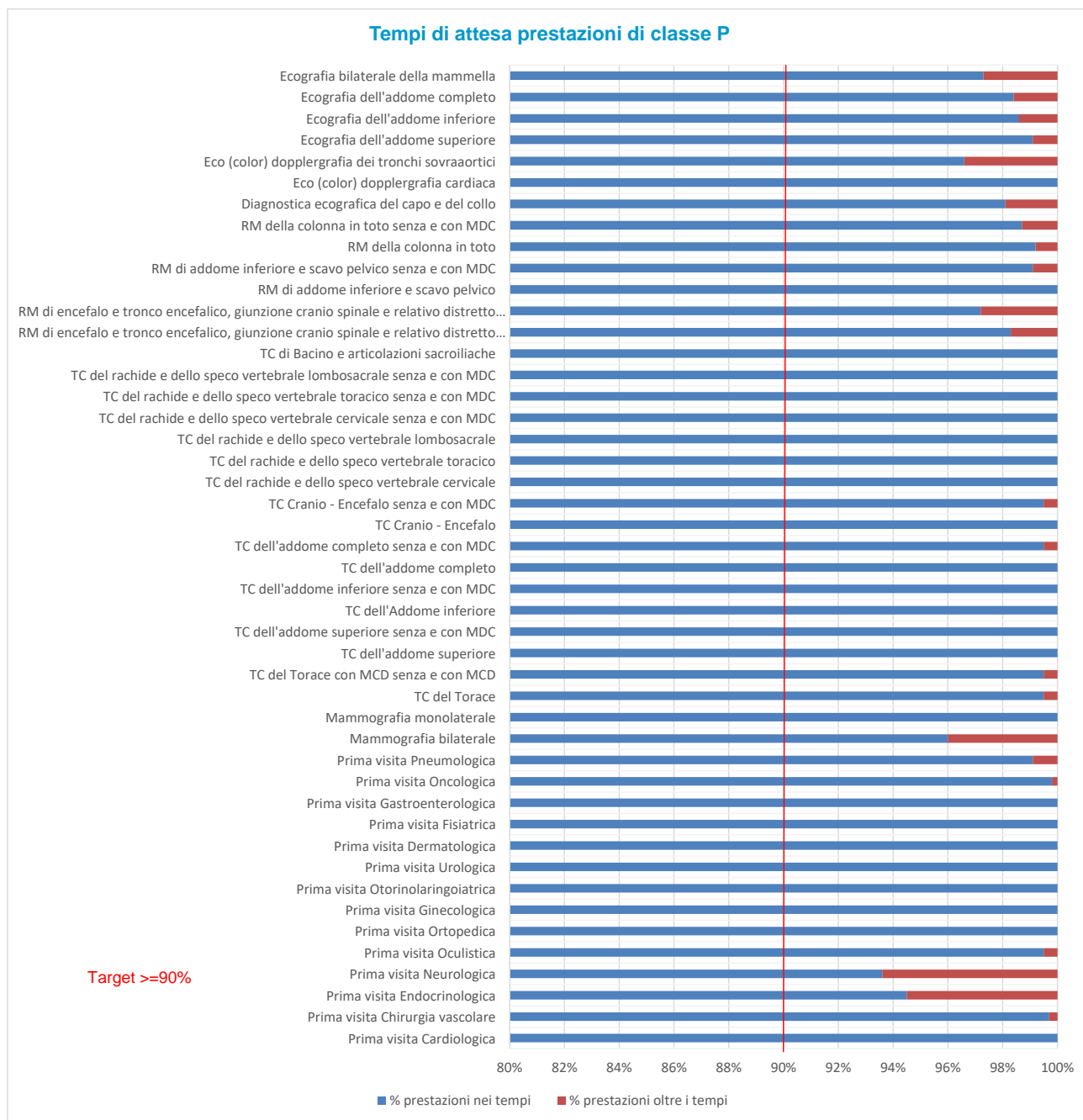


Figura 23. Performance prestazioni in classe "P" 2022

- **per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri programmati**, si riporta di seguito la percentuale per i ricoveri programmati di classe A – urgente. Dalla figura si nota come l’Azienda nel 2022 abbia aumentato sia il numero di ricoveri eseguiti (passando da 322 nel 2021 a 339 nel 2022, con un incremento del 5,3%) e sia la percentuale di ricoveri eseguiti nei tempi previsti (con una percentuale del 85,3%) avvicinandosi al valore obiettivo del 90%.

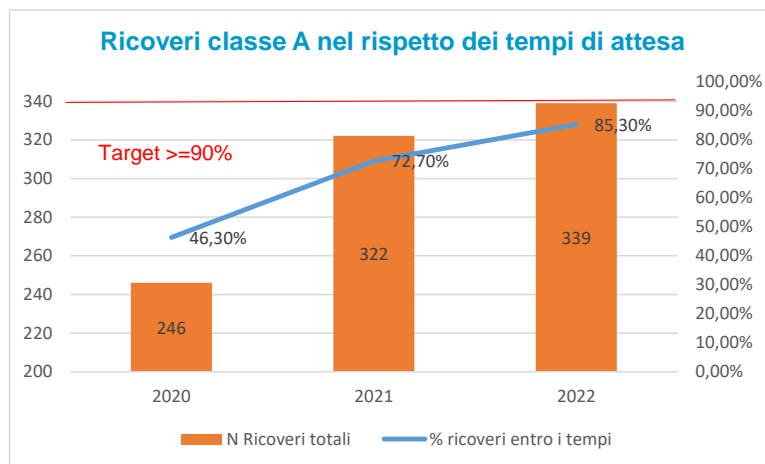


Figura 24. Performance tempi di attesa ricoveri Classe A - 2022

Per quanto riguarda i ricoveri relativi alle altre classi di priorità la numerosità del campione è talmente esiguo, a causa sia del perdurare dell’emergenza covid nei primi mesi dell’anno e sia dell’esiguo numero di anestesisti in servizio interessati per lo più alle attività di urgenza.

MONITORAGGIO ATTIVITA' ALPI

L’Azienda ha provveduto ad effettuare un costante monitoraggio dell’attività svolta in ALPI, verificando il regolare bilanciamento tra l’attività ambulatoriale istituzionale e quella libero-professionale. La trasmissione del flusso ministero-AGENAS sui volumi delle prestazioni erogate è avvenuta nel corso dell’anno con regolarità. Non si rilevano particolari criticità in quanto la percentuale di prestazioni erogate in ALPI sul totale delle prestazioni erogate rappresenta solo il 2,22% e nel dettaglio la totalità delle unità operative presentano una situazione di sostanziale equilibrio.

In ogni caso l’Azienda ha messo in atto tutte le azioni necessarie e si impegna per garantire l’equilibrio delle prestazioni erogate.

3.3 La valutazione individuale e delle Unità Operative

Come anticipato in premessa il processo di valutazione individuale per l'anno 2022 è completo.

Per il personale di comparto risulta la seguente situazione:

Valutazione personale di comparto		
Fascia di punteggio	N. unità	%
50-75	4	0,4%
76-90	49	4,5%
91-99	528	48,1%
100	469	42,7%
NV	48	4,4%
TOTALE	1098	100,0%

Tabella 23. Valutazione personale di comparto

Risulta quindi che oltre la metà del personale in servizio (53%) ha conseguito un punteggio compreso tra 76 e 99 punti, mentre il 42,7% ha conseguito il punteggio massimo pari a 100.

Di seguito si riportano nel dettaglio i risultati conseguiti per la performance individuale e la performance organizzativa del personale di comparto:

Valutazione performance individuale personale di comparto		
Fascia di punteggio	N. unità	%
31-50	1	0,1%
51-80	7	0,6%
81-100	1042	94,9%
NV	48	4,4%
TOTALE	1098	100,0%

Tabella 24. Valutazione performance individuale personale di comparto

Valutazione performance organizzativa personale di comparto		
Fascia di punteggio	N. unità	%
5-9	15	1,4%
10-15	1.035	94,3%
NV	48	4,4%
TOTALE	1.098	100,0%

Tabella 25 Valutazione performance organizzativa personale di comparto

Per il personale dirigente la valutazione complessiva è determinata dalla somma dei punteggi della scheda di valutazione individuale (che fornisce un massimo di 60 punti su 100) e della scheda di valutazione del reparto di afferenza (che fornisce un massimo di 40 punti su 100).

Di seguito si riporta il prospetto riepilogativo per la valutazione della dirigenza, separato tra Dirigenza PTA e Dirigenza ruolo Sanitario:

Valutazione personale dirigenza PTA		
Punteggio	N. unità	%
76	1	6%
90	2	12%
96	5	29%
97	1	6%
98	2	12%
99	1	6%
100	5	29%
TOTALE	17	100%

Tabella 26. Valutazione personale dirigenza PTA

Si rileva come una sola unità abbia raggiunto un punteggio inferiore a 80, mentre tutte le altre abbiano ottenuto un punteggio maggiore o uguale a 90 e di queste 5 abbiano ricevuto una valutazione pari a 100.

Di seguito, sempre per la Dirigenza PTA si riporta il prospetto riepilogativo con la valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi delle Unità Operative

Valutazione Unità Operative	
Fascia di punteggio conseguito	% UO Aziendali
Raggiungimento del 100% degli obiettivi	30%
Raggiungimento tra il 90 e il 99% degli obiettivi	20%
Raggiungimento tra l'80 e l'89% degli obiettivi	50%

Tabella 27 Valutazione Unità Operative PTA

Si rileva come tutte le Unità Operative abbiano ottenuto un livello di raggiungimento degli obiettivi superiore all'80%; in particolare il 30% delle UO ha raggiunto il 100% degli obiettivi e il 20% delle UO ha raggiunto oltre il 90% degli obiettivi.

Valutazione personale Dirigenza Sanitaria		
Punteggio	N. unità	%
76	1	0,3%
86	1	0,3%
88	3	0,9%
90	3	0,9%
91	1	0,3%
92	1	0,3%
94	5	1,5%
95	7	2,1%
96	3	0,9%
97	3	0,9%
98	16	4,8%
99	25	7,6%
100	254	77,0%
NV	7	2,1%
TOTALE	330	100%

Tabella 28. Valutazione Personale Dirigenza Sanitaria

Si rileva come una sola unità abbia raggiunto un punteggio inferiore a 80, mentre il 95% delle unità di personale ha ricevuto un punteggio superiore a 90 (di queste il 77% ha ricevuto un punteggio pari a 100).

Di seguito, per la Dirigenza Sanitaria si riporta il prospetto riepilogativo con la valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi delle Unità Operative

Valutazione Unità Operative	
Fascia di punteggio conseguito	% UO Aziendali
Raggiungimento 100% degli obiettivi	38%
Raggiungimento tra il 90 e il 99% degli obiettivi	32%
Raggiungimento tra l'80 e l'89% degli obiettivi	30%

Tabella 29. Valutazione Unità Operative Sanitarie

Si rileva come tutte le Unità Operative abbiano ottenuto un livello di raggiungimento degli obiettivi superiore all'80%; in particolare il 38% delle UO ha raggiunto il 100% degli obiettivi e il 32% delle UO ha raggiunto oltre il 90% degli obiettivi.

4 Risorse, efficienza ed economicità

Andamento contabile aziendale

AO SAN PIO				
CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2022	CONS 2021	Δ IV TRIM 22 - Cons 2021	
€/000	B	C	B-C	%
Contributi F.S.R. Indistinto	85.461.952	85.508.823	- 46.871	0%
Contributi F.S.R. Vincolato	1.872.960	1.872.960	0	0%
Contributi F.S.R.	87.334.912	87.381.783	- 46.871	0%
Saldo Mobilità	60.207.619	60.078.039	129.579	0%
Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contributi Vincolati Di Esercizi Precedenti	586.261	543.993	42.268	8%
Ulteriori Trasferimenti Pubblici	0	3.347.735	- 3.347.735	-100%
Ticket	1.162.783	862.140	300.643	35%
Altre Entrate Proprie	1.632.207	3.570.594	- 1.938.387	-54%
Entrate Proprie	3.381.251	8.324.462	- 4.943.212	-59%
Saldo Intramoenia	309.366	288.450	20.916	7%
Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Investimenti	- 6.861.302	- 4.043.842	- 2.817.460	70%
Totale Ricavi Netti	144.371.846	152.028.893	- 7.657.047	-5%
Personale Dipendente	77.631.472	74.808.023	2.823.449	4%
Personale Non Dipendente	394.549	2.174.704	- 1.780.155	-82%
Personale	78.026.021	76.982.727	1.043.294	1%
Prodotti Farmaceutici e Emoderivati	13.562.102	13.476.630	85.472	1%
Dispositivi Medici	12.511.729	13.182.272	- 670.544	-5%
Altri Beni Sanitari	587.480	1.842.082	- 1.254.603	-68%
Altri Beni Sanitari	13.099.208	15.024.354	- 1.925.146	-13%
Beni Non Sanitari	341.116	496.109	- 154.993	-31%
Servizi	32.193.814	25.046.485	7.147.330	29%
Altri Beni E Servizi	45.634.138	40.566.948	5.067.190	12%
Ammortamenti E Sterilizzazioni	0	- 576	576	-100%
Costi Sostenuti In Economia	0	0	0	
Ammortamenti E Costi Capitalizzati	0	- 576	576	-100%
Accantonamenti	9.749.202	14.924.228	- 5.175.026	-35%
Variazione Rimanenze	- 147.842	- 883.779	735.937	-83%
Totale Costi Interni	146.823.621	145.066.178	1.757.443	1%
Medicina Di Base	0	0	0	
Farmaceutica Convenzionata	0	0	0	
Prestazioni Da Privato	543.275	723.718	- 180.443	-25%
Totale Costi Esterni	543.275	723.718	- 180.443	-25%
Totale Costi Operativi	147.366.896	145.789.896	1.577.000	1%
Margine Operativo	- 2.995.050	6.238.997	-9.234.047	-148%
Svalutazione Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	0	0	0	
Saldo Gestione Finanziaria	116.756	139.938	- 23.182	-17%
Oneri Fiscali	5.819.207	5.517.007	302.200	5%
Componenti Straordinarie Attive	955.818	690.769	265.050	38%
Componenti Straordinarie Passive	2.831.265	630.327	2.200.939	349%
Saldo Gestione Straordinaria	1.875.447	- 60.442	1.935.889	-3203%
Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.811.410	5.596.503	2.214.907	40%
Totale Costi	155.178.306	151.386.399	3.791.907	3%
Risultato Economico	- 10.806.460	642.494	- 11.448.954	-1782%

Tabella 30. Confronto valori Conto economico IV trimestre 2022 e Consuntivo 2021

Nel prospetto precedente si riportano sinteticamente le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal modello di bilancio, ad integrazione degli obiettivi e risultati riportati nei precedenti paragrafi. In particolare sono esplicitate le principali voci di ricavi e costi e i risultati, prevalentemente in termini di efficienza ed economicità.

Si sottolinea che il dato è puramente indicativo in quanto a seguito dell’emanazione del provvedimento di riparto del FSR 2022, si provvederà a recepire le indicazioni regionali e all’emanazione del Bilancio Consuntivo 2022 che subirà delle variazioni rispetto al IV Trimestre 2022.

Tempi di pagamento

In merito all’indice di tempestività dei pagamenti, si riporta il dato dell’ultimo triennio che testimonia i risultati e gli sforzi compiuti dall’Azienda:

- 2020: 25,85 gg
- 2021: 2,13 gg
- 2022: -11,91gg

Completezza e qualità dei flussi informativi

In merito al rispetto degli adempimenti nazionali e regionali per l’invio dei flussi informativi non si rilevano criticità. In particolare per l’anno 2022 tutti i flussi sono stati inviati in Regione secondo le tempistiche previste, garantendo la qualità e completezza del dato. Relativamente a:

- flusso dei ricoveri (SDO), l’Azienda ha predisposto apposite azioni di monitoraggio al fine di garantire che tutti i reparti trasmettano i dati nelle tempistiche previste.
- flusso della specialistica ambulatoriale: non si rilevano criticità nell’invio del File C, gestito direttamente tramite il sistema CUP
- flusso File F: il flusso è inviato regolarmente.

5 Pari opportunità e bilancio di genere

L'Azienda rispetta e garantisce le pari opportunità e combatte ogni forma di discriminazione basata sul genere. Di seguito si riporta una tabella con la suddivisione del personale tra uomini e donne

	Uomini	Donne	Totale presenti al 31.12.2022	% Uomini	% Donne
	A	B	A+B		
Personale dipendente a tempo indeterminato	574	692	1266	45%	55%
- Medici	166	94	260	64%	36%
- Dirigenti non medici	12	33	45	27%	73%
- comparto	396	565	961	41%	59%
Personale a tempo determinato	9	27	36	25%	75%
TOTALE	583	719	1302	45%	55%

Tabella 31. Rappresentazione per genere del personale presente al 31.12.2022

Come si evince dalla tabella, riportata in precedenza a livello Aziendale la percentuale di posti ricoperti da donne è del 55%, l'incidenza maggiore si ha tra i dirigenti non medici (73%), il personale del comparto (59%) ed il personale a tempo determinato (75%)

In particolare, volendo analizzare la composizione nei singoli dipartimenti di seguito si riporta una rappresentazione della composizione del personale tra uomini e donne. Dai dati si evince una ripartizione omogenea.

	Uomini	Donne	Totale presenti al 31.12.2022	% Uomini	% Donne
	A	B	A+B		
Area Organizzativa					
Dipartimento Amministrativo	61	56	117	52%	48%
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare	56	53	109	51%	49%
Dipartimento di emergenza e accettazione	132	118	250	53%	47%
Dipartimento neuroscienze	48	48	96	50%	50%
Dipartimento Oncologico	32	45	77	42%	58%
Dipartimento scienze chirurgiche	40	37	77	52%	48%
Dipartimento scienze mediche	72	80	152	47%	53%
Dipartimento servizi sanitari e organizzativi	90	115	205	44%	56%
Dipartimento Materno Infantile	22	123	145	15%	85%
Direzione strategica	2	4	6	33%	67%
Staff Direzione Sanitaria	28	40	68	41%	59%
Totale complessivo	583	719	1302	45%	55%

Tabella 32. Personale per genere per Area Organizzativa

Sintetizzando i dati di genere per profilo di appartenenza tra le unità operative aziendali (amministrativo/sanitario) si evince come la percentuale di donne sia più alta nell'ambito sanitario piuttosto che nell'ambito amministrativo.

	Uomini	Donne	Totale presenti al 31.12.2022	% Uomini	% Donne
Amministrativo	63	60	123	51%	49%
Sanitario	520	659	1179	44%	56%
Totale complessivo	583	719	1302	45%	55%

Tabella 33 Valori per ambito di appartenenza dell'unità operativa

Considerando i soli Direttori di UOC, la percentuale di donne è pari al 19%.

	Uomini	Donne	Totale	% Uomini	% Donne
Amministrativo	4	3	7	57%	43%
Sanitario	26	4	30	87%	13%
Totale complessivo	30	7	37	81%	19%

Tabella 34. Valori per ambito di appartenenza dell'unità operativa

L'Azienda si impegna anche a garantire le pari opportunità nella composizione sia delle commissioni di concorso (sempre nel rispetto della normativa vigente in merito alla selezione dei membri esterni nominati dalla Regione), che per le commissioni di gara per l'affidamento di beni e servizi.

6 Il processo di redazione della Relazione sulla performance

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità della performance

Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

- **PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE** (definizione degli obiettivi strategici che l’Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- **PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE** (negoziazione degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- **MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE** (monitoraggio in itinere del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l’analisi dell’andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);
- **MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE** (misurazione e valutazione a chiusura dell’anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti);
- **UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI** (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- **RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI** (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholders del sistema in un’ottica di accountability).

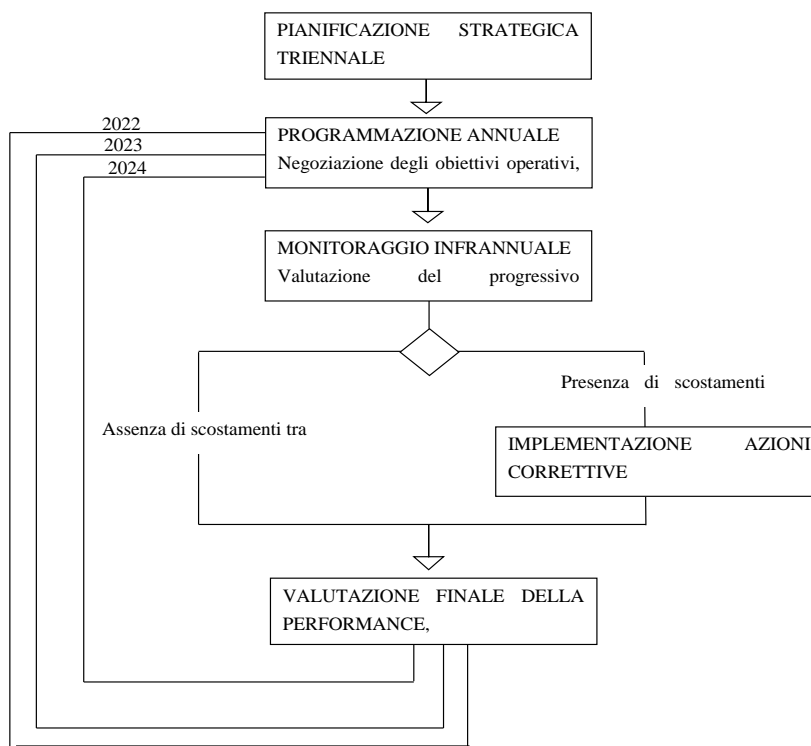


Figura 25. Ciclo di gestione della performance

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è rappresentato dalle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, nonché dagli obiettivi contenuti nel Piano Ospedaliero e nel "Piano Triennale 2019-2021 di riqualificazione e sviluppo del SSR (DCA 6/2020)", che definisce le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale.

In coerenza con tale piano vengono individuati dalla Regione Campania, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente ed oggi confluito nel PIAO.

Il Piano della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene pubblicato secondo le tempistiche previste e, comunque, a seguito di definizione del quadro complessivo delle strategie aziendali per l'anno di riferimento, che non può prescindere dall'assegnazione, da parte della Regione, degli obiettivi aziendali.

L'approvazione formale del Piano e la successiva attività di monitoraggio dei risultati programmati, è la conclusione di un percorso che, a regime e nell'ottica del miglioramento continuo, può essere ipotizzato come articolato nei seguenti passi logici:

- a) avvio del processo di elaborazione del Piano della Performance, da parte della Direzione Generale supportata dallo staff, tenendo conto anche delle necessità degli stakeholder;
- b) definizione delle linee di indirizzo strategico del Piano, anche sulla base delle istanze di cui al punto precedente, confrontandosi anche con l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) definizione degli obiettivi strategici e operativi, in coerenza alle linee strategiche aziendali;
- d) definizione degli obiettivi relativi alla performance organizzativa individuale;
- e) elaborazione delle schede di programmazione e di performance;
- f) predisposizione del Piano triennale della Performance ed invio all'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV), per la preventiva validazione;
- g) validazione preventiva del Piano da parte dell'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV);
- h) approvazione e adozione del Piano da parte della Direzione Generale;
- i) elaborazione periodica dei dati necessari al monitoraggio del Piano;
- j) monitoraggio infra-annuale del livello di raggiungimento degli obiettivi, attraverso l'analisi dei risultati raggiunti e degli eventuali scostamenti rilevati;
- k) eventuale rimodulazione dei target fissati, sulla base delle evidenze emerse nel corso dell'anno;

Ai fini dell'attività di monitoraggio degli obiettivi, la UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza si occuperà dell'elaborazione dei dati e lo Staff della Direzione Strategica avrà cura di verificare il livello di raggiungimento e gli eventuali scostamenti rispetto al target fissato.

Le diverse fasi in cui si articola la redazione del Piano della Performance, i soggetti coinvolti e le relative tempistiche (espressi con riferimento al mese di attuazione) sono articolati nel seguente prospetto di sintesi.

Attività	Attori coinvolti	Anno T-1			Anno T			
		Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Giugno	Luglio	Settembre
Avvio del processo di elaborazione del Piano sulla base del modello concordato da Azienda e OIV	Staff Direzione Strategica							
Eventuale coinvolgimento degli stakeholder	Direzione Generale / Staff Direzione Strategica							
Predisposizione delle Linee di indirizzo strategiche del Piano	Staff Direzione Strategica							
Analisi e validazione delle linee di indirizzo strategico	Direzione Generale							
Definizione obiettivi strategici-operativi e di performance organizzativa	Staff Direzione Strategica/OIV							
Predisposizione del Piano Triennale della Performance ed invio all'OIV	Staff Direzione Strategica							
Verifica degli obiettivi e validazione preventiva del Piano della Performance	OIV							
Approvazione e adozione del Piano della Performance	Direzione Generale							
Verifica dei risultati dell'anno precedente e predisposizione relazione sulla performance per l'anno T-1	Staff Direzione Strategica							
Elaborazione periodica dei dati necessari al monitoraggio del Piano	Staff Direzione Strategica							
Attività di monitoraggio e verifica degli obiettivi intermedi	Staff Direzione Strategica/OIV							
Eventuale rimodulazione degli obiettivi	Direzione Generale / Staff Direzione Strategica							

Staff Direzione Strategica: UOSD Programmazione e Valutazione Strategica, UOC Controllo di Gestione, UOC Epidemiologia e Valutazione delle Performance

Tabella 35. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità della performance 2022

Di seguito si riporta inoltre il Cronoprogramma specifico per la Relazione sulla Performance

Cronoprogramma redazione Relazione Performance						
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Richiesta alle singole UO delle schede di valutazione individuale dell'anno T-1						
Chiusura dei flussi informativi necessari alla misurazione dell'attività sanitaria						
Misurazione degli indicatori di performance						
Raccolta delle schede di valutazione						
Predisposizione griglia di valutazione obiettivi operativi						
Predisposizione relazione sulla performance anno T-1						

Tabella 36 Fasi della Relazione sulla Performance

Il processo per la redazione finale della Relazione della Performance si avvia nel mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento con la richiesta di trasmissione delle schede di valutazione del personale per l'anno precedente. Entro il mese di giugno si procede con le diverse fasi sopra descritte, al fine di monitorare l'andamento della performance e i risultati ottenuti dalle singole Unità Operative.

Per il dettaglio dei documenti del Ciclo di Gestione della Performance si rimanda all'allegato n. 2 del presente documento.

6.2 Punti di forza e debolezza del ciclo di gestione della performance

Dopo aver esaminato nei precedenti paragrafi i punti di forza e debolezza dell'intera Azienda, di seguito si è analizzato nello specifico il processo di gestione della performance evidenziando i relativi punti di forza e debolezza:

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> • Supporto al raggiungimento degli obiettivi aziendali • Valorizzazione del personale sulla base del contributo dato all'Azienda • Individuazione in tempi utili di eventuali criticità per adottare i necessari correttivi • Miglioramento dello standard qualitativo dei processi aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> • Percezione del Piano della Performance come mero adempimento • Ritardo nelle varie fasi del processo di valutazione • Mancato utilizzo della performance quale strumento a supporto delle decisioni strategiche

Tabella 37. Analisi SWOT ciclo di gestione della Performance