

AZIENDA
OSPEDALIERA
SAN PIO

BENEVENTO

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| 1. Premessa | 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 | 8 |
| 2.2.1 Le Unità Operative | 13 |
| 2.2.2 La dotazione di personale | 16 |
| 2.3. I risultati raggiunti..... | 17 |
| 2.3.1 La produzione ospedaliera..... | 17 |
| 2.3.2 La produzione specialistica | 19 |
| 2.3.3 Obiettivi relativi all'anticorruzione ed alla trasparenza | 21 |
| 2.4. Le criticità e le opportunità | 24 |
| 3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti | 25 |
| 3.1 L'albero della performance | 25 |
| 3.2 Obiettivi strategici, obiettivi operativi, indicatori e target..... | 26 |
| 3.3 Monitoraggio obiettivi operativi e indicatori di performance | 27 |
| 3.3 La valutazione individuale e delle Unità Operative..... | 41 |
| 4 Risorse, efficienza ed economicità | 44 |
| 5 Pari opportunità e bilancio di genere | 46 |
| 6 Il processo di redazione della Relazione sulla performance | 48 |
| 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità della performance | 48 |
| 6.2 Punti di forza e debolezza del ciclo di gestione della performance | 51 |

1. Premessa

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 recepiti con la Delibera n.665 del 25/07/2023 e poi declinati a livello aziendale ai Direttori delle UOC/UOSD ed inseriti nel Piano della Performance aggiornato per il triennio 2023-2025, confluito nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) approvato con Delibera aziendale n. 94 del 31/01/2023 e aggiornato con Delibera n. 269 del 30.03.2023 e Delibera n.708 del 07.08.2023. 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. 1306 del 12/12/2023), sia per l'area sanitaria che per quella amministrativa.

Si riportano poi i dati del personale dipendente, per la dirigenza ed il comparto, risultanti dalla Tabella 2 del personale al 2023 inviata per il monitoraggio del Consuntivo 2023, 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 2023, le informazioni contabili riportate fanno riferimento al IV Trimestre 2023, 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 NSG, 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.

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 263.125 residenti al 31.12.2022. In tabella 1 si mostra l'andamento della popolazione residente dal 2017 al 2022.

| <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% | 112.564 | 2,35 |
| 2021 | 31 dicembre | 265.055 | -1.661 | -0,62% | 112.487 | 2,34 |
| 2022 | 31 dicembre | 263.125 | -1.930 | -0,73% | 112.867 | 2,32 |

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2022

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 46,9 del 2022.

| <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 |
| 2022 | 30.861 | 168.552 | 63.712 | 263.125 | 46,9 |

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2022

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.

| <i>Anno</i> | <i>Indice di vecchiaia</i> | <i>Indice di dipendenza strutturale</i> | <i>Indice di ricambio della popolazione attiva</i> | <i>Indice di struttura della popolazione attiva</i> | <i>Indice di carico di figli per donna feconda</i> | <i>Indice di natalità (x 1.000 ab.)</i> | <i>Indice di mortalità (x 1.000 ab.)</i> |
|-------------|----------------------------|---|--|---|--|---|--|
| | 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 | 6,8 | 13,3 |
| 2023 | 206,4 | 56,1 | 152,5 | 134,5 | 0,0 | - | - |

Fonte: Dati ISTAT al 1.1.2023

Tabella 3. Dati demografici

| | Tasso Natalità | | Tasso Mortalità | | Tasso migratorio interno | | Tasso migratorio esterno | |
|------------------|----------------|------------|-----------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|
| | 2021 | 2022 | 2021 | 2022 | 2021 | 2022 | 2021 | 2022 |
| Avellino | 6,5 | 6,5 | 12,6 | 13,0 | - 2,5 | - 3,6 | 2,2 | 3,3 |
| Benevento | 6,3 | 6,8 | 13,1 | 13,3 | - 3,0 | - 4,3 | 1,1 | 3,3 |
| Caserta | 7,9 | 8,4 | 10,0 | 10,1 | - 1,2 | - 2,8 | 2,5 | 4,6 |
| Napoli | 8,1 | 8,3 | 10,4 | 10,4 | - 4,4 | - 5,2 | 0,9 | 2,1 |
| Salerno | 7,3 | 7,3 | 11,6 | 11,8 | - 1,7 | - 3,2 | 1,2 | 3,3 |
| Campania | 7,7 | 7,9 | 10,8 | 10,9 | - 3,2 | - 4,3 | 1,3 | 2,9 |
| Italia | 6,8 | 6,7 | 11,9 | 12,1 | - | - | 2,7 | 4,4 |

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2022

Tabella 4: Dati demografici per provincia

| Province REGIONE Ripartizione | 01-01 | | 01-02 | | 01-03 | | 01-04 | | 01-05 | | 01-06 | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|---|-------------|---------------------------------------|-------------|--|-------------|
| | Speranza di vita alla nascita (b) | | Mortalità evitabile (0-74 anni) (c) | | Mortalità infantile (d) | | Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c) | | Mortalità per tumore (20-64 anni) (c) | | Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c) | |
| | 2022 | 2022 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2021 | 2021 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 |
| Caserta | 80,8 | | 21,4 | | 3,5 | | 0,7 | | 9,9 | | 28,7 | |
| Benevento | 81,8 | | 18,2 | | 5,0 | | 0,5 | | 8,9 | | 23,0 | |
| Napoli | 80,6 | | 22,9 | | 3,1 | | 0,5 | | 10,7 | | 27,4 | |
| Avellino | 81,6 | | 18,6 | | 3,5 | | 0,7 | | 8,0 | | 22,9 | |
| Salerno | 81,7 | | 18,3 | | 3,4 | | 0,7 | | 8,4 | | 25,2 | |
| CAMPANIA | 80,9 | | 21,2 | | 3,3 | | 0,6 | | 9,8 | | 26,3 | |
| Mezzogiorno | 81,7 | | 18,5 | | 3,2 | | 0,7 | | 8,8 | | 30,7 | |
| Italia | 82,6 | | 16,6 | | 2,5 | | 0,6 | | 8,0 | | 35,7 | |

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2023

Dati Dominio Salute: indicatori per provincia - Campania

Come sopra riportato, la provincia di Benevento risulta tra le meno penalizzate rispetto al dominio salute, riportando livelli elevati della speranza di vita alla nascita (81,8 anni) e bassi tassi di mortalità evitabile (18,2 per 10 mila ab.).

Per il tasso di mortalità infantile, la provincia più penalizzata è Benevento con 5,0 decessi per 1.000 nati vivi, dato in aumento rispetto al 2019 (+1,9 punti).

In merito al contesto socioeconomico 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 | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|--------|-----------|---------------|---|--------|--------|-----------|---------------|
| Seleziona periodo | 2022 | | | | | | | | | |
| Tipo dato | numero imprese attive | | | | | numero addetti delle imprese attive (valori medi annui) | | | | |
| 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 | 18.441 | 648 | 56 | 4 | 19.149 | 31.156 | 11.085 | 5.658 | 1.359 | 49.257 |
| B: estrazione di minerali da cave e miniere | 14 | 1 | .. | .. | 15 | 26 | 42 | .. | .. | 69 |
| C: attività manifatturiere | 1.279 | 169 | 15 | 2 | 1.465 | 2.913 | 3.056 | 1.563 | 784 | 8.315 |
| D: fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata | 69 | 2 | .. | .. | 71 | 39 | 27 | .. | .. | 66 |
| E: fornitura di acqua reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento | 41 | 14 | 4 | .. | 59 | 146 | 282 | 508 | .. | 937 |
| F: costruzioni | 2.048 | 125 | 5 | .. | 2.178 | 4.357 | 1.958 | 395 | .. | 6.710 |
| G: commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli | 5.037 | 119 | 4 | .. | 5.160 | 8.763 | 1.962 | 264 | .. | 10.990 |
| H: trasporto e magazzinaggio | 299 | 40 | 3 | .. | 342 | 783 | 697 | 306 | .. | 1.785 |
| I: attività dei servizi di alloggio e di ristorazione | 1.333 | 40 | .. | .. | 1.373 | 3.062 | 588 | .. | .. | 3.651 |
| J: servizi di informazione e comunicazione | 404 | 9 | 1 | .. | 414 | 607 | 152 | 63 | .. | 822 |
| K: attività finanziarie e assicurative | 381 | 2 | 1 | .. | 384 | 525 | 23 | 69 | .. | 617 |
| L: attività immobiliari | 448 | .. | .. | .. | 448 | 399 | .. | .. | .. | 399 |
| M: attività professionali, scientifiche e tecniche | 3.917 | 18 | 1 | .. | 3.936 | 4.531 | 281 | 90 | .. | 4.903 |
| N: noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese | 492 | 34 | 1 | .. | 527 | 860 | 636 | 156 | .. | 1.652 |
| P: istruzione | 119 | 8 | 4 | .. | 131 | 240 | 155 | 275 | .. | 670 |
| Q: sanità e assistenza sociale | 1.337 | 48 | 15 | 1 | 1.401 | 1.834 | 915 | 1.802 | 315 | 4.866 |
| R: attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento | 238 | 9 | 1 | .. | 248 | 458 | 133 | 106 | .. | 697 |
| S: altre attività di servizi | 985 | 10 | 1 | 1 | 997 | 1.611 | 179 | 59 | 260 | 2.109 |

Fonte: Dati ISTAT al 31.12.2022

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 5.160 imprese presenti, seguita dalla classe “M: attività professionali, scientifiche e tecniche” con 3.936 imprese attive. Si tratta nella maggior parte dei casi di imprese di piccole dimensioni con un numero di addetti compreso tra 0-9 (18.441 imprese su un totale di 19.149). Il numero medio di addetti nelle imprese attive nel corso del 2022 è stato pari a 49.257, di cui il 22% impiegato in imprese di classe “G: commercio all’ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli” e il 17% impiegato in imprese di classe “C: attività manifatturiere”. 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, Roccascaerana 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 25,8% per i ricoveri DO e DH, mentre il tasso di mobilità extra regionale è pari al 2,7%. 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 dal nuovo Atto Aziendale, adottato con la Delibera n. 1306 del 12/12/2023 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 riportano le strutture attualmente previste, secondo la configurazione del nuovo Atto Aziendale adottato con la Delibera n. 1306 del 12/12/2023, sia per la parte sanitaria che per quella amministrativa

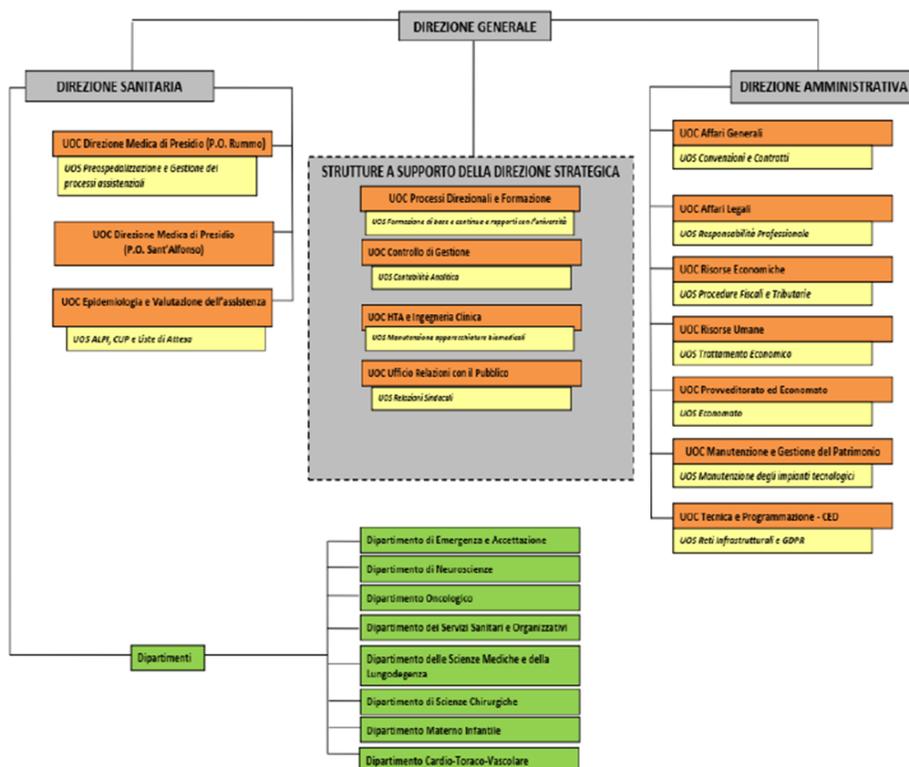


Figura 1 Organigramma della Direzione Strategica

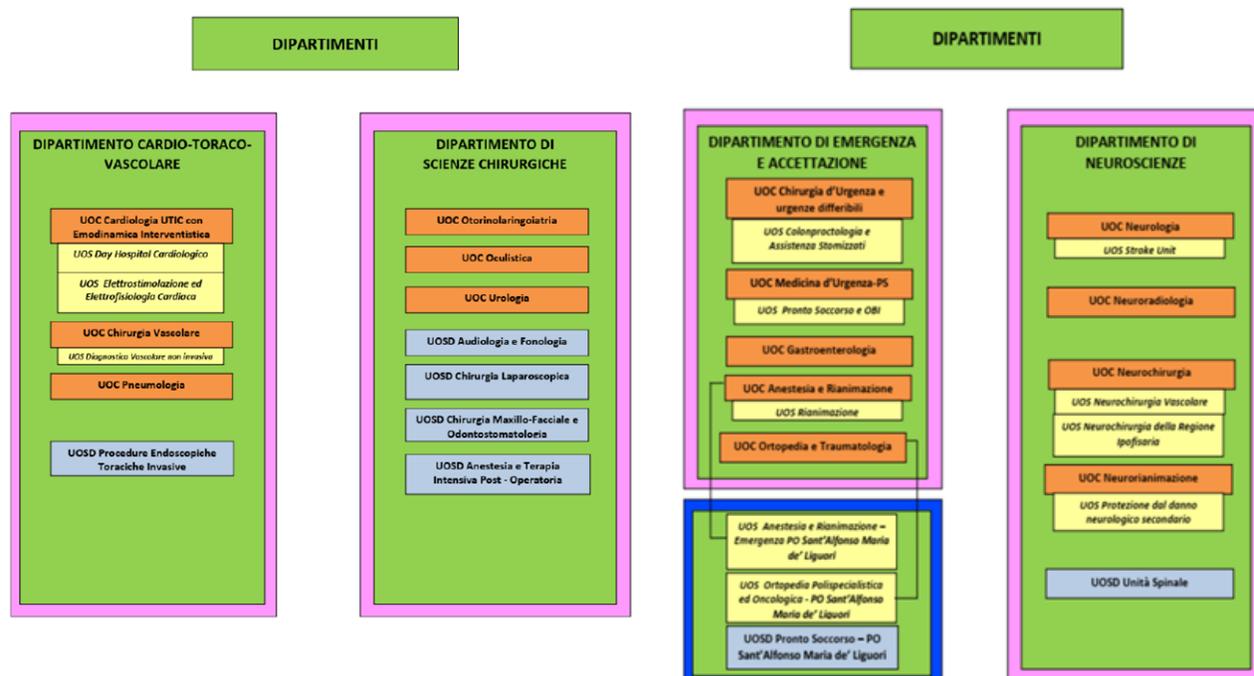
In particolare, i Dipartimenti sono organizzati come riportato nella tabella seguente:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Dipartimenti interspresidiali | Dipartimento di Emergenza e Accettazione |
| | Dipartimento Oncologico |
| | Dipartimento delle Scienze mediche e della Lungodegenza |
| Dipartimenti intrapresidiali | Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare |
| | Dipartimento di Scienze Chirurgiche |
| | Dipartimento di Neuroscienze |
| | Dipartimento Materno-Infantile |
| | Dipartimento dei Servizi sanitari ed Organizzativi |

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:



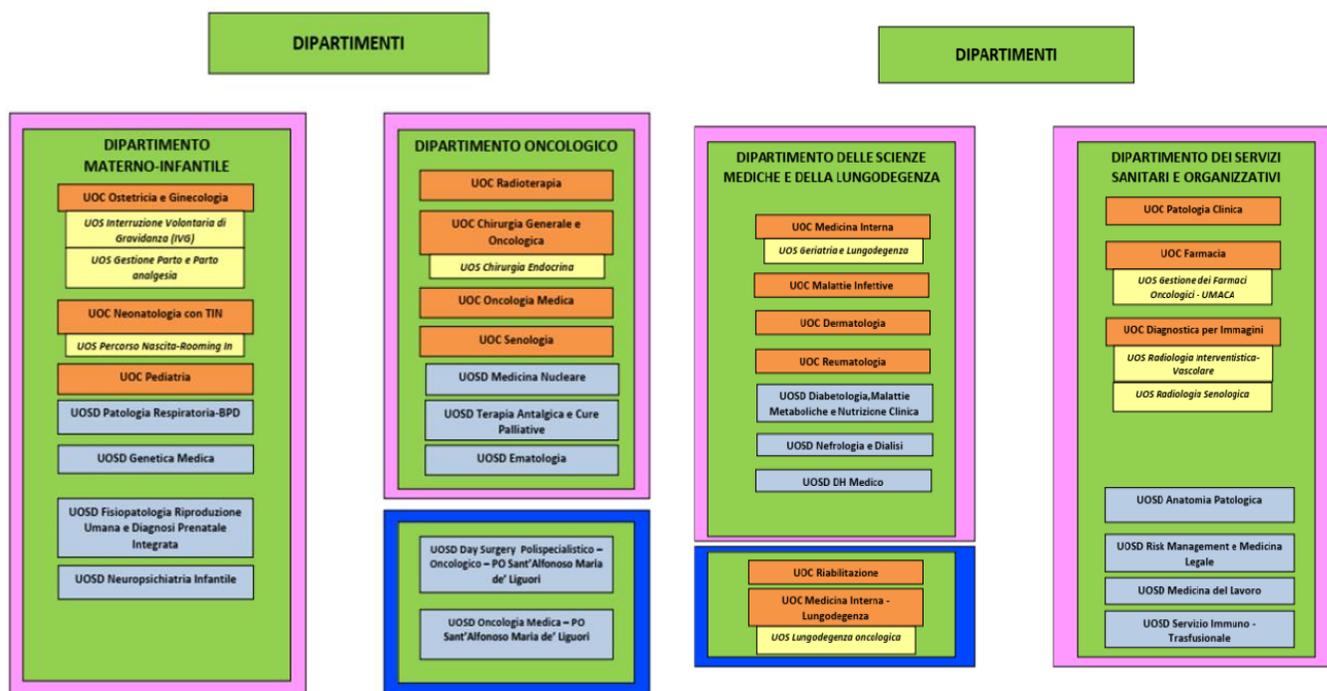


Figura 2 Organigramma dei Dipartimenti clinico-assistenziali

Si riporta inoltre la dotazione di posti letto per singola disciplina, sulla base di quanto previsto dal nuovo Atto Aziendale adottato con la Delibera n. 1306 del 12/12/2023 che recepisce quanto riportato nel DCA 41/2019, nella DGRC 378/2020 e nella Nota Regione Campania prot. n.0360381 del 14/07/23, suddivisa per stabilimento:

| AZIENDA OSPEDALIERA SAN PIO | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------|----|
| Struttura | Codice Disciplina | Disciplina | Posti letto DCA 41/2019 | Posti letto DGRC 378/2020 | Nota RC 0360381 del 14.07.2023 | TOTALE POSTI LETTO | |
| | | | A | B | C | D=A+B+C | |
| 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 | |
| | 28 | Unità Spinale | | | | 5 | 5 |
| | 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 | 4 | | | 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 | | | -5 | 3 |
| 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 | 4 | 0 | 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 | | |
| | Direzione Medica di Presidio | | | | | | |
| P.O. S.ALFONSO MARIA DE' LIGUORI Totale | | | 96 | 0 | 0 | 96 | |
| TOTALE AO SAN PIO | | | 544 | 4 | 0 | 548 | |

Tabella 7: Elenco Posti letto AO SAN PIO

2.2.1 Le Unità Operative

Di seguito si riportano le strutture attualmente previste, secondo la configurazione del nuovo Atto Aziendale adottato con la Delibera n. 1306 del 12/12/2023, sia per la parte sanitaria che per quella amministrativa:

- **Dipartimento di Emergenza e Accettazione**
 - UOC Anestesia e Rianimazione – P.O. Rummo
 - *UOS Anestesia e Rianimazione-Emergenza: P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori*
 - *UOS Rianimazione: P.O. Rummo*
 - UOC Chirurgia d'Urgenza e Urgenze Differibili – P.O. Rummo
 - *UOS Colonproctologia e assistenza stomizzati: P.O. Rummo*
 - UOC Medicina d'Urgenza – PS – P.O. Rummo
 - *UOS Pronto Soccorso e OBI: PO Rummo UOS Pronto Soccorso e OBI: P.O. Rummo*
 - UOC Ortopedia e Traumatologia: P.O. Rummo
 - *UOS Ortopedia polispecialistica ed oncologica – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori*
 - UOC Gastroenterologia
 - UOSD Pronto Soccorso - P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori

- **Dipartimento di Neuroscienze**
 - UOC Neurologia
 - *UOS Stroke Unit*
 - UOC Neuroradiologia
 - UOC Neurorianimazione
 - *UOS Protezione del danno neurologico secondario*
 - UOC Neurochirurgia
 - *UOS Neurochirurgia vascolare*
 - *UOS Neurochirurgia della regione ipofisaria*
 - UOSD Unità Spinale

- **Dipartimento Oncologico**
 - UOC Chirurgia Generale e Oncologica – P.O. Rummo
 - *UOS Chirurgia endocrina: P.O. Rummo*
 - UOC Oncologia Medica: P.O. Rummo
 - UOC Senologia: P.O. Rummo
 - UOC Radioterapia: P.O. Rummo
 - UOSD Day Surgery polispecialistico oncologico – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori
 - UOSD Oncologia medica – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori
 - UOSD Terapia Antalgica e Cure Palliative: P.O. Rummo
 - UOSD Ematologia: P.O. Rummo
 - UOSD Medicina Nucleare

- **Dipartimento di Scienze Chirurgiche**
 - UOC Otorinolaringoiatria
 - UOC Oculistica
 - UOC Urologia
 - UOSD Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia
 - USOD Chirurgia laparoscopica
 - UOSD Anestesia e Terapia Intensiva post-operatoria
 - UOSD Audiologia e Fonologia

- **Dipartimento Materno Infantile**
 - UOC Ostetricia e Ginecologia
 - *UOS Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)*
 - *UOS Gestione parto e partoanalgesia*
 - UOC Neonatologia con TIN
 - *UOS Percorso nascita - rooming in*
 - UOC Pediatria
 - UOSD Genetica Medica
 - UOSD Patologia respiratoria-BPD
 - UOSD Fisiopatologia, riproduzione umana e diagnosi prenatale integrata
 - UOSD Neuropsichiatria Infantile

- **Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare**
 - UOC Cardiologia UTIC con Emodinamica Interventistica
 - *UOS Day Hospital Cardiologico*
 - *UOS Elettrostimolazione ed Elettrofisiologia cardiaca*
 - UOC Chirurgia Vascolare
 - *UOS Diagnostica Vascolare non Invasiva*
 - UOC Pneumologia
 - UOSD Procedure endoscopiche toraciche invasive

- **Dipartimento delle Scienze Mediche e della Lungodegenza**
 - UOC Medicina Interna: P.O. Rummo
 - *UOS Geriatria e lungodegenza: PO Rummo*
 - UOC Malattie Infettive: P.O. Rummo
 - UOC Dermatologia: P.O. Rummo
 - UOC Reumatologia: P.O. Rummo
 - UOC Medicina Interna – Lungodegenza – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori
 - *UOS Lungodegenza oncologica – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori*
 - UOC Riabilitazione – P.O. S. Alfonso Maria de' Liguori
 - UOSD Diabetologia, Malattie metaboliche e Nutrizione clinica: P.O. Rummo
 - UOSD DH medico: PO Rummo UOSD Nefrologia e Dialisi: P.O. Rummo

▪ **Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi**

- UOC Patologia Clinica
- UOC Diagnostica per immagini
 - *UOS Radiologia senologica*
 - *UOS Radiologia Interventistica vascolare*
- UOC Farmacia
 - *UOS Gestione dei farmaci oncologici - UMACA*
- UOSD Anatomia Patologica
- UOSD Servizio Immuno-Trasfusionale
- UOSD Medicina del Lavoro
- UOSD Risk Management e Medicina Legale

Afferenti alla **Direzione Sanitaria** si hanno inoltre le seguenti UOC:

- UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Rummo
 - *UOS Preospedalizzazione e gestione dei processi assistenziali*
- UOC Direzione Medica di Presidio P.O. Sant'Alfonso Maria de' Liguori
- UOC Epidemiologia e Valutazione dell'Assistenza
 - *UOS "ALPI, CUP e liste d'attesa"*

Afferenti alla **Direzione Amministrativa** si hanno invece le seguenti UOC:

- UOC Affari Generali
 - *UOS Convenzioni e Contratti*
- UOC Affari Legali
 - *UOS Responsabilità Professionale*
- UOC Risorse Economiche
 - *UOS Procedure Fiscali e Tributarie*
- UOC Provveditorato ed Economato
 - *UOS Economato*
- UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio
 - *UOS Manutenzione degli impianti tecnologici*
- UOC Tecnica e Programmazione – CED
 - *UOS Reti Infrastrutturali e GDPR*

In Staff alla **Direzione Generale** si hanno le seguenti UOC:

- UOC Processi Direzionali e Formazione
 - *UOS Formazione di base continua e rapporti con l'Università*
- UOC Controllo di Gestione
 - *UOS Contabilità Analitica*
- UOC HTA e Ingegneria Clinica
 - *UOS Manutenzione apparecchiature elettromedicali*
- UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico
 - *UOS Relazioni Sindacali*

2.2.2 La dotazione di personale

Di seguito si riporta la dotazione di personale in servizio per le annualità 2021 – 2022 – 2023.

Relativamente all'anno 2023, i dati si riferiscono alla Tabella 2 di monitoraggio del personale al 2023 inviata per il monitoraggio del Consuntivo 2023 e aggiornata al 24.06.2024.

| Tipologia del personale | Totale presenti al 31.12.2021 | Totale presenti al 31.12.2022 | Assunti al 31.12.2023 | Cessati al 31.12.2023 | Totale presenti al 31.12.2023 | Delta 2023-2022 |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------|
| | | (A) | (B) | (C) | D=(A)+(B)-(C) | (D)-(A) |
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 1.229 | 1.266 | 219 | 144 | 1.341 | 75 |
| Dirigenti medici | 273 | 260 | 40 | 47 | 253 | -7 |
| Dirigenti non medici | 43 | 45 | 8 | 3 | 50 | 5 |
| Personale non dirigente | 913 | 961 | 171 | 94 | 1038 | 77 |
| Personale a tempo determinato | 57 | 36 | 19 | 45 | 10 | -26 |
| Restante personale | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 3 |
| Totale | 1.286 | 1.302 | 242 | 190 | 1.354 | 52 |

Tabella 8. Personale presenti 31.12.2023

Rispetto all'anno 2022 si rileva un aumento del personale in servizio pari a 52 unità, imputabile in particolare a:

- una riduzione 7 di dirigenti medici;
- un aumento di 5 dirigenti non medici;
- un aumento di 77 unità per il personale non dirigente (comparto);
- una riduzione di 26 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. 1079 del 02.11.2023 si è provveduto all'approvazione del Piano di Fabbisogno del personale per il triennio 2022-2024, elaborato secondo gli standard di cui al DGRC n.190 del 19.04.2023 e nel pieno 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 472 unità di cui:

- 300 unità di personale ruolo sanitario;
- 126 unità di personale ruolo tecnico;
- 3 unità di personale ruolo professionale;
- 43 unità di personale ruolo amministrativo.

È in corso di predisposizione il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2023-2025 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 2023 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. 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 2023, predisposta dalla UOC Controllo di Gestione, analizzando i dati di produzione per l'anno 2023 e confrontandoli con gli analoghi dati per l'anno 2022.

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.

| | 2023 | 2022 | Δ 23-22 | Δ %23-22 |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Degenza Ordinaria | | | | |
| N. posti letto medi attivi | 330 | 311 | 19 | 6,1% |
| N. dimissioni ordinarie | 10.488 | 9.054 | 1.434,0 | 15,8% |
| N. dimissioni ordinarie 0-1 g | 801 | 713 | 88,0 | 12,3% |
| GG degenza | 76.003 | 68.952 | 7.051,0 | 10,2% |
| Tasso occupazione posti letto media | 63% | 61% | 2% | 3,9% |
| Indice rotazione posti letto | 32 | 29 | 2,7 | 9,2% |
| Degenza Media | 7,25 | 7,62 | - 0,4 | -4,8% |
| Peso Medio | 1,31 | 1,26 | 0,0 | 3,8% |
| Valore produzione | 45.681.403 | 38.103.735 | 7.577.668,2 | 19,9% |
| N. ricoveri chirurgici | 3.781 | 3.060 | 721,0 | 23,6% |
| % Ricoveri Chirurgici | 36,1% | 33,8% | 2% | 6,7% |
| Day Hospital | | | | |
| N. posti letto medi attivi* | 78 | 82 | - 4 | -5,1% |
| N. dimissioni DH | 4.260 | 3.583 | 677,0 | 18,6% |
| Accessi DH | 14.994 | 19.514 | - 4.520,0 | -28,6% |
| Tasso occupazione posti letto medio | 37% | 46% | -9% | -22,5% |
| Accessi medi | 3,52 | 5,45 | - 1,9 | -44,3% |
| Peso Medio | 0,85 | 0,79 | 0,1 | 7,1% |
| Valore produzione | 5.900.026 | 6.412.483 | -512.457 | -10,6% |
| Totale Dimissioni | 14.748 | 12.637 | 2.111 | 15,4% |
| Totale Valore della Produzione | 51.581.430 | 44.516.219 | 7.065.211 | 15,0% |
| Interventi Chirurgici | | | | |
| Ricoveri DO con DRG chirurgico | 3.781 | 3.060 | 721 | 19,1% |
| % sul totale | 36% | 34% | 2% | 6,0% |
| Ricoveri DH con DRG chirurgico | 2.134 | 1.149 | 985 | 79,3% |
| % sul totale | 50% | 32% | 18% | 52,9% |

Tabella 9. Attività ospedaliera 2023

La tabella sopra riportata evidenzia il riepilogo delle attività di ricovero per l'anno 2023 ed il relativo confronto con l'anno precedente.

Si riscontra in particolare un aumento **del numero totale delle dimissioni pari a 2.111 (+15,4%)**, di cui 1.434 (+15,8%) per ricoveri in regime ordinario e 677 (+18,6%) per ricoveri in day hospital. **Il valore della produzione**

aumenta di 7.065.211 € (pari a + 15%), imputabile congiuntamente all'aumento dei ricoveri in degenza ordinaria per **7.577.668** (+19,9%) e alla diminuzione dei ricoveri in day hospital per **-512.457** (-10,6%), imputabile anche all'attivazione dei PACC oncologici che hanno comportato la riconversione dei ricoveri in day hospital in un altro setting assistenziale (specialistica ambulatoriale).

I ricoveri di tipo chirurgico in degenza ordinaria aumentano rispetto all'anno 2022 di 721 casi (pari al 19,1%); relativamente ai **day hospital si registra un aumento di 985 casi** (pari al 79,3%). Ciò è imputabile alla realizzazione da parte dell'Azienda tutte le azioni volte al potenziamento di tale attività (nuove assunzioni, convenzionamento esterno, convenzionamento interno, ecc.).

| ACCESSI PRONTO SOCCORSO | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|--------------|
| | 2023 | 2022 | Δ 23-22 |
| Totale Accessi PS | 42.484 | 38.215 | 4.269 |
| codice rosso | 1.866 | 1.731 | 135 |
| codice arancio | 8.148 | 7.247 | 901 |
| codice azzurro | 10.851 | 8.985 | 1.866 |
| codice verde | 21.145 | 19.497 | 1.648 |
| codice bianco | 473 | 754 | - 281 |
| codice nero | 1 | 1 | - |

Tabella 10. Accessi Pronto Soccorso 2023 vs 2022

Nel corso del 2023 si rileva un aumento degli accessi al Pronto Soccorso rispetto all'anno precedente. In confronto all'anno 2022 si registra un incremento pari a 4.269 accessi, imputabile in particolare all'aumento dei codici azzurri (+1.866 accessi) e dei codici verdi (+1.648 accessi).

Di seguito la ripartizione dei ricoveri per provincia di residenza, da cui si può notare come nel 2023 rispetto al 2022 la percentuale di dimessi residenti nella provincia di Benevento sia diminuita di 1,9 punti percentuali, mentre si riscontrano degli aumenti principalmente per i pazienti della provincia di Avellino.

La distribuzione dei dimessi per le altre province rispetto al numero totale dei ricoverati risulta aumentata passando dal 24,4% del 2022 al 25,9% del 2023.

| Regione di residenza | 2023 | | 2022 | |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | N. dimessi | % | N. dimessi | % |
| ASL AV | 2.107 | 14,3% | 1.687 | 13,3% |
| ASL BN | 10.535 | 71,4% | 9.273 | 73,4% |
| ASL CE | 730 | 4,9% | 623 | 4,9% |
| ASL NA1 | 191 | 1,3% | 123 | 1,0% |
| ASL NA2 | 219 | 1,5% | 161 | 1,3% |
| ASL NA3 | 343 | 2,3% | 245 | 1,9% |
| ASL SA | 226 | 1,5% | 244 | 1,9% |
| Altra provenienza | 397 | 2,7% | 281 | 2,2% |
| TOTALE | 14.748 | 100,0% | 12.637 | 100,0% |

Tabella 11. Distribuzione dei dimessi per provincia di residenza

La tabella seguente mostra invece la distribuzione dei ricoveri per fascia di età. Nell'anno 2023 circa il **49,2%** dei ricoveri riguarda i pazienti **over 65**, in aumento rispetto alla percentuale riscontrata nel 2022 (44,4%).

| Anno 2023 | | | | |
|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Fascia di età | Maschi | Femmine | Totale | % |
| 0-14 | 871 | 791 | 1.662 | 13,2% |
| 15-44 | 979 | 1.981 | 2.960 | 23,4% |
| 45-54 | 691 | 765 | 1.456 | 11,5% |
| 55-64 | 1.389 | 1.009 | 2.398 | 19,0% |
| 65-74 | 1.694 | 959 | 2.653 | 21,0% |
| 75-84 | 1.346 | 1.020 | 2.366 | 18,7% |
| ultra 85-enni | 591 | 608 | 1.199 | 9,5% |
| TOTALE | 7.561 | 7.133 | 14.694 | 100,0% |

Tabella 12. Distribuzione dei dimessi per fascia di età 2023

| 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

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 2023 ed il confronto con l'anno precedente.

| | 2023 | 2022 | 2021 | Δ 23-22 | Δ % 23-22 |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|
| N. Prestazioni SSN | 472.101 | 420.620 | 304.054 | 51.481 | 12,2% |
| Valore della produzione SSN | 7.290.590 | 6.521.798 | 5.166.783 | 768.791 | 11,8% |

| | 2023 | 2022 | 2021 | Δ 23-22 | Δ % 23-22 |
|-------------------------------------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
| N. Prestazioni PACC | 6.331 | 4.134 | 2.099 | 2.197 | 53,1% |
| Valore della produzione PACC | 1.009.113 | 687.321 | 354.879 | 321.792 | 46,8% |

Tabella 14. Andamento specialistica ambulatoriale 2021-2023

Rispetto all'anno 2022 si rileva un aumento complessivo del numero di prestazioni di 53.678 casi e del valore della produzione per ca. 1.090.583 €.

Il prospetto seguente mostra l'andamento della produzione nel corso dell'ultimo triennio:

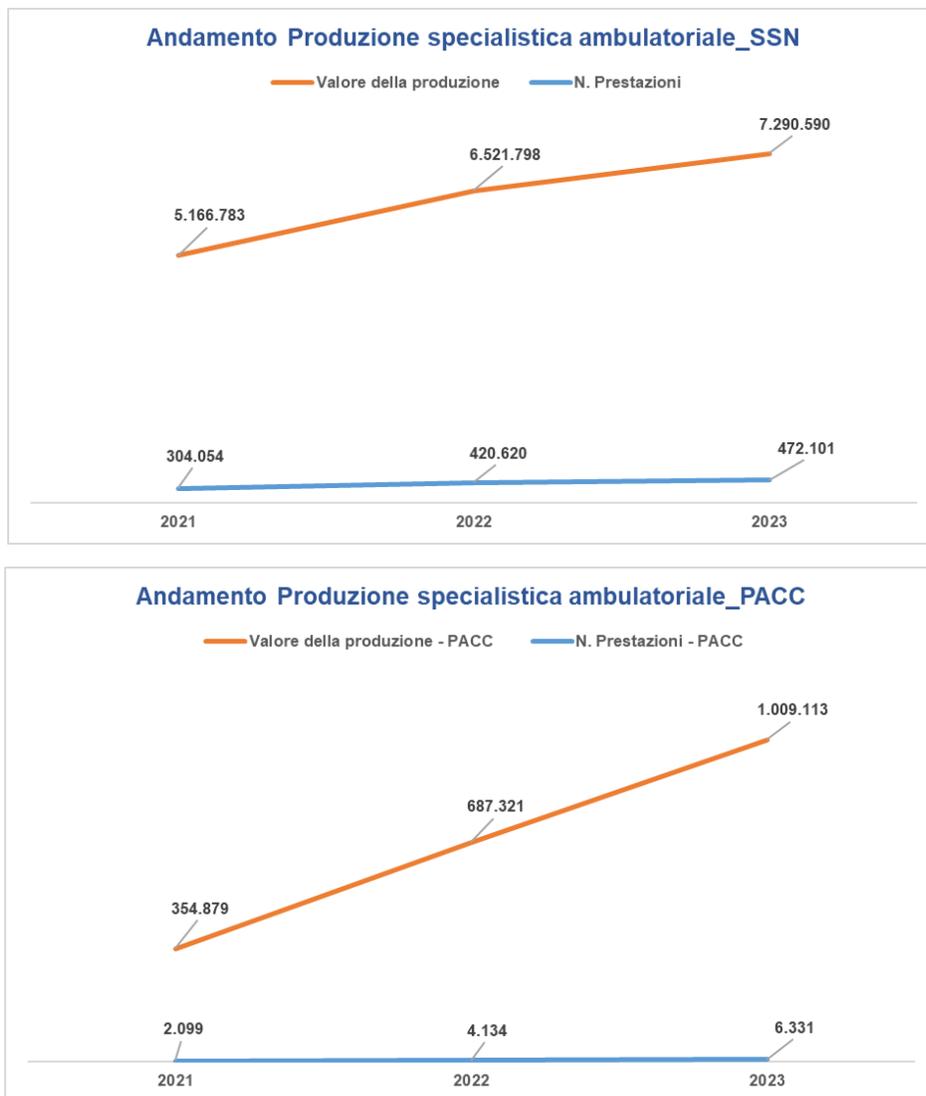


Figura 3. Andamento produzione specialistica ambulatoriale 2021-2022-2023

2.3.3 Obiettivi relativi all'anticorruzione ed alla trasparenza

Il PIAO 2023-2025, approvato con delibera n. 94 del 31/01/2023, modificato e/o integrato con delibera n. 269 del 30/03/2023 e delibera n. 708 del 07.08.2023, presenta le misure di contrasto e le azioni da intraprendere relative alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza. Di seguito si riporta lo stato attuativo di quanto in previsione:

| Misura di Contrasto | Azioni da intraprendere nel 2023 | STATUS |
|---|---|--|
| Adempimenti relativi alla trasparenza | Corsi di formazione per il 100% dei dipendenti – avvio del processo di digitalizzazione per automatismo della pubblicazione dei dati su “Casa di vetro” – verifica adempimenti con esame del 30% delle sottosezioni di Amministrazione trasparente | Realizzato pienamente per il primo ed il terzo punto. Per quanto riguarda il punto 2, come si rileva dal verbale OIV n. 5 del 27.06.2023, l'Azienda ha effettuato alcune simulazioni il cui esito ha rilevato che l'applicativo necessario a tale automatismo risultava poco performante, andando solo ad appesantire le attività di inserimento dati non più caricabili massivamente ma per singola voce, senza peraltro apportare di converso alcun beneficio. |
| Codici di comportamento | Verifica del rispetto del Codice di comportamento | Realizzato |
| Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedurali | Obbligo per il Direttore UOC CED di relazione al RPCT entro il 30.06.2023 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 | Costituzione Servizio Ispettivo Aziendale per il monitoraggio periodico dell'inserimento di una clausola di stile in tutte le determine e verifica del 30% delle stesse | Realizzato per il tramite di un gruppo di verifica dell'inserimento della clausola di stile |
| Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice | Verifica sul rispetto della misura mediante acquisizione delle dichiarazioni annuali di incompatibilità | Realizzato |

| Misura di Contrasto | Azioni da intraprendere nel 2023 | STATUS |
|---|---|--|
| Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali. | Costituzione di apposito Servizio Ispettivo Aziendale per la verifica delle richieste di autorizzazione e/o comunicazione | Realizzato per il tramite di un gruppo di verifica della corretta compilazione delle dichiarazioni |
| 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 ostantive 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 verifica del 5% di avvisi e bandi relativi a servizi, forniture e lavori | Realizzato |
| Formazione | Implementazione corsi in materia di anticorruzione, trasparenza, privacy | Realizzato per la parte relativa all'anticorruzione e trasparenza e programmazione di corsi per privacy mediante adesione nel gennaio 2024 ad accordo CONSIP per progetto finanziato con fondi PNRR |
| Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione | Valutazione della possibilità di rotazione negli ambiti a maggior rischio corruttivo e, nei casi di impraticabilità della stessa, valutazione della possibilità dell'applicabilità della segregazione delle funzioni previa formazione dei soggetti interessati | Realizzato (l'esito dell'attuata valutazione ha visto impraticabile la misura della rotazione, perduranti le condizioni di esiguità del personale e la necessità di 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 PIAO 2023-2025 (pubblicata sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente-Altri contenuti"), l'attuazione del Piano nel 2023 può ritenersi congrua, adeguata ed in linea con la programmazione aziendale.

Gli obiettivi stabiliti nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 sono stati perseguiti e raggiunti, specie per quanto concerne il processo di pubblicazione delle informazioni sul sito Amministrazione Trasparente, implementando ad esempio la sottosezione PNRR, e le verifiche periodiche degli adempimenti onde consentire al responsabile pronti interventi correttivi.

Nell'Allegato 1 del PIAO 2023-2025 (Delibere aziendali n. 94 del 31/01/2023, n. 269 del 30/03/2023, n. 708 del 07.08.2023) sono stati inseriti gli obiettivi specifici riguardanti la dimensione della prevenzione della corruzione e la trasparenza, riportati 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 Risorse Umane | 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 Provveditorato ed Economato – UOC Manutenzione e Gestione del Patrimonio – UOC Tecnica e Programmazione-CED | PIENO RAGGIUNGIMENTO |
| Disciplinare la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed appalti | Organizzazione di incontri/corsi specifici di formazione e aggiornamento | UOC/UOSD/UOS Amministrative (ciascuna per le proprie competenze) | PIENO RAGGIUNGIMENTO per l'anticorruzione e trasparenza |
| Disciplinare la formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed appalti | Partecipazione agli incontri/corsi organizzati | Tutte le UOC/UOSD/UOS interessate | RAGGIUNGIMENTO per l'86% per i corsi l'anticorruzione e trasparenza |
| 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/UOS/UOSD Amministrative (ciascuna per le proprie competenze) | PIENO RAGGIUNGIMENTO |

Tabella 17. Obiettivi specifici prevenzione corruzione e trasparenza

2.4. Le criticità e le opportunità

Nel 2023 l'Azienda ha potenziato l'attività sanitaria come si può evincere dai dati riportati nell'apposita sezione, anche attraverso l'apertura di nuovi spazi.

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 sottodimensionato per far fronte all'assistenza. |
| 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 • Carenza figure specialistiche per determinati settori |

Figura 4. SWOT Analysis

Nel corso del 2023 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 tramite l'espletamento di procedure concorsuali, avvisi di mobilità e di convenzioni con altre strutture;
- la progettazione dei lavori di ammodernamento e la ristrutturazione di alcune unità operative, anche attraverso l'accesso a specifici finanziamenti, procedendo all'avvio di nuovi lavori e all'apertura di nuovi spazi ristrutturati.

Relativamente alle minacce riportate, la Direzione Strategica 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 2023-2025 presente nell'apposita sezione del PIAO, 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)

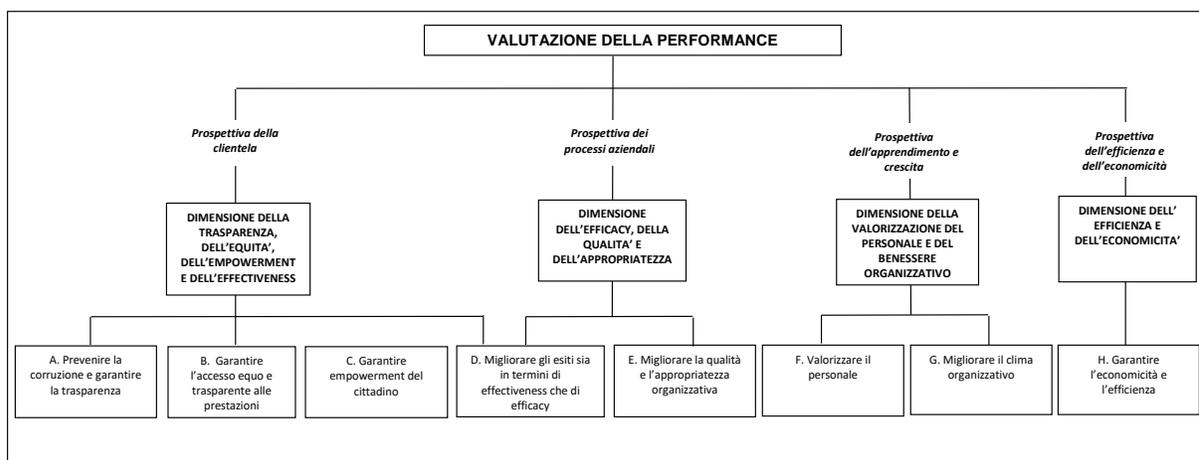


Figura 6. Albero della performance (obiettivi)

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.

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 scorecard*, l'Azienda ha individuato le seguenti aree strategiche:

- dimensione della trasparenza, dell'equità, dell'empowerment e dell'effectiveness (esiti);
- dimensione dell'efficacy (esiti), della qualità e dell'appropriatezza;
- dimensione della valorizzazione del personale e del benessere organizzativo;
- dimensione dell'efficienza ed economicità;

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

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

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

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.

Gli obiettivi e gli indicatori di seguito riportati sono contenuti nel Piano della Performance aggiornato per il triennio 2023-2025, confluito nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) approvato con Delibera aziendale n. 94 del 31/01/2023 e aggiornato con Delibera n. 269 del 30.03.2023 e Delibera n. 708 del 07.08.2023, ed 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.

INDICATORI LEA

Con riferimento agli obiettivi aziendali presenti nel Piano della Performance 2023-2025 relativi all'erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza (LEA), si riportano i valori dell'ultimo triennio.

| INDICATORI LEA | | | | | | |
|----------------|--|--------|--------|-------|----------|--------|
| | | 2021 | 2022 | 2023 | Δ %23-22 | Target |
| A.1 | Ricoveri ordinari in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | 0 | 1 | 6 | 500% | 16 |
| A.2 | Ricoveri ordinari in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco | 482 | 374 | 510 | 36% | 791 |
| A.3 | Ricoveri diurni di tipo diagnostico | 1.044 | 929 | 855 | -8% | 1.065 |
| A.4 | Numero accessi di tipo medico | 10.451 | 15.969 | 8.610 | -46% | 7.089 |
| A.5 | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario | 0,11 | 0,09 | 0,09 | 8% | 0,19 |
| A.6 | % parti cesarei primari | 20,1% | 21,4% | 21,1% | -1% | <=20% |
| A.7 | % pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 77,0% | 74,3% | 80,5% | 8% | >=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 presenta una forte riduzione rispetto al 2021 e 2022, a testimonianza degli sforzi messi in atto dall'Azienda al fine di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri. L'indicatore A.6 che risulta leggermente oltre il target previsto è comunque in riduzione rispetto all'anno 2022. In entrambi i casi sono state messe in atto tutte le azioni necessarie per raggiungere i target.

Di seguito si analizza l'andamento trimestrale dell'ultimo biennio dei singoli indicatori:

▪ Indicatore A.1

Gli sforzi fatti negli anni precedenti sono confermati anche per l'anno 2023: rispetto a un target atteso di 16 casi si sono registrati 6 casi 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 2023 si rileva un valore pari a 510 casi (374 nel 2022), mentre il valore target era un numero di casi pari o inferiore a quello rilevato nel 2018 pari a 791. L'Azienda ha rispettato l'obiettivo target.

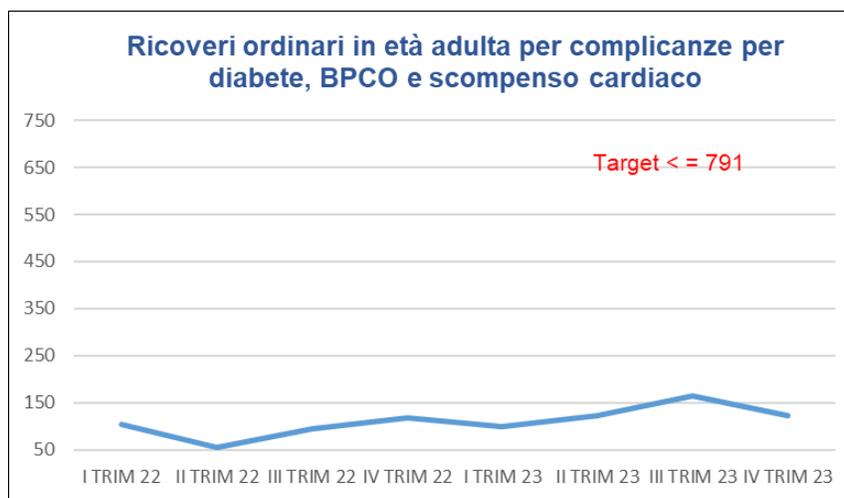


Figura 8. Andamento obiettivo A.2

▪ **Indicatore A.3**

Rispetto al 2022 si riscontra una riduzione pari all'8% (da 929 ricoveri nell'anno 2022 si passa a 855 ricoveri nel 2023), rispetto ad un valore target al massimo pari a 1.065 casi. L'Azienda ha rispettato l'obiettivo target.

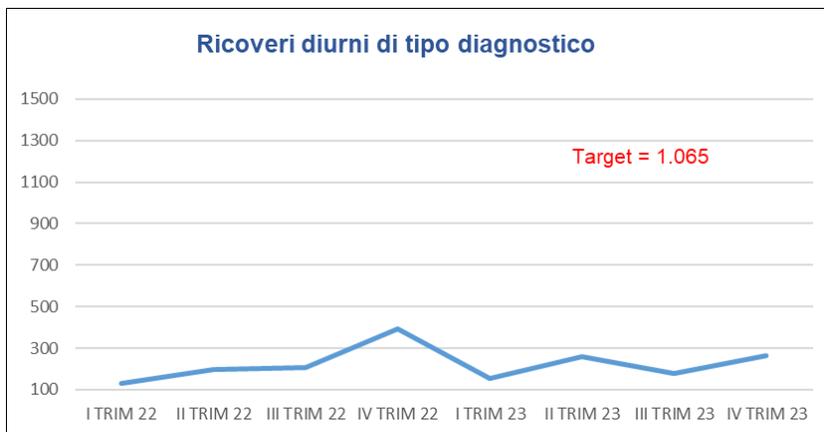


Figura 9. Andamento obiettivo A.3

▪ **Indicatore A.4**

Nel 2023 si riscontra un numero di casi pari a 8.610, in riduzione del 46% rispetto all'anno 2022 (con un numero di casi pari a 15.969), a fronte di un valore target pari al massimo a 7.089 casi. Anche se non si è raggiunto l'obiettivo target, considerando il trend rispetto all'anno precedente, si desume che l'Azienda ha posto in essere tutte le misure necessarie a raggiungere il target. La progressiva implementazione dei pacc consentirà di spostare parte dell'attività dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale consentendo una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

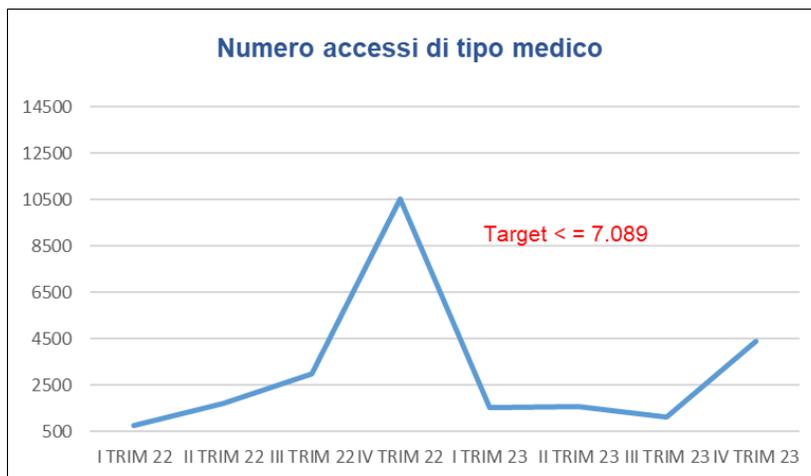


Figura 10. Andamento obiettivo A.4

▪ **Indicatore A.5**

Per l'anno 2023, 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).



Figura 11. Andamento obiettivo A.5

▪ Indicatore A.6

Per l'anno 2023 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 $\leq 20\%$). 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 2022 e 2023, da cui si evince come per il III e IV Trimestre 2023 l'Azienda abbia rispettato il valore target a dimostrazione degli sforzi compiuti. Nel dettaglio si evidenzia che lo scostamento rispetto al target è in parte imputabile al riassetto organizzativo che ha coinvolto la UOC Ostetricia e Ginecologia nei primi mesi dell'anno in quanto il nuovo Direttore della Struttura è stato nominato solo nel mese di Giugno 2023.

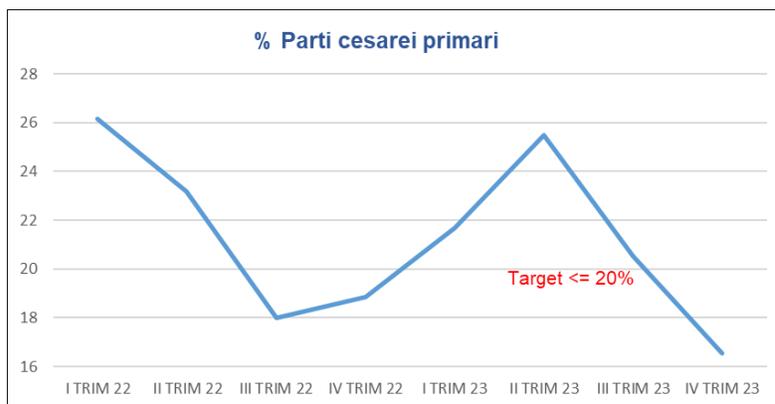


Figura 12. Andamento obiettivo A.6

▪ Indicatore A.7

Per l'anno 2023, 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 all'80,5% (valore target $\geq 60\%$), in crescente aumento rispetto agli scorsi anni. Di seguito si mostra l'andamento dei

singoli trimestri per gli anni 2022 e 2023, da cui si evince come nel corso del 2023 l'Azienda ha sempre rispettato il valore target.



Figura 13. Andamento obiettivo A.7

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

| INDICATORI LEA | | 2021 | 2022 | 2023 | Δ %23-22 | Target |
|----------------|---|-------|-------|-------|----------|--------|
| B.1 | % di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici | 18,1% | 19% | 16% | -15% | <25% |
| B.2 | Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico | 1,40 | 1,37 | 1,26 | -8% | 1,40 |
| B.3 | % di dimissioni in regime ordinario per riabilitazione con degenza oltre soglia | 27,0% | 28,1% | 37,5% | 33% | <=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 2023 la percentuale di ricoveri con DRG medico tra i dimessi da reparti chirurgici è pari al 16%, rispetto a un valore target <25%. Si rileva altresì una riduzione rispetto al valore 2022 del 15%.

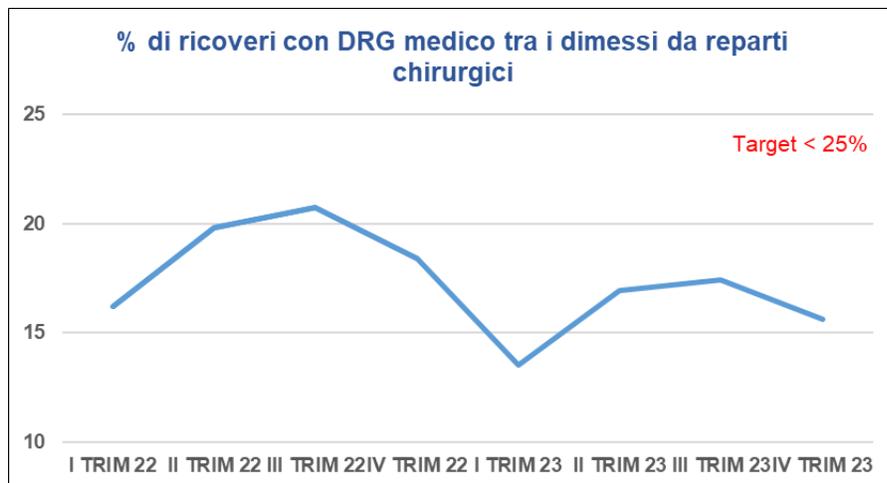


Figura 14. Andamento obiettivo B.1

▪ **Indicatore B.2**

Nel corso del 2023 l'Azienda ha migliorato la degenza media precedente l'intervento chirurgico (-8% rispetto al 2022), raggiungendo un valore pari a 1,26 gg nel rispetto del valore target pari a 1,4 gg.



Figura 15. Andamento obiettivo B.2

▪ **Indicatore B.3**

Nel 2023 il valore dell'indicatore è pari al 37,5% a fronte di un target pari ad un valore massimo del 20%. Il mancato raggiungimento del target si rileva particolarmente per i dati riscontrati nel terzo trimestre dell'anno principalmente per pazienti con disturbi alle articolazioni che hanno necessitato di un periodo di degenza

maggior. In ogni caso, vista l'esiguità del campione (9 pazienti su 24 pazienti complessivi), l'Azienda si impegna al fine di migliorare il dato rilevato.

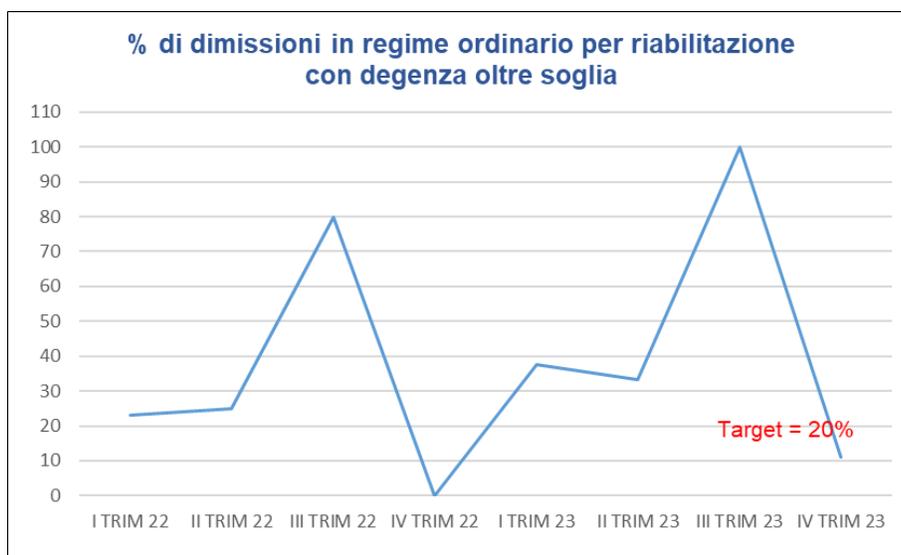


Figura 16. Andamento obiettivo B.3

INDICATORI NSG CORE

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

| INDICATORI NSG CORE | | 2021 | 2022 | 2023 | Δ %23-22 | Target |
|---------------------|---|-------|-------|-------|----------|---------|
| 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 | 11,0% | 9,0% | 9,2% | 2,4% | <0,24 |
| H05Z | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni | 67,1% | 70,0% | 75,7% | 8,1% | > = 70% |
| H13C | % pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario | 77,0% | 74,3% | 80,5% | 8,3% | > = 60% |
| H17C | % parti cesarei primari in maternità di I livello (< 1000 parti) con nessun pregresso cesareo | 19,6% | 21,4% | 21,1% | -1,3% | < 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 nei precedenti paragrafi, 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 2023 il n. di interventi per tumore maligno della mammella è pari a 84 casi, rispettando il valore target assegnato dalla Regione.

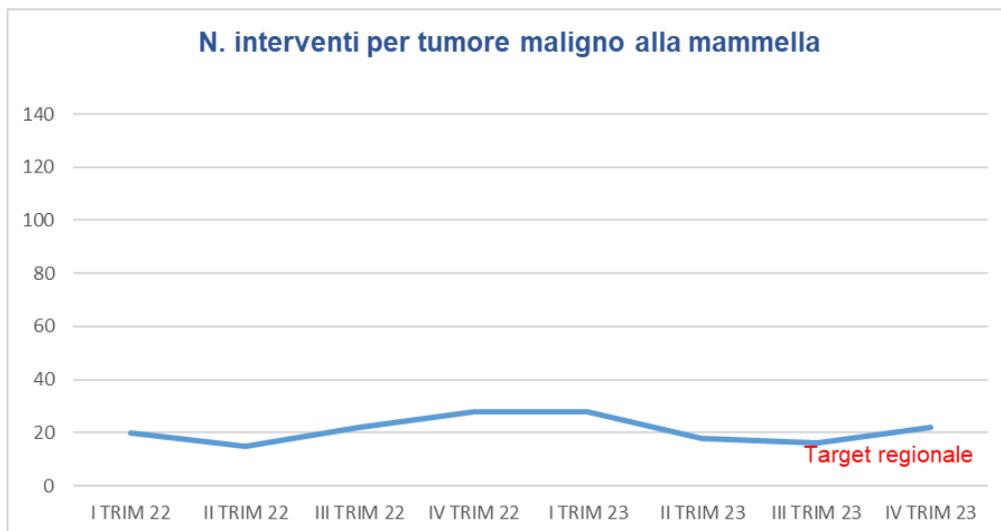


Figura 17. N. interventi tumore alla mammella 2023

▪ **Indicatore H05Z**

Nel 2023 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 2023 una percentuale pari al 75,7%, in aumento rispetto al 2022, in linea all'obiettivo assegnato.

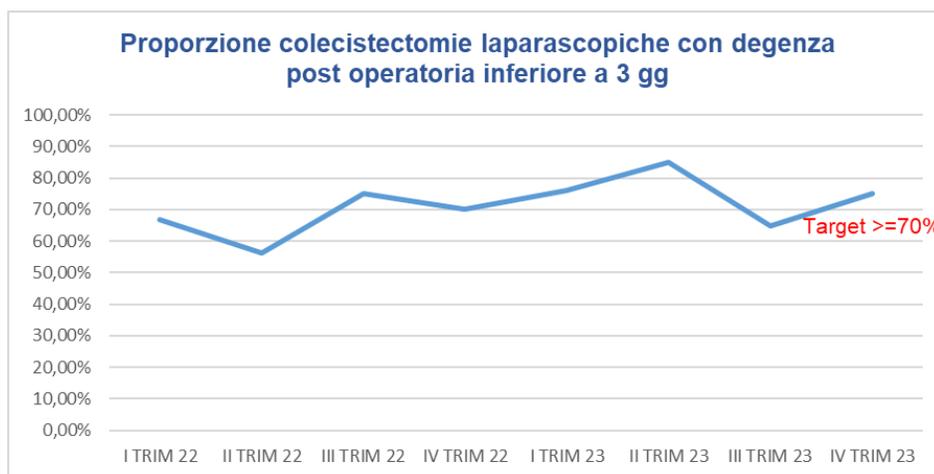


Figura 18. % Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3gg

RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

In riferimento al continuo e progressivo miglioramento dei tempi e delle liste di attesa (fonte dati: piattaforma CUP regionale e piattaforma regionale ASAP – BI) si segnala che:

- **per le prestazioni offerte all'utenza in regime ambulatoriale** l'Azienda accoglie la domanda di prestazioni con un soddisfacimento pari al 95% considerando il numero complessivo di prestazioni erogate indipendentemente dalla classe di priorità.



Figura 19. Percentuale rispetto tempi di attesa 2023

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 l'89% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:



Figura 20. Performance prestazioni in classe "U" 2023

In particolare, per la classe di priorità B 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:

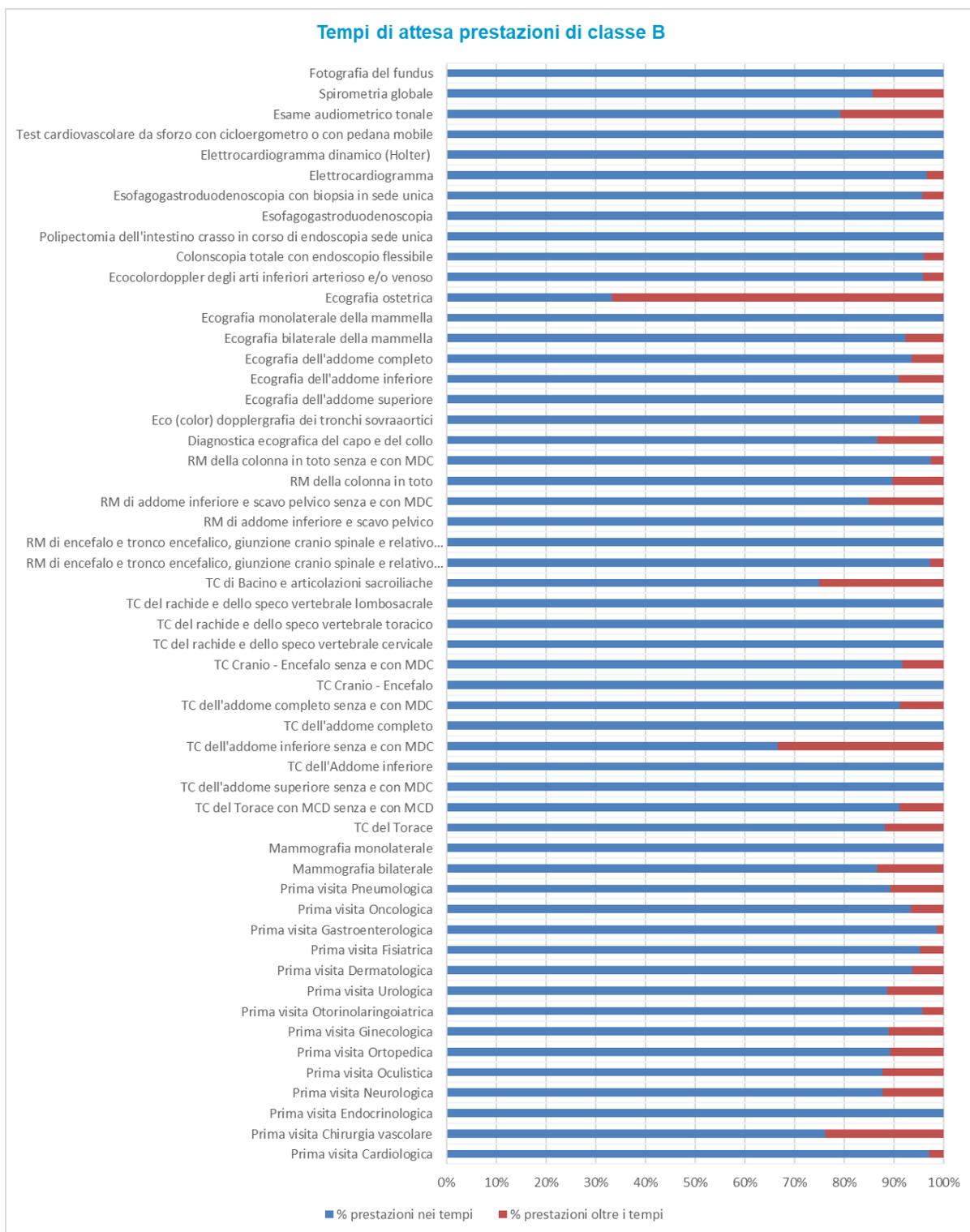


Figura 21. Performance prestazioni in classe "B" 2023

In particolare, per la classe di priorità D a livello assoluto si rileva che il 77% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

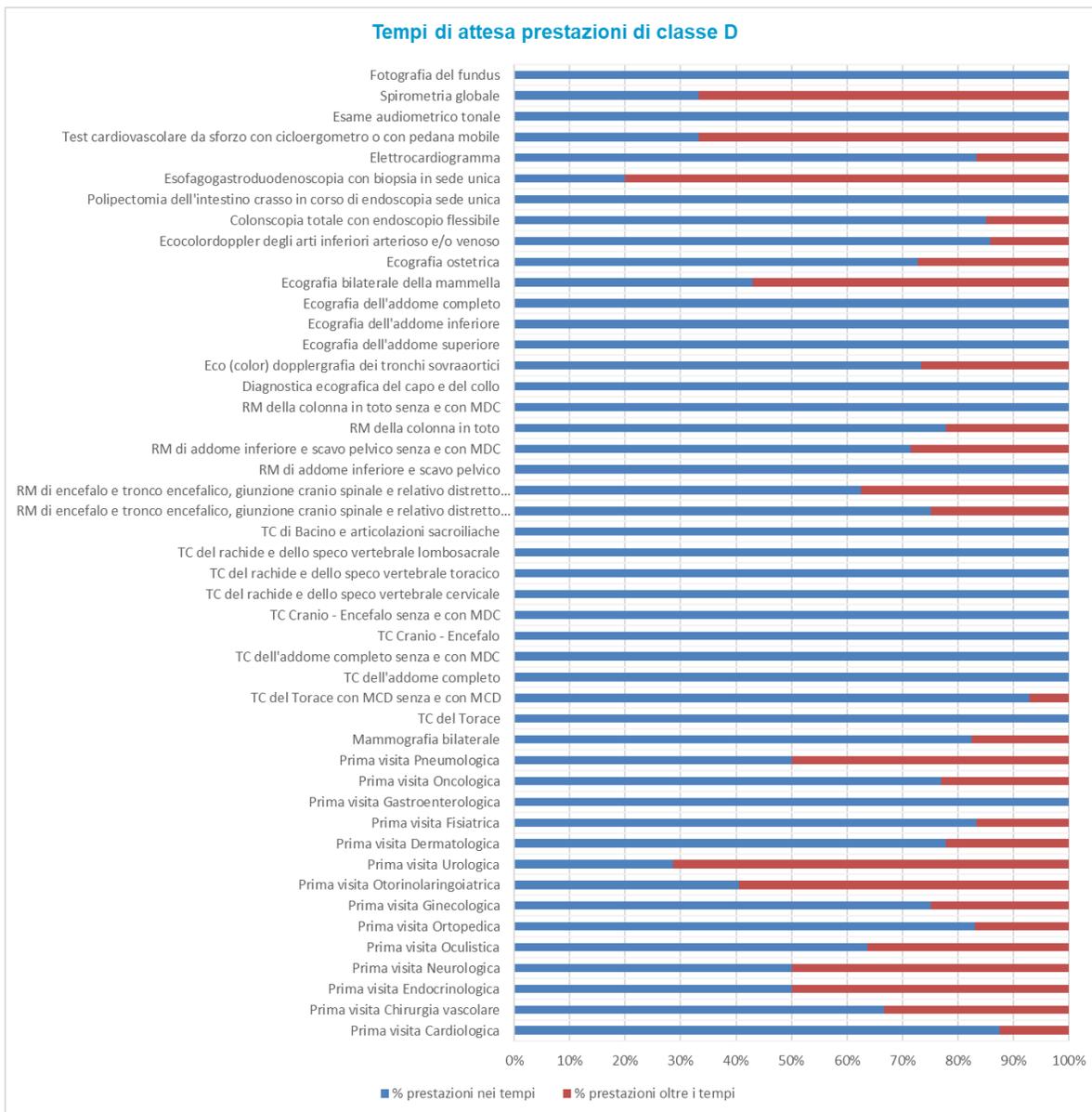


Figura 22. Performance prestazioni in classe "D" 2023

In particolare, per la classe di priorità P a livello assoluto si rileva che oltre il 95% delle prestazioni erogate rispetta i tempi di attesa. Di seguito si riporta il grafico per singola prestazione:

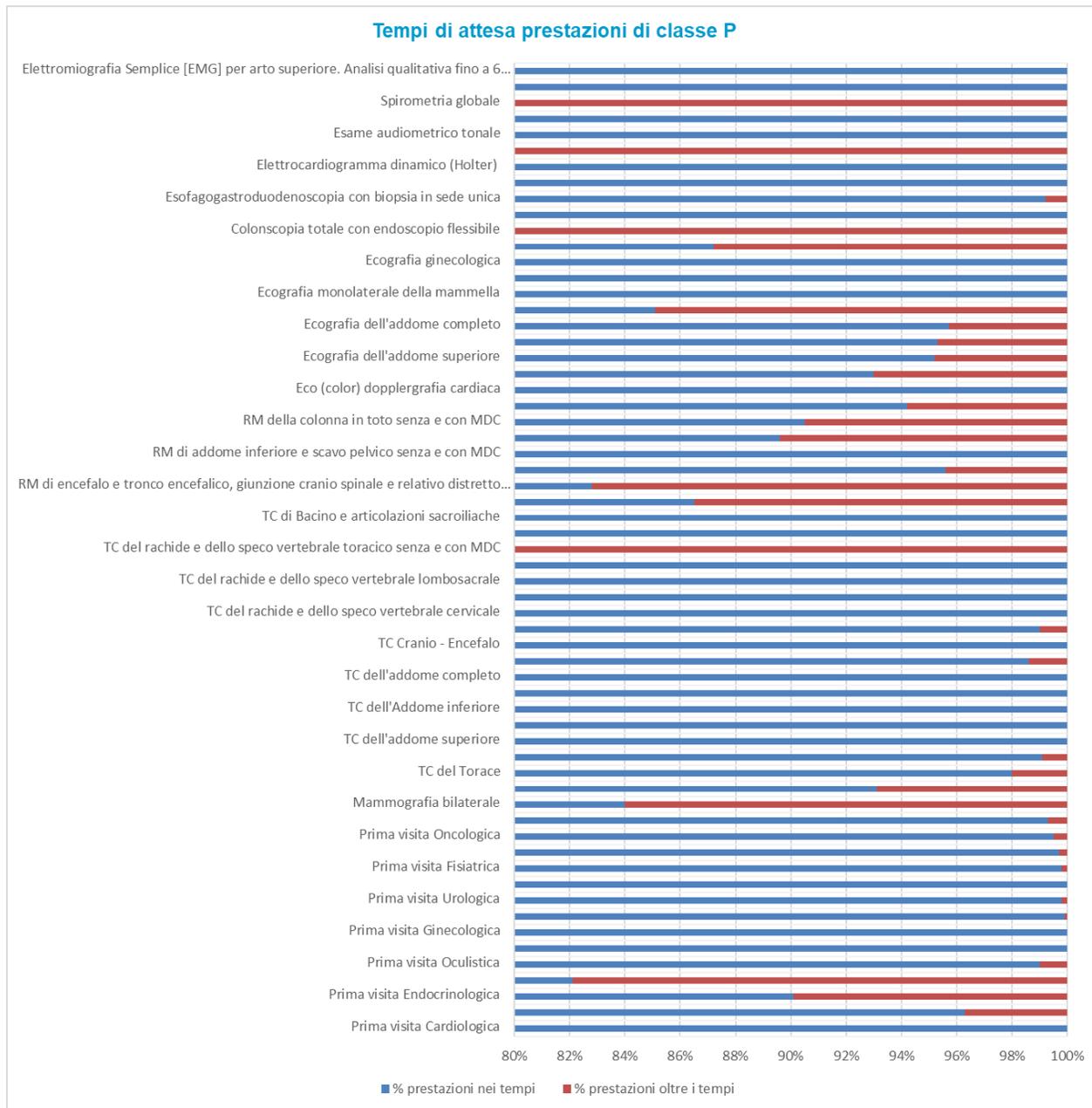


Figura 23. Performance prestazioni in classe "P" 2023

- **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 2023 abbia aumentato sia il numero di ricoveri eseguiti (passando da 518 nel 2022 a 717 nel 2023, con un incremento del 38%) e sia la percentuale di ricoveri eseguiti nei tempi previsti (con una percentuale del 87,9%) avvicinandosi al valore obiettivo del 90%.

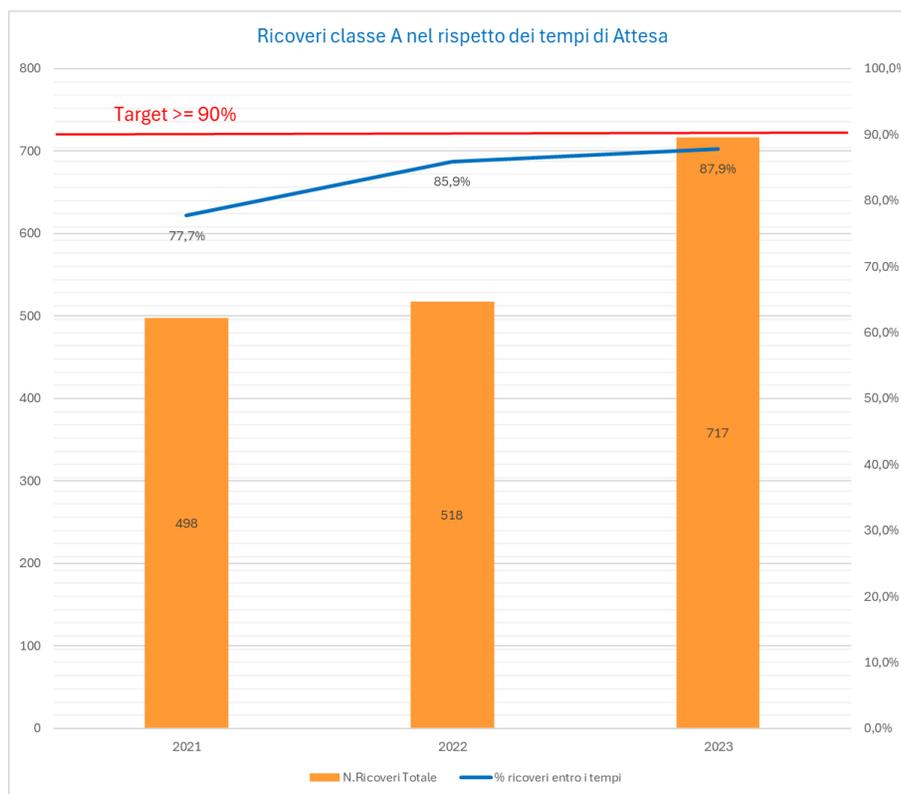


Figura 24. Performance tempi di attesa ricoveri Classe A – 2023 (fonte dati QuaniSDO)

MONITORAGGIO ATTIVITA' ALPI

L’Azienda ha provveduto ad effettuare un costante monitoraggio dell’attività svolta in ALPI (fonte dati: piattaforma CUP regionale), 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 2,3%.

3.3 La valutazione individuale e delle Unità Operative

Il processo di valutazione per l'anno 2023 è completo, si riporta la situazione sulla base delle schede consegnate.

Per il personale di comparto risulta la seguente situazione:

| Valutazione personale di comparto | | |
|-----------------------------------|--------------|-------------|
| Fascia di punteggio | N. unità | % |
| 50-75 | 5 | 0% |
| 76-90 | 40 | 4% |
| 91-99 | 555 | 49% |
| 100 | 490 | 44% |
| NV | 35 | 3% |
| TOTALE | 1.125 | 100% |

Tabella 23. Valutazione personale di comparto

Risulta quindi che quasi la metà del personale in servizio (circa il 53%) ha conseguito un punteggio compreso tra 76 e 99, mentre il 44% 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 | % |
| 51-80 | 8 | 1% |
| 81-100 | 1.082 | 96% |
| NV | 35 | 3% |
| TOTALE | 1.125 | 100% |

Tabella 24. Valutazione performance individuale personale di comparto

| Valutazione performance organizzativa personale di comparto | | |
|---|--------------|-------------|
| Fascia di punteggio | N. unità | % |
| 5-9 | 13 | 1% |
| 10-15 | 1.077 | 96% |
| NV | 35 | 3% |
| TOTALE | 1.125 | 100% |

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 appartenenza (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 | % |
| 92 | 1 | 6% |
| 97 | 1 | 6% |
| 98 | 5 | 29% |
| 100 | 10 | 59% |
| Totale | 17 | 100% |

Tabella 26. Valutazione personale dirigenza PTA

Si rileva che tutte le unità hanno ottenuto un punteggio maggiore di 90 e di queste 10 hanno 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 area Amministrativa | |
|--|----------------------|
| Fascia di punteggio conseguito | %UO Aziendali |
| Raggiungimento 100% degli obiettivi | 100% |

Tabella 27 Valutazione Unità Operative PTA

Si rileva come tutte le Unità Operative abbiano ottenuto un livello di raggiungimento degli obiettivi pari al 100%.

| Valutazione personale Dirigenza Sanitaria | | |
|--|-----------------|-------------|
| Punteggio | N. unità | % |
| 80 | 1 | 0% |
| 81 | 1 | 0% |
| 85 | 1 | 0% |
| 88 | 5 | 1% |
| 89 | 4 | 1% |
| 90 | 1 | 0% |
| 91 | 4 | 1% |
| 92 | 1 | 0% |
| 93 | 2 | 1% |
| 94 | 7 | 2% |
| 95 | 25 | 7% |
| 96 | 9 | 3% |
| 97 | 7 | 2% |
| 98 | 30 | 9% |
| 99 | 10 | 3% |
| 100 | 220 | 65% |
| nv | 11 | 3% |
| Totale | 339 | 100% |

Tabella 28. Valutazione Personale Dirigenza Sanitaria

Si rileva come nessuna unità abbia raggiunto un punteggio inferiore a 80, mentre il 93% delle unità di personale ha ricevuto un punteggio superiore a 90 (di queste il 65% 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 area Sanitaria | |
|---|----------------------|
| Fascia di punteggio conseguito | %UO Aziendali |
| Raggiungimento 100% degli obiettivi | 26% |
| Raggiungimento tra il 90% ed il 99% degli obiettivi | 52% |
| Raggiungimento tra il 80% ed il 89% degli obiettivi | 15% |
| Raggiungimento tra il 70% ed il 79% degli obiettivi | 7% |

Tabella 29. Valutazione Unità Operative Sanitarie

Si rileva come tutte le Unità Operative abbiano ottenuto un livello di raggiungimento degli obiettivi superiore al 70%; in particolare il 26% delle UO ha raggiunto il 100% degli obiettivi e il 52% delle UO ha raggiunto oltre il 90% degli obiettivi.

4 Risorse, efficienza ed economicità

Andamento contabile aziendale

| AO SAN PIO | | | | |
|---|----------------------|--------------------|---------------------------|----------------|
| CONTO ECONOMICO | IV TRIM 2023 | CONS 2022 | IV TRIM 23 - Cons 2022 | |
| €/000 | B | C | B-C | % |
| Contributi F.S.R. Indistinto | 82.323.049 | 82.323.113 | - 64 | 0% |
| Contributi F.S.R. Vincolato | 1.932.727 | 5.275.104 | - 3.342.377 | -63% |
| Contributi F.S.R. | 84.255.776 | 87.598.217 | - 3.342.440 | -4% |
| Saldo Mobilità | 60.596.955 | 60.750.967 | - 154.012 | 0% |
| Utilizzo Fondi Per Quote Inutilizzate Contributi Vincolati Di Esercizi Precedenti | - | 428.300 | - 428.300 | -100% |
| Ulteriori Trasferimenti Pubblici | - | 7.815.501 | - 7.815.501 | -100% |
| Ticket | 1.437.517 | 1.162.783 | 274.735 | 24% |
| Altre Entrate Proprie | 1.257.540 | 3.062.977 | - 1.805.437 | -59% |
| Entrate Proprie | 2.695.058 | 12.469.561 | - 9.774.503 | -78% |
| Saldo Intramoenia | 373.297 | 320.966 | 52.331 | 16% |
| Rettifica Contributi Per Destinazione Ad Investimenti | - 6.271.833 | - 5.372.886 | - 898.947 | 17% |
| Totale Ricavi Netti | 141.649.253 | 155.766.825 | - 14.117.572 | -9% |
| Personale Dipendente | 80.618.153 | 77.350.571 | 3.267.582 | 4% |
| Personale Non Dipendente | 73.377 | 394.549 | - 321.172 | -81% |
| Personale | 80.691.530 | 77.745.120 | 2.946.410 | 4% |
| Prodotti Farmaceutici e Emoderivati | 15.167.623 | 13.562.102 | 1.605.521 | 12% |
| Dispositivi Medici | 12.468.759 | 12.456.651 | 12.109 | 0% |
| Altri Beni Sanitari | 195.086 | 586.198 | - 391.112 | -67% |
| Altri Beni Sanitari | 12.663.845 | 13.042.848 | - 379.003 | -3% |
| Beni Non Sanitari | 509.047 | 321.717 | 187.331 | 58% |
| Servizi | 28.196.561 | 31.212.683 | - 3.016.122 | -10% |
| Altri Beni E Servizi | 41.369.454 | 44.577.249 | - 3.207.795 | -7% |
| Ammortamenti E Sterilizzazioni | - 0 | - 0 | - | 0% |
| Costi Sostenuti In Economia | - | - | - | |
| Ammortamenti E Costi Capitalizzati | - 0 | - 0 | - | 0% |
| Accantonamenti | 14.210.894 | 10.256.858 | 3.954.036 | 39% |
| Variazione Rimanenze | - 1.194.741 | - 140.281 | - 1.054.459 | 752% |
| Totale Costi Interni | 150.244.759 | 146.001.047 | 4.243.713 | 3% |
| Medicina Di Base | - | - | - | |
| Farmaceutica Convenzionata | - | - | - | |
| Prestazioni Da Privato | 605.867 | 553.366 | 52.501 | 9% |
| Totale Costi Esterni | 605.867 | 553.366 | 52.501 | 9% |
| Totale Costi Operativi | 150.850.626 | 146.554.413 | 4.296.214 | 3% |
| Margine Operativo | - 9.201.374 | 9.212.412 | - 18.413.785 | -200% |
| Svalutazione Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie | - | - | - | |
| Saldo Gestione Finanziaria | 17.547 | 133.985 | - 116.438 | -87% |
| Oneri Fiscali | 6.161.127 | 5.779.186 | 381.941 | 7% |
| Componenti Straordinarie Attive | 86.606 | 1.212.492 | - 1.125.886 | -93% |
| Componenti Straordinarie Passive | 68.951 | 4.424.040 | - 4.355.088 | -98% |
| Saldo Gestione Straordinaria | - 17.655 | 3.211.547 | - 3.229.202 | -101% |
| Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie | 6.161.019 | 9.124.718 | - 2.963.699 | -32% |
| Totale Costi | 157.011.645 | 155.679.131 | 1.332.514 | 1% |
| Risultato Economico | - 15.362.393* | 87.693 | - 15.450.086 | -17618% |

Tabella 30. Confronto valori Conto economico IV trimestre 2023 e Consuntivo 2022

***Si sottolinea che il risultato economico (-15,3 €/mln) è puramente indicativo, in quanto a seguito del recepimento dell’emanazione del provvedimento di riparto del FSR 2023, si provvederà all’approvazione del Bilancio Consuntivo 2023 che subirà delle variazioni rispetto al IV Trimestre 2023.**

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.

Relativamente ai principali scostamenti rilevati, questi ultimi sono imputabili a:

- Ricavi

I minor importi rilevati per i Contributi FSR e per gli ulteriori trasferimenti pubblici sono dovuti al fatto che nel provvedimento di riparto 2022 erano previsti appositi contributi per l’annualità di riferimento (aumento tariffe dell’energia e rafforzamento delle strutture sanitarie per la lotta alla pandemia Covid-19).

- Costi

I maggiori costi si rilevano in particolar modo per l’acquisto di farmaci a seguito dei maggiori consumi, per il personale dipendente per l’aumento delle unità in servizio e per gli accantonamenti a seguito della riclassifica dei costi per il premio assicurativo.

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:

- 2021: 2,13 gg
- 2022: -11,91 gg
- **2023: -33,48 gg**

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 2023 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 31.12.2023 | % Uomini | % Donne |
|---|------------|------------|----------------------------------|-------------|------------|
| | A | B | A+B | | |
| Personale dipendente a tempo indeterminato | 561 | 780 | 1341 | 42% | 58% |
| - Medici | 150 | 103 | 253 | 59% | 41% |
| - Dirigenti non medici | 15 | 35 | 50 | 30% | 70% |
| - Comparto | 396 | 642 | 1038 | 38% | 62% |
| Personale a tempo determinato | 6 | 4 | 10 | 60% | 40% |
| Altro personale | 3 | 0 | 3 | 100% | 0% |
| TOTALE | 570 | 784 | 1354 | 42% | 58% |

Tabella 31. Rappresentazione per genere del personale presente al 31.12.2023

Come si evince dalla tabella, riportata in precedenza a livello Aziendale la percentuale di posti ricoperti da donne è del 58%, l'incidenza maggiore si ha tra i dirigenti non medici (70%) ed il personale del comparto (62%). 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 31.12.2023 | % Uomini | % Donne |
|---|------------|------------|----------------------------------|------------|------------|
| Area Organizzativa | A | B | A+B | | |
| Dipartimento Cardio-Toracico-Vascolare | 55 | 56 | 111 | 50% | 50% |
| Dipartimento dei Servizi Sanitari e Organizzativi | 77 | 87 | 164 | 47% | 53% |
| Dipartimento delle Scienze Mediche e della Lungodegenza | 65 | 81 | 146 | 45% | 55% |
| Dipartimento di Emergenza e Accettazione | 133 | 152 | 285 | 47% | 53% |
| Dipartimento di Scienze Chirurgiche | 29 | 28 | 57 | 51% | 49% |
| Dipartimento Materno-Infantile | 19 | 133 | 152 | 13% | 88% |
| Dipartimento Neuroscienze | 50 | 48 | 98 | 51% | 49% |
| Dipartimento Oncologico | 32 | 51 | 83 | 39% | 61% |
| Staff alla Direzione Generale | 7 | 8 | 15 | 47% | 53% |
| UUOO afferenti alla Direzione Amministrativa | 56 | 53 | 109 | 51% | 49% |
| UUOO afferenti alla Direzione Sanitaria | 47 | 87 | 134 | 35% | 65% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 570 | 784 | 1354 | 42% | 58% |

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 31.12.2023 | % Uomini | % Donne |
|---------------------------|------------|------------|-------------------------------|------------|------------|
| | A | B | A+B | | |
| Amministrativo | 76 | 65 | 141 | 54% | 46% |
| Sanitario | 494 | 719 | 1213 | 41% | 59% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 570 | 784 | 1354 | 42% | 58% |

Tabella 33 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** (negoziatura 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).

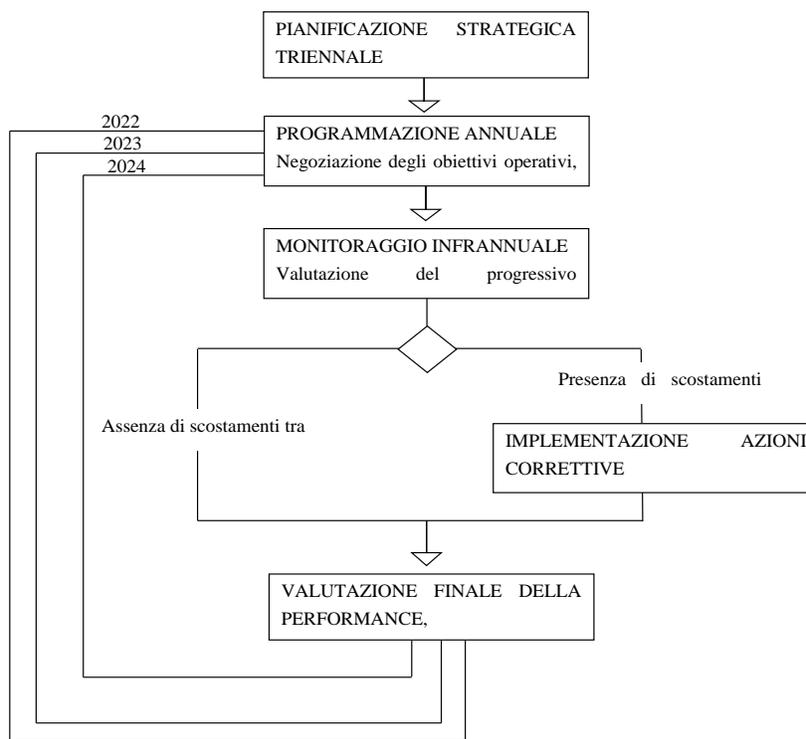


Figura 25. Ciclo di gestione della performance

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 assegnati dalla Regione nel provvedimento di nomina del Direttore Generale.

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 e la UOC Controllo di Gestione si occuperanno dell'elaborazione dei dati e di verificare il livello di raggiungimento e gli eventuali scostamenti rispetto ai target fissati.

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: UOC Controllo di Gestione, UOC Epidemiologia e Valutazione delle Performance

Tabella 34. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità della performance 2023

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 35 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"> • <i>Supporto al raggiungimento degli obiettivi aziendali</i> • <i>Valorizzazione del personale sulla base del contributo dato all'Azienda</i> • <i>Individuazione in tempi utili di eventuali criticità per adottare i necessari correttivi</i> • <i>Miglioramento dello standard qualitativo dei processi aziendali</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Percezione del Piano della Performance come mero adempimento</i> • <i>Dilazione dei tempi per le varie fasi del processo di valutazione</i> |

Tabella 36. Analisi SWOT ciclo di gestione della Performance

Al fine di superare i punti di debolezza sopra elencati, l'Azienda ha intrapreso azioni al fine di un maggior coinvolgimento di tutto il personale nel processo di definizione e assegnazione degli obiettivi; in tal senso il nuovo regolamento per il Sistema di misurazione e valutazione della performance, approvato nel 2024, prevede un'assegnazione a cascata a partire dal Direttore Sanitario ed Amministrativo fino al coinvolgimento degli operatori più prossimi al paziente.