

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
n. 0000492 del 21/07/2025**

OGGETTO:

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE 2024 DELL'A.O. "SANTA MARIA" DI TERNI

VISTA

Proposta n. 0000528 del 17/07/2025 a cura di S.C. Controllo di Gestione
Hash.pdf (SHA256):598be8edbc4c7d2c63b7e944f5b124dfb12b755c679904610811a3a0bede637f

firmata digitalmente da:

Il Responsabile del Procedimento
RPA - Fabio Pierotti

Il Responsabile S.C. Controllo di Gestione
Fabio Pierotti

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Parere: FAVOREVOLE
Doriana Sarnari

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Pietro Manzi

DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
Andrea Casciari

Il Dirigente Statistico della Struttura Complessa Controllo di Gestione Dott. Fabio Pierotti relaziona quanto segue:

VISTO il D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e sue successive modifiche ed integrazioni;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo del 14/03/2013, n. 33 e ss.mm.ii. recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

RICHIAMATA la L. R. 9 aprile 2015 n. 11 recante "Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali" pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 21 del 15/04/2015 e ss.mm.ii.;

RICHIAMATO il Testo Unico sul Pubblico Impiego di cui al D.lgs. 30 marzo 2001 n.165 e s.m.i. ad oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche amministrazioni".

VISTE le "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" (n. 3 novembre 2018), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e dell'art. 3, comma 1, del dPR 105/2016 che gli attribuisce le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

CONSIDERATO che il d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance.

PREMESSO che l'art. 10 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74 /2017, prevede che "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigano annualmente:

- entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'art. 5, comma 01, lettera b);
- entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla *performance*, che è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione."

ATTESO che ai sensi dell'art. 19 D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, ogni P.A. è tenuta ad operare una misurazione/valutazione della performance relativa all'amministrazione nel suo complesso, alle singole unità in cui l'amministrazione è articolata e ai singoli dipendenti conformemente a quanto disposto dalle indicazioni presenti nel Titolo II e dagli indirizzi impartiti dal dipartimento della Funzione Pubblica.

PRESO ATTO, inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati in particolare:

- Dalla legge 6.11.2012 n.190 avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

- Dal decreto legislativo n.33 del 14.03.2013 avente ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Dalla delibera n.114 del 10.11.2010 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni pubbliche.

RICHIAMATO il D.lgs. del 25 maggio 2016, n.97, recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge del 26 novembre 2012, n.190, e del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell’art. 7 della legge del 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.

CONSIDERATA la Delibera del Direttore Generale n.959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto “Regolamento del Sistema della Performance”, cui sono state apportate delle modifiche mediante la Delibera del Direttore Generale n. 621 del 25 giugno 2021 avente come oggetto “Aggiornamento del Regolamento del Sistema della Performance”.

VISTA la Delibera del Direttore Generale n. 53 del 31 gennaio 2024 avente come oggetto “Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026”, all’interno del quale, in rispetto dell’articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 il quale ha disposto l’assorbimento di molti dei Piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente, è collocato l’ex Piano della Performance, cui la Relazione oggetto del presente atto fa riferimento.

PRESO ATTO della nota Prot. n. 47954 del 16/7/2025 con la quale il Direttore Sanitario ha certificato gli esiti della procedura di valutazione della performance di struttura dei Centri di attività Dirigenza Sanitaria, dei Centri di attività Comparto Sanitario e dei Centri Sanitari di Supporto.

PRESO ATTO della nota Prot. n. 47950 del 16/7/2025 con la quale il Direttore Amministrativo ha certificato gli esiti della procedura di valutazione della performance di struttura dei Centri Tecnico-Amministrativi.

VISTA la relazione (nota Prot. n. 47958 del 16/7/2025) con la quale il Direttore Generale, in qualità di Coordinatore del Comitato di Budget, ha approvato i risultati relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun centro di budget.

VISIONATO il documento istruttorio, rappresentato nel testo allegato, relativo alla “Relazione annuale sulla performance 2024 dell’A.O. Santa Maria di Terni”, comprensivo degli allegati richiamati nel testo.

DATO ATTO che la proposta è coerente con il Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità.

ATTESTATO che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari.

CONSIDERATO che il Responsabile del Procedimento e Dirigente della S.C. proponente attesta di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l’esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto ed attesta l’insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis

della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012 e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

DATO ATTO che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Giusta la premessa in narrativa che qui si intende integralmente richiamata,

- di approvare la “Relazione annuale sulla performance 2024 dell’A.O. Santa Maria di Terni”, comprensiva degli allegati richiamati nel testo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di provvedere alla pubblicazione della Relazione sul sito istituzionale aziendale nell’apposita sezione denominata “Amministrazione trasparente”;
- di pubblicare, ai sensi dell’art.32 della L. n. 69/2009, il presente atto nell’albo on line aziendale;
- di individuare quale responsabile del procedimento amministrativo, ai sensi della Legge 241/’90, il Dott. Fabio Pierotti, Dirigente Statistico,
- stante l’urgenza di provvedere in merito di attribuire al presente provvedimento l’immediata esecutività.

IL DIRIGENTE

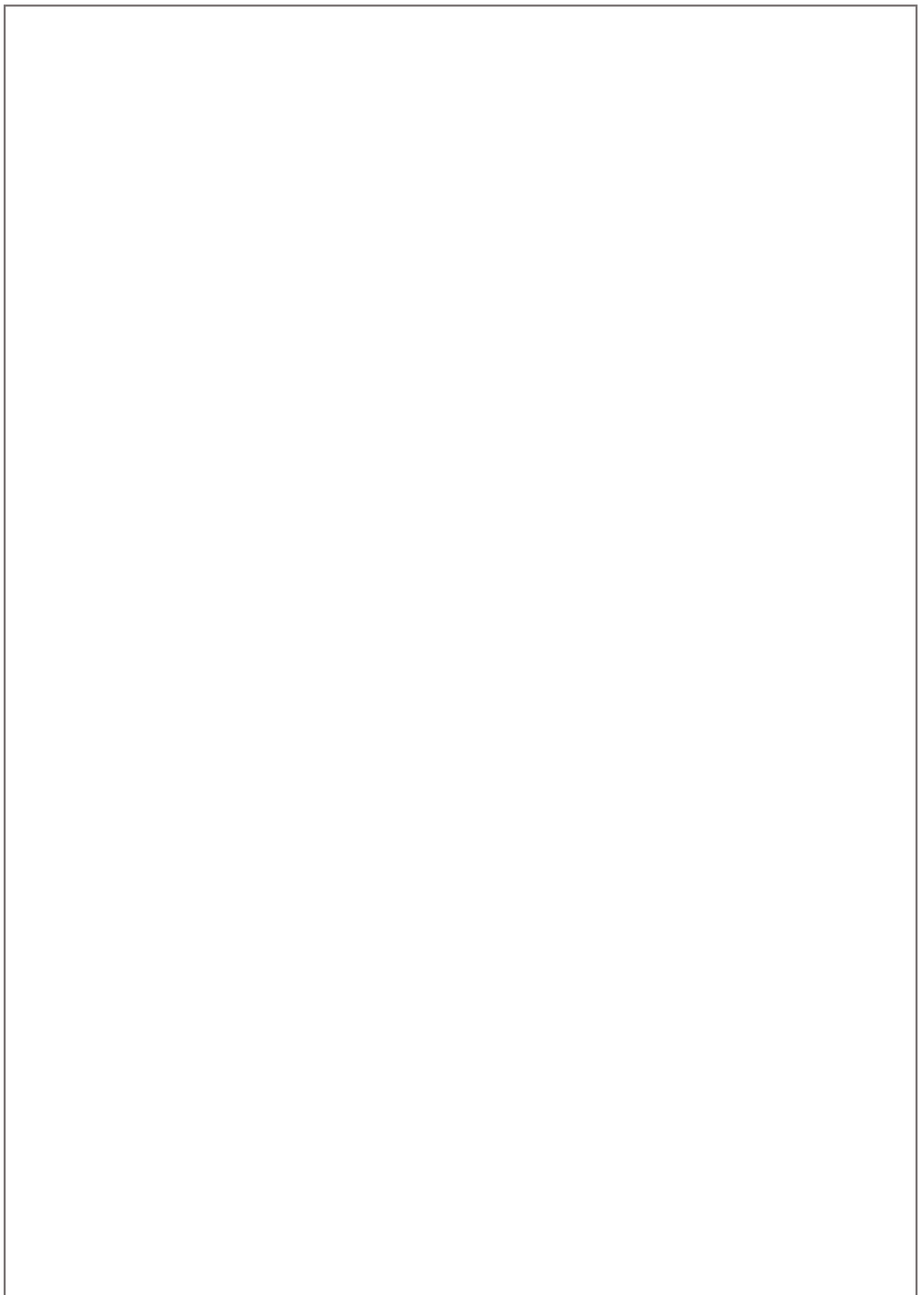
S.C. CONTROLLO DI GESTIONE

(Dott. Fabio Pierotti)



A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I

**Relazione annuale sulla performance 2024
dell'A.O. "Santa Maria" di Terni**



Indice

1. Introduzione.....	p. 3
1.1 Riferimenti normativi.....	p. 3
1.2 Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.).....	p. 3
1.3 Sintesi dei principali risultati ottenuti.....	p. 7
1.4 Ciclo della Performance nell’Azienda Ospedaliera di Terni.	p. 17
1.5 Processo di misurazione e valutazione.....	p. 18
2. Analisi del contesto e delle risorse.....	p. 22
2.1 Analisi del contesto.....	p. 22
2.2 Analisi delle risorse.....	p. 23
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	p. 27
3.1 Analisi dello stato di efficienza dell’Azienda Ospedaliera di Terni.....	p. 27
3.2 Risultati relativi agli obiettivi aziendali.....	p. 31
3.3 Risultati relativi alla performance delle singole unità organizzative.....	p. 37
3.4 Risultati relativi alla performance organizzativa complessiva.....	p. 41
4. Misurazione e valutazione della performance individuale.....	p. 44
5. Trasparenza e Anticorruzione.....	p. 50
6. Attività dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.).....	p. 55

1. Introduzione

1.1 Riferimenti normativi

La presente Relazione annuale sulla performance è stata redatta sulla base delle “Linee guida per la Relazione annuale sulla performance” (n.3 novembre 2018), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e dell’art. 3, comma 1, del DPR 105/2016 che gli attribuisce le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l’impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance.

L’art. 10 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74 /2017, prevede che “al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, redigano annualmente:

- entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, che è definito dall’organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell’amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell’articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all’art. 5, comma 01, lettera b);
- entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla *performance*, che è approvata dall’organismo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall’Organismo Indipendente di Valutazione.”

1.2 Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.)

Con la Delibera del Direttore Generale n. 1083 del 22/12/2016 sono state approvate le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevedeva la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione e i processi di valutazione della performance di struttura e individuale, in relazione ai risultati da conseguire, alle attività da svolgere e alle risorse assegnate.

Il suddetto processo prevedeva inoltre l’introduzione di tre Tavoli operativi - il Tavolo Strategico, il Tavolo Gestionale e il Tavolo delle Risorse – chiamati ad operare al fine di assicurare l’esecuzione di tutti i processi di assegnazione degli obiettivi annuali, il loro monitoraggio continuo, con l’eventuale attivazione di gruppi di lavoro aventi lo scopo di individuare le cause e proporre soluzioni in merito agli obiettivi non in linea con quanto programmato e la formazione e il controllo del bilancio gestionale.

Tale sistema è poi stato modificato su alcuni aspetti marginali con la Delibera del Direttore Generale n. 959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto “Regolamento del Sistema della Performance”.

Successivamente la Direzione Aziendale ha inteso apportare delle modifiche più profonde all'assetto di Pianificazione e Controllo, specificate nella Delibera n. 621 del 25/6/2021 mediante la quale si è dato atto ad un aggiornamento del Regolamento del Sistema della Performance.

Tale delibera, in pratica, assegna al Comitato di Budget i compiti che secondo l'assetto precedente erano in carico ai tre Tavoli operativi.

Il percorso annuale di valutazione della performance ha inizio con la definizione degli obiettivi di budget da parte della Direzione Aziendale, i quali poi vengono presentati al Collegio di Direzione e ai Responsabili dei Centri di Budget.

Si passa quindi in successione alla stesura della sezione del P.I.A.O. riconducibile alle attività legate alla Performance e alla costituzione del Comitato di Budget; alla conclusione di queste fasi inizia l'effettuazione degli incontri per la negoziazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria e Comparto Sanitario), ai centri sanitari di supporto e ai centri tecnico-amministrativi; contestualmente viene effettuata la negoziazione dei budget dei Centri di Risorsa.

Una volta concluse le rispettive negoziazioni degli obiettivi e dei budget, il Comitato gestisce le attività di monitoraggio e di intervento sui risultati parziali non in linea con quanto programmato. Sono previsti inoltre incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri per la discussione e verifica dei risultati parziali infrannuali.

Nell'anno successivo a quello dell'esercizio in esame, dopo aver comunicato i risultati provvisori ai responsabili dei centri, vengono esaminate eventuali considerazioni o contestazioni. Sulla base della documentazione ricevuta il Comitato di Budget esamina e convalida i risultati dei processi e li trasmette all'O.I.V. per la loro validazione definitiva.

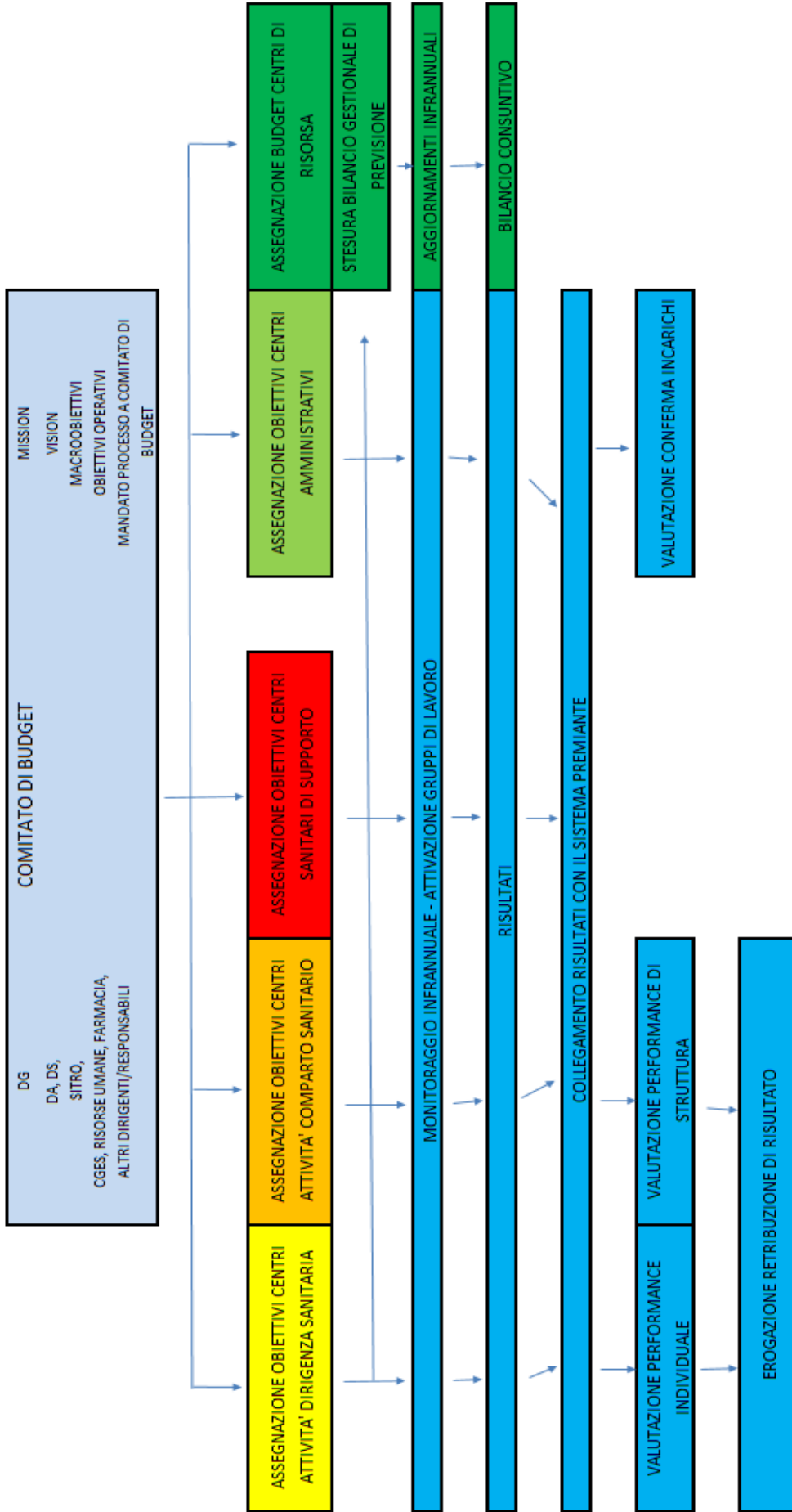
Infine la Direzione Risorse Umane recepisce i risultati della performance di struttura, li integra con i risultati della performance individuale e procede alla remunerazione della retribuzione di risultato ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliera.

A seguire viene presentato il cronoprogramma, di natura ordinativa e non perentoria, delle attività sopra descritte.

CRONOPROGRAMMA	
Dicembre anno precedente	Stesura documento di presentazione degli obiettivi di budget e trasmissione ai Responsabili dei centri di budget
	Presentazione degli obiettivi al Collegio di Direzione
Gennaio anno in corso	Stesura del P.I.A.O. triennale e costituzione del Comitato di Budget
	Negoziazione e assegnazione degli obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario
Febbraio anno in corso	Negoziazione e assegnazione dei budget dei centri di risorsa, degli obiettivi dei centri sanitari di supporto e dei centri tecnico-amministrativi e formazione del bilancio gestionale di previsione
Aprile- Dicembre anno in corso	Monitoraggio obiettivi e budget, incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri, attivazione gruppi di lavoro, eventuale ridefinizione degli obiettivi
Febbraio- Maggio anno successivo	Elaborazione dei risultati dei budget, comunicazione ai responsabili dei centri, eventuali considerazioni e/o contestazioni, verifica delle considerazioni e/o contestazioni, esame e validazione dei risultati, trasmissione all'O.I.V.
Giugno anno successivo	Stesura della Relazione sulla Performance. Validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V.

Di seguito viene riportato uno schema che rappresenta il sistema di Pianificazione e Controllo aziendale.

SISTEMA DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO



Il sistema di monitoraggio degli obiettivi è stato costruito mediante la realizzazione di un sistema informativo centralizzato che, a partire dalle diverse basi di dati presenti nell’Azienda Ospedaliera, consente la produzione di una reportistica differenziata per livello di utilizzatore e tipologia di report.

La diffusione delle informazioni avviene tramite il sistema IntraNet aziendale, con periodicità perlopiù mensile.

1.3 Sintesi dei principali risultati ottenuti

In questo paragrafo vengono evidenziati una serie di dati e indicatori riferiti alle attività erogate dall’Azienda Ospedaliera di Terni.

Assistenza Ospedaliera

CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2019-2024

IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Gli anni 2020, 2021 e 2022 sono stati caratterizzati dalla diffusione della pandemia da COVID-19 in tutto il mondo. Anche l’Italia è stata gravemente colpita, determinandosi una situazione di emergenza che ha costretto i sistemi sanitari nazionali ad adeguare la risposta alla nuova situazione modificando la tipologia di attività dei servizi sia territoriali che ospedalieri.

Nella Regione Umbria gran parte dell’assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 è stata svolta dalle due aziende ospedaliere di Perugia e Terni, disponendo entrambe di DEA di secondo livello in grado di poter fronteggiare anche i casi più gravi.

Tale necessità ha però di fatto sconvolto in termini sia quantitativi che di case-mix la conformazione dell’attività dell’Azienda Ospedaliera di Terni.

L’obbligo di prestare le necessarie cure a pazienti che abbisognavano di percorsi separati e di un trattamento in stato di isolamento con livelli di gravità elevati ha indotto la Direzione Aziendale a una imponente redistribuzione delle risorse (personale, posti letto) e alla urgente acquisizione di nuovo ulteriore personale sanitario (medici, infermieri).

Nell’anno 2024, si può affermare che si sono finalmente dissipati gli effetti della pandemia sul case-mix delle attività, per cui è stato possibile tornare a programmare le attività ospedaliere indipendentemente dalla presenza di tale pandemia.

Prima di addentrarci nell’analisi dei dati per singolo settore, è opportuno pertanto mettere in luce le variazioni di attività significative che si sono verificate tra il 2019 e l’anno 2024.

Nella tabella di seguito si riportano i dati relativi ai ricoveri totali:

	ANNO				
	2019	2021	2022	2023	2024
Numero di ricoveri totali	27.779	23.989	23.624	23.831	24.454

Come si può vedere, il numero dei ricoveri totali ha avuto un forte calo dovuto all'epidemia.

Nel 2024 tale numero ha subito un incremento perlopiù dovuto al recupero delle liste di attesa chirurgiche in cui erano presenti soprattutto prestazioni di medio-bassa specialità.

Nella tabella seguente sono evidenziate le variazioni per tipologia di attività:

TIPO	ANNO				
	2019	2021	2022	2023	2024
CHIRURGICO DEGENZA	9.579	8.698	8.968	9.129	8.796
CHIRURGICO DAY SURGERY	3.033	1.605	1.625	2.367	2.853
MEDICO DEGENZA	13.550	12.366	11.761	11.028	11.496
MEDICO DAY HOSPITAL	1.617	1.320	1.270	1.307	1.309
TOTALE	27.779	23.989	23.624	23.831	24.454

Come si vede, tra il 2019 e il 2022 l'attività che più è stata penalizzata risulta il Day-Surgery, con una riduzione di circa il 50%; nel 2024 si assiste ad un consistente recupero di questa tipologia di attività (2.853 casi rispetto ai 2.367 del 2023 e ai 1.625 del 2022); tale risultato è stato conseguito in gran parte grazie all'accordo con l'ASL Umbria n. 2 riguardante l'utilizzo da parte dell'Azienda Ospedaliera di Terni delle sale operatorie del Presidio Ospedaliero di Narni ed ha fortemente contribuito al recupero delle liste di attesa chirurgiche secondo le indicazioni regionali.

Osservando inoltre le variazioni secondo la residenza dei pazienti, si ha la tabella di seguito riportata:

ASL PROVENIENZA	ANNO DIMISSIONE				
	2019	2021	2022	2023	2024
ASL UMBRIA 1	785	1.033	835	905	909
ASL UMBRIA 2	21.625	19.505	19.037	19.057	19.732
ALTRE REGIONI	5.236	3.355	3.649	3.746	3.711
ESTERO	133	96	103	105	102
TOTALE	27.779	23.989	23.624	23.831	24.454

A riprova di quanto appena affermato, si nota come nel 2024 l'incremento maggiore riguardi i residenti nell'ASL Umbria n. 2, che attingono in misura maggiore alle liste di attesa chirurgiche sulle quali si è effettuata una specifica operazione di recupero.

Per quanto riguarda invece il pronto soccorso, si rilevano i dati seguenti:

PS	ANNO				
	2019	2021	2022	2023	2024
TOTALE ACCESSI	44.833	34.981	41.024	48.771	55.185

Come si evince, il numero degli accessi al P.S. nel 2024 ha avuto un incremento elevatissimo, che ha determinato una forte pressione sull'organizzazione aziendale in generale e nello specifico sul personale sanitario adibito all'emergenza-urgenza.

ANALISI DATI DI ATTIVITA'

Il numero dei posti letto medi annuali complessivi è stato pari a 530 unità (491 in regime di degenza e 39 in regime diurno), con una lieve diminuzione rispetto al 2023, dovuta in particolare ad una accelerazione dei lavori di ristrutturazione di alcune aree di ricovero che ha determinato diminuzioni temporanee della dotazione dei posti letto. Comunque l'esigenza primaria è quella di dotare l'ospedale di un numero di posti letto congruo e tale da poter fare fronte alla domanda di prestazioni della popolazione dell'area ternana che riversa i suoi bisogni in massa verso il locale presidio; a tale proposito è stata attivata la possibilità di utilizzo di parte del presidio di Narni-Amelia per eseguire interventi chirurgici di minore complessità al fine di sgravare l'ospedale di Terni di alcune prestazioni (ad esempio quelle di day surgery) che possono essere effettuate anche in ospedali più piccoli e nel contempo liberare risorse nell'Azienda Ospedaliera di Terni per le prestazioni di più elevata complessità. Inoltre è stata avviata con l'ASL Umbria n. 2 una collaborazione che tende ad omogeneizzare tra i due ospedali anche le attività di medicina generale, in modo da consentire un minore affollamento delle sezioni di ricovero di area medica nel nosocomio di Terni.

Come si è già visto, il numero dei ricoveri complessivi nell'anno 2024 si è incrementato rispetto al 2023 (da 23.831 a 24.454), dopo la forte riduzione avvenuta negli anni in cui la popolazione è stata affetta dall'epidemia da COVID-19. Da quando l'attuale Direzione si è insediata (settembre 2022) questa ha messo in atto una serie di misure che hanno contribuito ad un incremento del valore della produzione a fronte di una complessiva riduzione dei costi operativi di gestione, recuperando in tal modo i livelli di efficienza del sistema Azienda, ridotti a causa della pandemia.

Tali fenomeni hanno determinato nel 2024 un tasso di occupazione dei posti letto pari all'86,7%; il numero di pazienti in regime di degenza presenti in media ogni giorno è stato pari a 426.

Grazie a tale azione, anche il valore dell'indice della complessità della casistica trattata è fortemente aumentato (peso medio DRG da 1,18 nel 2019 a 1,25 negli anni 2020 e 2021, a 1,26 nel 2022 a 1,29, punteggio più elevato da quando è sorta l'Azienda Ospedaliera di Terni, nel 2023, a 1,28 nel 2024). Il lieve decremento registrato nel 2024 è stato causato, come già detto, dalla necessità di recupero delle liste di attesa chirurgiche.

Per quanto riguarda l'inappropriatezza della degenza, misurata dall'indice di performance, a fronte di un continuo miglioramento nel triennio 2019-2021 (da 103,7 a 102,2 a 100,0), si è assistito nel 2022 ad un consistente peggioramento (108,4), valore ribadito anche nel 2023 (108,3). Vista tale situazione che in pratica rappresenta il problema principale dell'A.O. di Terni determinando il fenomeno del sovraffollamento dei posti letto e una dilatazione dei tempi di attesa del ricovero dei pazienti in Pronto Soccorso, la Direzione Aziendale ha prodotto dal secondo semestre 2023 una serie di azioni tese a ridurre la durata della degenza non appropriata che riguardano sia obiettivi e progetti interni all'Azienda che percorsi di integrazione con l'A.S.L. Umbria n. 2, quale in particolare la gestione dei ricoveri medici presso l'Ospedale di Narni, mettendo in tal modo a disposizione ulteriori oltre trenta posti letto. Gli esiti di tali azioni hanno prodotto un risultato nel 2024, tanto è vero che l'indice di performance in tale anno si è attestato su un valore di 104,2, di molto inferiore a quello dell'anno precedente.

Scomponendo il dato complessivo del numero dei ricoveri si evidenzia:

- per quanto riguarda l'attività di medio-bassa specialità erogata a pazienti residenti in Umbria si registra un aumento rispetto al 2023 (19.158 casi contro 18.484 casi, pari al +3,6%), determinato, come detto sopra, da un incremento dell'attività chirurgica;

- esaminando poi l'attività di alta specialità erogata a pazienti residenti in Umbria si rileva nel 2024 una sostanziale stabilità (+0,3%), dopo che nel 2023 si era assistito ad un forte incremento (1.478 casi contro 1.404 dell'anno precedente, pari al +5,3%), con ciò determinando un rilevante parallelo aumento del valore del volume finanziario dell'attività, come specificato più avanti. Questo dato conferma in modo inequivocabile la bontà delle misure di razionalizzazione ed efficientamento adottate dal quarto trimestre 2022;
- anche riguardo all'attività erogata a pazienti residenti in altre regioni o esteri si evidenzia una stabilità (3.813 pazienti rispetto ai 3.869 del 2023), dopo che nel 2023 si era assistito ad un aumento rispetto all'anno precedente (3.869 ricoveri rispetto ai 3.752 casi del 2022). Da notare il trend dal 2019, in base al quale si è passati da un valore di 5.369 ricoveri nel 2019 a 3.538 ricoveri nel 2020 e a 3.451 casi nel 2021); come già detto il lock-down cui la popolazione italiana è stata costretta per buona parte del 2020, con il concomitante divieto di oltrepassare i confini regionali, ha causato tale riduzione, che è comunque comune alla quasi totalità degli ospedali italiani. Si auspica, considerando la forte tradizione dell'Azienda Ospedaliera di Terni in termini di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni, in particolare dalle province laziali di Rieti e Viterbo, che tale fenomeno non abbia subito un'erosione che poi diventi permanente, poiché sia dal punto di vista del bilancio economico aziendale, sia da quello della mobilità attiva complessiva della Regione Umbria tali storici alti livelli di attività hanno da sempre rappresentato una risorsa essenziale. Fortunatamente, i dati sui ricoveri degli ultimi due anni denotano una tendenza al recupero di tale categoria di pazienti.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

Come si è già visto quando si è trattato dell'impatto dell'epidemia da COVID-19, Il numero degli accessi al pronto soccorso, dopo una forte diminuzione tra il 2019 e il 2020 (44.833 nel 2019, 31.282 nel 2020), è aumentato nel 2021 (34.881 accessi). quasi ritornato sui livelli antecedenti la pandemia nel 2022 (41.024 accessi) per poi avere una rapida evoluzione nel 2023 (48.771 accessi) e soprattutto nel 2024 (55.185 accessi), tanto da superare largamente il dato relativo al 2019.

- Esaminando l'andamento dei dati secondo il codice di gravità dei pazienti, valutandoli dai meno gravi (codice bianco) ai più gravi (codice rosso), si evidenzia che i codici bianchi sono stati 12.014 (21,8% del totale degli accessi), i codici verdi 21.935 (39,7%), i codici azzurri 10.770 (19,5%), i codici arancioni 8.517 (15,4%) e i codici rossi 1.949 (3,5%).
- Il numero dei pazienti recatisi al pronto soccorso poi direttamente ricoverati sono stati 11.342 (20,6%), con una marcata riduzione rispetto al dato dell'anno precedente (22,4%).
- Il numero dei pazienti inviati all'OBI (Osservazione Breve Intensiva) sono stati 1.810 (3,3% del totale degli accessi), di cui ricoverati 314 (17,3% delle OBI).
- Andando infine a valutare il carico medio giornaliero di pazienti che sono acceduti al pronto soccorso nell'anno 2024, dai dati precedenti si evince che in media ogni giorno hanno ricorso alle prestazioni di pronto soccorso 151 pazienti (33 codici bianchi, 60 codici verdi, 30 codici azzurri, 23 codici arancioni, 5 codici rossi).

È interessante inoltre analizzare come sia variata nel periodo 2019-2024 a causa della pandemia la composizione degli accessi al pronto soccorso secondo il codice di gravità:

Codice di gravità	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Bianco	4.840	2.895	3.467	4.798
Verde	25.995	16.603	19.245	23.422
Giallo	12.366	10.350	10.549	10.978
Rosso	1.632	1.434	1.620	1.826
Totale	44.833	31.282	34.881	41.024

Nel 2024 sono variate le modalità dei codici colore, pertanto la suddivisione degli accessi per codice viene riportata nella tabella seguente:

Codice di gravità	Anno 2023	Anno 2024
Bianco	9.426	12.014
Verde	19.687	21.935
Azzurro	10.802	10.770
Arancione	7.256	8.517
Rosso	1.600	1.949
Totale	48.771	55.185

Come si può notare, la riduzione maggiore, in particolare nel 2020 rispetto al 2019, si riferisce ai codici di minore gravità (bianco e verde), confermando l'ipotesi che il timore di frequentare un luogo potenzialmente a rischio di infezione ha frenato il ricorso al pronto soccorso dei pazienti con problemi di salute non tali da giustificare una necessità impellente di accesso.

Nel 2024 oltre il 60% degli accessi è riferibile ai due codici di minore gravità bianchi e verdi.

Quanto detto avvalorava l'idea della storica inappropriatazza di una gran parte degli accessi al pronto soccorso.

C'è inoltre da sottolineare come il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Terni sia un punto di attrazione non solo per i residenti nel distretto di Terni; infatti solo i 2/3 degli accessi riguarda tali

residenti mentre il restante terzo è più o meno in misura equa appannaggio dei residenti nel distretto di Narni-Amelia e di quelli provenienti dalla provincia di Perugia o da altre regioni.

VOLUMI FINANZIARI DI ATTIVITA'

Come già detto l'attuale Direzione Aziendale, grazie all'efficientamento dei processi e agli accordi con l'ASL territoriale sopra menzionati, nell'ambito del suo processo di programmazione si è posta come obiettivo un recupero dei volumi di attività persi dal 2019 a causa della pandemia da COVID.

Come si può chiaramente evincere dai dati presentati, tale obiettivo è stato completamente conseguito.

Cardine del processo di programmazione aziendale è il processo di budget; l'effettuazione degli incontri per la definizione degli obiettivi di budget 2024 si è conclusa nel mese di febbraio.

Di seguito si riporta una tabella in cui sono riportati i volumi finanziari di attività erogati nel periodo 2019-2024.

INDICATORE (valori finanziari in mln. di euro – tariffari ricoveri e specialistica ambulatoriale vigenti)	ANNO 2019	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
Volume finanziario ricoveri medio-bassa specialità pazienti umbri	54,9	53,5	52,4	52,4	53,8
Volume finanziario ricoveri alta specialità pazienti umbri	20,3	23,8	22,7	24,1	24,0
Volume finanziario ricoveri pazienti altre regioni	18,9	12,5	14,2	14,7	14,0
Volume finanziario complessivo ricoveri	94,0	89,8	89,3	91,2	91,9
Volume finanziario attività ambulatoriale regionale	31,7	28,9	34,2	34,7	34,1
Volume finanziario attività ambulatoriale extraregionale	4,4	3,7	4,4	4,5	4,0
Volume finanziario complessivo attività ambulatoriale	36,1	32,6	38,5	39,2	38,1
Volume finanziario totale	130,1	122,4	127,8	130,4	130,0

Come si può notare dalla tabella sopra riportata, i risultati effettivi relativi ai volumi finanziari di attività evidenziano, per i motivi già spiegati, le variazioni intercorse nel periodo 2019-2024 rispetto ai volumi di attività erogata.

Si passa infatti da un valore complessivo dell'attività di 130,1 milioni di euro nel 2019, per arrivare a risultati sostanzialmente identici negli anni 2023 e 2024, confermando a tale riguardo un recupero ormai consolidato rispetto al periodo precedente la pandemia.

Tale recupero ha inciso in maniera positiva sul valore dei ricavi e sul bilancio economico complessivo dell'Azienda Ospedaliera di Terni, come spiegato in maniera dettagliata più avanti nel presente documento.

CONSEGUIMENTO OBIETTIVI REGIONALI

Riguardo agli obiettivi assegnati dalla Regione Umbria con D.G.R. n. 759 del 1/8/2024 ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2024 che attengono al presente capitolo trattante l'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera di Terni nel 2024, si evidenzia che tra i 42 indicatori NSG prescelti dalla Regione si sono registrati 10 obiettivi collocati nella fascia migliore di primo livello evidenziata con il colore verde scuro, 15 nella seconda fascia verde chiara, 5 nella terza fascia gialla, 5 nella quarta fascia arancione e 7 nell'ultima fascia rossa. Gli obiettivi situati nella fascia più critica si riferiscono ai tempi di permanenza in Pronto Soccorso e al rispetto dei tempi di attesa per alcune tipologie di interventi chirurgici, scorie dell'accumulo degli interventi chirurgici in lista di attesa dovuto alla pandemia che comunque nel corso del 2025, una volta smaltite le prenotazioni più datate, è in rapido miglioramento.

Riguardo invece ai 18 indicatori MeS inclusi nel "bersaglio" da parte dell'Istituto Sant'Anna di Pisa e monitorati dalle due aziende ospedaliere regionali, l'Azienda Ospedaliera si posiziona in fascia rossa per solo due di questi: "D9 - % di abbandoni dal Pronto Soccorso", che ha comunque ottenuto un miglioramento e "C16.4 - Accessi PS inviati al ricovero entro 8 ore". Da sottolineare che sui 18 indicatori rilevabili inclusi nel bersaglio 16 sono migliorati e soltanto 2 hanno subito un peggioramento.

Infine, relativamente al presente paragrafo, un ulteriore obiettivo assegnato ha riguardato il recupero delle liste di attesa chirurgiche cui l'Azienda Ospedaliera ha inteso ottemperare potenziando al massimo le attività chirurgiche di sala operatoria, così come illustrato in precedenza.

ASSISTENZA TERRITORIALE

CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2019-2024 ATTIVITÀ AMBULATORIALE PER ESTERNI

Il volume finanziario delle prestazioni ambulatoriali per esterni nel 2024 ha raggiunto un valore pari a 38,1 milioni di euro. Nel 2023 aveva raggiunto il livello di 39,2 milioni.

Si deve però considerare che tale decremento è stato causato da una differente modalità di codifica di alcune prestazioni di Radioterapia, che ha determinato una perdita di fatturato, a parità di attività, pari a 3 milioni di euro. Al netto quindi di questa situazione, in effetti i volumi di produzione si sono incrementati di 1,9 milioni di euro.

Tale notevole aumento delle attività di specialistica ambulatoriale ha contribuito all'abbattimento, o perlomeno al contenimento delle liste di attesa ambulatoriali.

I reparti o servizi che hanno prodotto i maggiori volumi di attività sono stati il laboratorio analisi (8,2 mln.), la radioterapia (8,1 mln. di euro), la radiologia (3,9 mln. di euro, la nefrologia e dialisi (3,6 mln.), la medicina nucleare (2,9 mln. di euro), l'oculistica (2,5 mln.), l'anatomia patologica (1,3 mln. di euro).

VOLUMI FINANZIARI DI ATTIVITA'

Il risultato previsto per l'anno 2024 riguardo all'attività ambulatoriale per esterni prevedeva un volume finanziario in aumento rispetto all'anno 2023, anche al fine di abbassare i tempi di attesa per tali prestazioni.

Come visto in precedenza Il risultato effettivo, al netto della variazione dovuta alla modifica della codifica della particolare prestazione di radioterapia, è migliorato.

CONSEGUIMENTO OBIETTIVI REGIONALI

Gli obiettivi della Regione Umbria relativi in particolare all'assistenza territoriale hanno, come per le prestazioni chirurgiche, riguardato il recupero delle liste di attesa, in tal caso ambulatoriali.

I dati presentati in generale rivelano lo sforzo effettuato dall'Azienda Ospedaliera di Terni per il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali per esterni, pur dovendo tenere in conto che l'Azienda Ospedaliera deve nel contempo ottemperare al proprio ruolo di struttura di alta specializzazione con l'obbligo di mantenere un'offerta di prestazioni per i pazienti ricoverati tale da minimizzare i tempi di attesa per interni.

OBIETTIVI LEGATI AL P.N.R.R. – MISSIONE 6

Altra area tematica di notevole importanza nell'anno 2024 è stata il rispetto degli adempimenti legati al PNRR – Missione 6.

CONSEGUIMENTO OBIETTIVI REGIONALI

Lo schema seguente mostra la tabella degli obiettivi regionali 2024 nell'ambito dell'area tematica PNRR con la spiegazione del loro livello di raggiungimento.

Come si evince dalla tabella l'Azienda Ospedaliera di Terni ha ottemperato al raggiungimento degli obiettivi prefissati per l'anno 2024.

Descrizione Obiettivo generale	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Dati Azienda	Note Azienda
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	Coordinamento aziendale PNRR	Delibera DG nomina Coordinatore PNRR entro il 31.08.2024	Delibera n. 519 del 31/07/24	OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	Coordinamento aziendale PNRR	Pec di trasmissione alla Direzione Salute e Welfare verbali mensili delle riunioni di coordinamento da cui si evincano le criticità presenti, le azioni di miglioramento intraprese, il livello di raggiungimento degli obiettivi sulle diverse linee di intervento.	n. 5 verbali inviati sui 5 verbali previsti	Trasmessi 5 verbali delle riunioni di coordinamento: - AGOSTO Prot.Az.N.53419 del 9/9/2024 - SETTEMBRE Prot.Az.N.60494 del 9/10/2024 - OTTOBRE Prot.Az.N.68590 del 13/11/2024 - NOVEMBRE Prot.Az.N.74794 del 9/12/2024 - DICEMBRE Prot.Az.N.2987 del 15/01/2025 OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA e Grandi Apparecchiature)	Emissione degli Ordini Diretti di Acquisto (ODA) degli interventi relativi alla digitalizzazione DEA I e II livello	Emissione degli ODA per almeno il 75% del finanziamento assegnato entro il 30.09.2024 (salvo fattori indipendenti dall'Azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)	83,56 %	Procedure di aggiudicazione: - Progetto MPI Contratto Protocollo n.55543 17/09/2024 - Progetto RIS/PACS/SIT Contratto Protocollo N.13671 del 04/03/2024 - Progetto Anatomia Patologica Contratto Protocollo n.57602 del 27/09/2024 - Progetto LIS Protocollo n.53365 del 09/09/2024 - Lotti di supporto KPMG Contratto n.53532 del 28/09/2023 - Interventi su LAN 1 (Convenzione RL7) Delibera 502 del 27/06/2023 - Interventi su LAN 2 (Convenzione RL8) Delibera 604 del 05/09/2024 - Potenziamento CCE Contratto Protocollo n.55338 del 16/09/2024 - Ancillari - Infrastruttura Radiologia - MEPA Affidamento Protocollo n.53022 del 06/09/2024 - Ancillari - WS Radiologia - MEPA Affidamento Protocollo n.53015 del 06/09/2024 OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA e Grandi Apparecchiature)	Emissione degli Ordini Diretti di Acquisto (ODA) degli interventi relativi alla digitalizzazione DEA I e II livello	Emissione degli ODA del 100% del finanziamento assegnato entro il 31.12.2024 (salvo fattori indipendenti dall'Azienda per cui viene eliminato dal calcolo ODA non emmissibile)	89,51 %	Obiettivo OK in quanto la quota rimanente è dovuta a fattori indipendenti dall'Azienda

Descrizione Obiettivo generale	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Dati Azienda	Note Azienda
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA e Grandi Apparecchiature)	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	Adozione e caricamento in Regis del set informativo previsto dal meccanismo di verifica ai sensi delle linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR acquisite al prot. reg. n. 43317-2024	Delibera n° 831 del 18/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura. Delibera n° 844 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura – rettifica delibera n° 831/2024. Delibera n° 859 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura. Delibera n° 864 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura. Delibera n°860 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura. Delibera n° 862 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura. Delibera n° 863 del 30/12/2024 dichiarazione di entrata in funzione dell'apparecchiatura.	“Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie” 31/12/2024. OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - FSE	Formazione del personale su FSE e relative attività di comunicazione	Attivazione dei Corsi di Formazione e correlate attività di comunicazione nel rispetto della programmazione CUF con formazione del numero degli operatori previsti per il 2024	645 dipendenti formati su 468 da formare	Attivazione dei Corsi di Formazione e correlate attività di comunicazione nel rispetto della programmazione CUF con formazione del numero degli operatori previsti per il 2024. Totale operatori formati al 31/12/2024 645 su un totale stimato di 468/anno OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute - FIO	Formazione del personale sulle infezioni ospedaliere	Completamento delle procedure di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere entro il 30.09.2024	84%	al 30/09 iscritti 725 su 864 dipendenti da formare, 426 hanno completato il corso, 203 lo stanno svolgendo, 96 lo devono iniziare. OBIETTIVO OK
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	Corretta implementazione di Regis	Prevalidazione con esito ok entro il giorno 10 di ogni mese	In corso di chiusura le schede relative alla "Procedura di Aggiudicazione".	Si conferma quanto rilevato dalla Regione. Prevalidazioni effettuate con regolarità. OBIETTIVO OK

Descrizione Obiettivo generale	Azioni previste (obiettivo specifico)	Indicatore	Dati Azienda	Note Azienda
Attuazione interventi PNRR missione 6 Salute	Rendicontazione delle spese	Rendicontazione su Regis delle spese sostenute entro 60 gg dall'emissione del mandato di pagamento	I pagamenti a costi reali (necessari per la successiva rendicontazione) sono caricati entro i 60 gg successivi al mandato	OBIETTIVO OK
M1C111.5 – Potenziamento della resilienza cyber della sanità umbra CUP I64F22000070006	Partecipazione alla campagna di awareness per personale e per il management direzionale	Messa a disposizione delle email aziendali del personale aziendale nella piattaforma per la campagna di awareness.	99,77	Il dato è stato certificato dall'Ing. Fortunato Bianconi con nota mail del 2/9/2024 OBIETTIVO OK
M1C111.5 – Potenziamento della resilienza cyber della sanità umbra CUP I64F22000070006	Partecipazione alla campagna di awareness per personale e per il management direzionale	Partecipazione della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa alle due giornate di 8 ore di corsi volti all'innalzamento della consapevolezza del rischio clinico connesso al rischio cyber.	100	Nelle due giornate previste hanno partecipato al corso il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Dirigente S.C. Controllo di Gestione ed il responsabile della cybersecurity nell'Azienda Ospedaliera di Terni OBIETTIVO OK

1.4 Ciclo della Performance nell'Azienda Ospedaliera di Terni

Con la Delibera del Direttore Generale n. 53 del 31/1/2024 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026, all'interno del quale, in ottemperanza alla normativa vigente, è stato ricompreso il Piano della Performance.

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione è stato introdotto tramite l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. Si stabilisce che le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) debbano riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: piano della performance, gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

L'iter legislativo si è poi concluso con l'approvazione in via definitiva in Consiglio dei Ministri, il 26 maggio 2022, e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022 del Dpr n. 81.

Nel P.I.A.O. 2024-26 dell'Azienda Ospedaliera di Terni erano indicati:

- Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali, questi erano suddivisi in triennali, a loro volta riferentesi ai tre livelli nazionale, regionale e aziendale, ed annuali, ricollocabili in sette macro-aree.
- Per quanto riguarda la performance organizzativa, la sezione del Piano dedicata illustrava il collegamento con gli obiettivi della programmazione annuale, declinati a seconda della tipologia dei centri di attività.

- Per quanto concerne la performance individuale, i criteri di valutazione del personale con i relativi obiettivi menzionati per tipologia.

La presente Relazione sulla Performance intende dare conto dei risultati ottenuti in base agli indicatori e agli obiettivi considerati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026.

1.5 Processo di misurazione e valutazione

Di seguito sono descritte le modalità con le quali si è svolto l'intero processo di misurazione e valutazione.

Sulla base delle disposizioni regolamentari aziendali concernenti l'implementazione e sviluppo del processo di budget annuale (Del. n. 959 del 18/10/2018 "Regolamento del sistema della Performance" e Del. n. 621 del 25/6/2021 "Aggiornamento del regolamento del sistema della Performance"), sono state avviate le procedure di valutazione per l'anno 2024 relative ai Centri di Responsabilità presenti nel piano 2024.

CENTRI DI ATTIVITA' – DIRIGENZA SANITARIA

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro di attività della Dirigenza Sanitaria il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, sono conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2024, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti tenuto conto del grado di raggiungimento degli obiettivi collocati nelle seguenti aree individuate nel percorso di budget 2024 (così come agli atti della S.C. Controllo di Gestione):

1. Adempimenti specifici;
2. Budget economico;
3. Indicatori aziendali di performance;
4. Indicatori MeS;
5. Indicatori AgeNaS PNE;
6. Obiettivi specifici aziendali;

specificando che il Comitato di Budget ha ritenuto opportuno, in fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi relativi ai centri di attività, individuare i fattori di correzione ai criteri già deliberati tramite ulteriori criteri riportati nell'Allegato 1, conservato agli atti della S.C. Controllo di Gestione.

CENTRI DI ATTIVITA' – COMPARTO SANITARIO

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro di attività del Comparto Sanitario il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, sono conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2024, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti tenuto conto del grado di raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi generali individuati nel percorso di budget 2024 (così come agli atti della S.C. Controllo di Gestione):

1. Miglioramento qualità professionale;
2. Miglioramento efficienza e appropriatezza organizzativa;
3. Miglioramento qualità percepita;
4. Miglioramento sicurezza e rischio clinico;
5. Obiettivi specifici del Dipartimento;

specificando che il Comitato di Budget ha ritenuto opportuno, in fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi relativi ai centri di attività del comparto sanitario, accettare le valutazioni dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici.

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro sanitario di supporto il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, sono conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2024, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti attraverso un processo iniziato con l'assegnazione di obiettivi specifici a ciascun centro, ritenuti strategici dal Comitato di Budget, rispetto alle attività aziendali di competenza del centro.

Dopo la conclusione delle attività annuali, il Responsabile di ciascun centro ha redatto una scheda di rendicontazione delle attività svolte con la quantificazione dei risultati ottenuti in modo da consentire il confronto con i risultati attesi.

Successivamente, sulla base delle suddette rendicontazioni, il Direttore Sanitario ha valutato e certificato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo (così come agli atti della S.C. Controllo di Gestione).

CENTRI TECNICO-AMMINISTRATIVI

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro tecnico-amministrativo il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, sono conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2024, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti attraverso un processo iniziato con l'assegnazione di obiettivi specifici a ciascun centro, ritenuti strategici dal Comitato di Budget, rispetto alle attività aziendali di competenza del centro.

Gli obiettivi sono stati classificati in tre gruppi: obiettivi assegnati a livello regionale all'Azienda Ospedaliera di Terni, obiettivi trasversali individuati a livello aziendale condivisi tra più centri e obiettivi specifici del centro.

Dopo la conclusione delle attività annuali, il Responsabile di ciascun centro ha redatto una scheda di rendicontazione delle attività svolte con la quantificazione dei risultati ottenuti in modo da consentire il confronto con i risultati attesi.

Successivamente, sulla base delle suddette rendicontazioni, il Direttore Amministrativo ha valutato e certificato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo (così come agli atti della S.C. Controllo di Gestione).

CONCLUSIONI

Al fine del collegamento dei risultati di budget con il sistema premiante per la parte riservata alla retribuzione di risultato e di produttività collettiva di performance organizzativa rispettivamente per l'area delle dirigenze e quella del comparto, sulla base delle rispettive regolamentazioni, si tiene conto che:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura considerata come centro di attività della Dirigenza Sanitaria (conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire a tutto il personale dirigente afferente alle relative strutture;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura considerata come centro di attività del comparto (conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale del comparto afferente funzionalmente alla medesima struttura;

- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun Centro Sanitario di Supporto (conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale della Dirigenza e del Comparto afferente alle relative strutture;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun Centro Tecnico-Amministrativo (conservati agli atti della S.C. Controllo di Gestione) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale della Dirigenza e del Comparto afferente alle relative strutture.

Il sistema di monitoraggio degli obiettivi è stato costruito mediante la realizzazione di un sistema informativo centralizzato che, a partire dalle diverse basi di dati presenti nell'Azienda Ospedaliera, consente la produzione di una reportistica differenziata per livello di utilizzatore e tipologia di report.

La diffusione delle informazioni avviene tramite il sistema IntraNet aziendale, con periodicità perlopiù mensile.

2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Analisi del contesto

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di fornire elementi utili per conoscere il contesto esterno in cui opera l'Azienda Ospedaliera di Terni e per comprendere eventuali mutamenti intercorsi tra la fase di programmazione e la fase di gestione.

CONTESTO SANITARIO

L'Azienda Ospedaliera di Terni è stata istituita con DPCM del 03.03.1994 che ne ha sancito il rilievo nazionale e la missione di alta specialità, inoltre è in atto una Convenzione con l'Università degli Studi di Perugia, per via della presenza presso l'A.O. di Terni del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Dalla sua istituzione l'A.O. ha svolto la propria attività nei limiti del mandato regionale, contemperando al suo interno le tre funzioni che sono divenute peculiari dell'attività aziendale:

1. la funzione di ospedale generale rivolto al soddisfacimento dei bisogni della comunità locale;
2. la funzione di alta specialità connaturata al ruolo di Azienda Ospedaliera e sostenuta validamente dalla presenza accademica;
3. il ruolo di Ospedale di Area Vasta, in grado, per ragioni logistiche e di offerta sanitaria, di soddisfare la domanda di un ampio bacino d'utenza comprendendo anche territori extraregionali, limitrofi e non.

Le attività dell'Azienda hanno come bacino di utenza primario il Distretto Socio-Sanitario di Terni; è inoltre nosocomio di riferimento per i residenti del Distretto di Narni-Amelia per la cura delle patologie non trattate nel locale Presidio.

In quanto Azienda di alta specializzazione è punto di riferimento, oltre che per gli utenti dei Distretti citati, anche per i residenti negli altri Distretti umbri e, soprattutto, per i residenti nelle province laziali di Rieti e di Viterbo, il cui afflusso è consistente e consolidato nel tempo.

La presente sezione della Relazione annuale sulla performance è dedicata in particolare alla focalizzazione dell'attenzione su eventuali mutamenti del contesto in cui l'amministrazione si è trovata ad operare nel periodo di riferimento.

A tale riguardo il 2024 può essere considerato il primo anno dal 2020 in cui gli effetti della pandemia da COVID-19 sono risultati di entità tale da non influenzare le attività e i processi organizzativi dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

CONTESTO DEMOGRAFICO

La numerosità della popolazione del Distretto di Terni è di oltre 130.000 unità, mentre il Distretto di Narni-Amelia conta oltre 50.000 abitanti. Come detto l'Azienda Ospedaliera di Terni costituisce un punto di riferimento anche per una quota dei residenti nelle province di Rieti e Viterbo, le quali complessivamente ammontano a circa 460.000 abitanti.

Dal punto di vista della struttura della popolazione la provincia di Terni è caratterizzata da un'età media di 48,85 anni (12° posto sulle 108 province italiane – media Italia 46,11 anni) e da un indice di vecchiaia pari a 275,2 (11° posto sulle 108 province italiane – media Italia 199,8). Si tratta quindi di una popolazione con alti livelli di anzianità con forti ripercussioni sui bisogni di salute sia a livello territoriale che in ambito ospedaliero.

CONTESTO ISTITUZIONALE

L'assetto sanitario della Regione Umbria prevede la presenza di quattro Aziende Sanitarie, due territoriali e due ospedaliere (l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Azienda Ospedaliera di Terni).

2.2 Analisi delle risorse

Nel presente paragrafo viene fatto un aggiornamento del quadro delle risorse umane e dei posti letto disponibili nell'anno 2024, con menzione di quanto le loro variazioni hanno inciso sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

ANALISI DEL PERSONALE

Per fare un quadro della situazione del personale nell'anno 2024 ci si deve innanzitutto riferire all'andamento della dotazione nel periodo 2019-2024.

Nella tabella che segue viene riportato l'andamento della dotazione di personale per qualifica / ruolo nel periodo 2019 – 2024.

	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
MEDICI	380	395	414	388	379	377
ALTRI DIRIGENTI SANITARI	25	22	26	25	26	29
INFERMIERI	769	849	889	863	839	866
TECNICI SANITARI	141	150	158	154	158	146
OSS/OTA e AUSILIARI	157	178	175	187	200	215
RUOLO AMMINISTRATIVO	70	66	63	60	54	64
RUOLO TECNICO	60	61	62	58	56	55
RUOLO PROFESSIONALE	3	0	2	3	4	3
TOTALE	1.605	1.721	1.789	1.738	1.716	1.755

Come si può notare, la numerosità del personale al 31/12/2024 è aumentata di 39 unità rispetto all'anno precedente (da 1.716 a 1.755 unità).

Nel triennio 2019-2021 si era verificato un intenso incremento, concentrato in particolare sui ruoli sanitari e dovuto in larga parte alle misure adottate per affrontare l'emergenza COVID.

Nei due anni successivi la numerosità del personale si era leggermente ridotta, prima dell'incremento determinatosi nel 2024.

In definitiva, comunque, alla fine del 2024 l'organico dell'Azienda Ospedaliera di Terni registra un aumento di 150 unità rispetto all'ultimo periodo precedente la pandemia (31/12/2019), in particolare riguardante il personale sanitario e socio-sanitario degli infermieri (+97) e del personale tecnico addetto all'assistenza (+58).

Si rimarca inoltre che con le azioni organizzative relative alla gestione della numerosità e della collocazione del personale messe in atto dalla Direzione Aziendale nel 2024, la spesa dell'Azienda Ospedaliera relativa al personale è stata contenuta entro il tetto finanziario stabilito a livello nazionale,

ANALISI DEI POSTI LETTO

Infine nell'ultima tabella del paragrafo viene presentata la situazione della dotazione dei posti letto al 31/12/2024.

In definitiva i posti letto in regime di degenza al 31/12/2024 risultano 516 a cui si aggiungono 15 culle della sezione Nido.

	Situazione al: 31/12/2024	POSTI LETTO		
CODICE	REPARTO	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	18	1	19
0802	EMODINAMICA	4	0	4
0803	ELETTROFISIOLOGIA	4	0	4
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	2	2	4
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	3	0	3
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	20	0	20
0911	CHIRURGIA MAMMELLA	1	1	2
0912	COLONPROCTOLOGIA	14	1	15
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2	0	2
1201	CHIRURGIA PLASTICA	2	0	2
1301	CHIRURGIA TORACICA	6	0	6
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	11	0	11
2101	GERIATRIA	32	0	32
2401	MALATTIE INFETTIVE	26	1	27
2604	MEDICINA D'URGENZA	27	0	27
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	1
2606	MEDICINA INTERNA E VASCOLARE	32	0	32
2611	MEDICINA INTERNA E TRASLAZIONALE	32	2	34
2612	REUMATOLOGIA	0	3	3
2901	NEFROLOGIA	8	1	9
3001	NEUROCHIRURGIA	20	1	21
3101	NIDO	15	0	15
3201	NEUROLOGIA	18	2	20
3401	OCULISTICA	1	2	3
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	23	1	24
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	3	3	6
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	27	2	29
3802	CLINICA OTORINO	9	2	11
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	5	0	5
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	3	0	3
4304	UNITA' PROSTATA	1	0	1
4901	TERAPIA INTENSIVA	15	1	16
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	14	2	16
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6802	PNEUMOLOGIA	13	0	13
6903	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1	0	1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	0	4
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	6	0	6
100902	INTERO OSPEDALE	477	39	516

Il numero dei posti letto medi annuali complessivi nel 2024 è stato pari a 530 unità (491 in regime di degenza e 39 in regime diurno), con una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente come già osservato in precedenza.

Inoltre, a seguito di un accordo tra l'Azienda Ospedaliera di Terni e l'A.S.L. Umbria n. 2, è stata prevista l'erogazione nel presidio di Narni-Amelia per quanto riguarda l'attività chirurgica di alcune prestazioni (ad esempio quelle di day-surgery) che possono essere effettuate anche in ospedali non di alta specialità e nel contempo liberare risorse nell'Azienda Ospedaliera di Terni ai fini dell'incremento delle prestazioni di elevata complessità, mentre per quanto riguarda l'area medica è stata programmata la gestione dei ricoveri urgenti da parte dell'Azienda Ospedaliera in merito al possibile trasferimento e ricovero nel presidio di Narni, al fine in tal caso di ridurre l'affollamento dei posti letto nell'ospedale di Terni.

MARGINE CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO

In conclusione del paragrafo riguardante l'analisi delle risorse, nella tabella seguente viene riportata una sintesi del CE Consuntivo 2024 che mette a confronto il valore della produzione con i costi della produzione.

VALORE DELLA PRODUZIONE	218.350.724,05 €
COSTI DELLA PRODUZIONE	217.350.858,79 €
MARGINE	999.865,26 €

Dalla tabella si può notare come tra il valore e i costi della produzione vi sia un margine positivo pari a 999.865,26 €.

3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

3.1 Analisi dello stato di efficienza dell'Azienda Ospedaliera di Terni

Per effettuare un'analisi dello stato di efficienza dell'Azienda Ospedaliera di Terni è innanzitutto necessario mettere in evidenza alcune situazioni generali caratteristiche del sistema sanitario nazionale che influenzano in modo decisivo la redazione del bilancio stesso.

In primo luogo va sottolineata la inadeguatezza del tariffario dei ricoveri ospedalieri nel coprire i costi risultanti dall'erogazione delle prestazioni.

Già al momento dell'entrata in vigore dell'attuale nomenclatore venne stimato che le tariffe erano in media in grado di remunerare circa il 70% dei costi; considerando poi che, mentre le tariffe da allora sono rimaste invariate, i costi a causa dell'inflazione secondo i dati ISTAT sono aumentati di oltre il 20%.

Quanto detto significa che ogni ricovero produce uno scompenso tra ricavi e costi a favore di questi ultimi e, in particolare, che le Aziende Ospedaliere sono naturalmente in deficit di bilancio.

Secondo la normativa (D.L. 502/92 e successive modifiche) dovrebbe sopperire a tale deficit il sistema di finanziamento a funzioni, ma questo riguarda una serie di attività specifiche che nella pratica non sono indicative del grado di efficienza di ciascuna azienda ospedaliera.

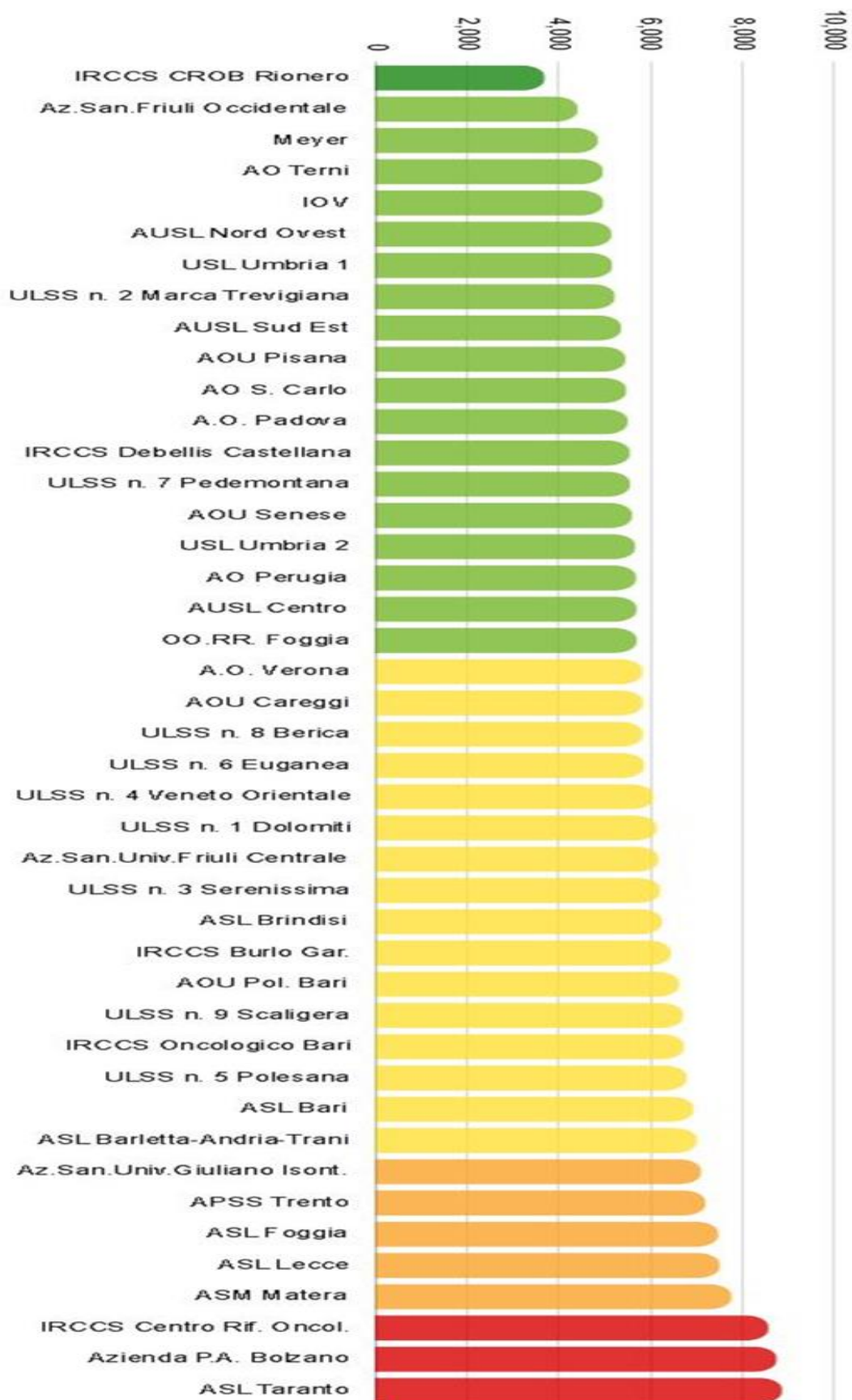
Inoltre, essendo l'individuazione delle attività soggette a mandato stata effettuata quando il tariffario allora vigente era costruito per essere in grado di remunerare i costi delle prestazioni, riguarda una serie di situazioni abbastanza circoscritta e non tale da poter compensare l'ampio divario tra costi e ricavi.

L'unica possibile soluzione per impiantare un sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere "equo" rispetto allo stato di efficienza di ciascuna di esse è ricorrere a indicatori o sistemi che siano in grado di "misurare" l'efficienza di ogni singola azienda ospedaliera.

Purtroppo non esiste un metodo "perfetto" per risolvere tale problema, è comunque possibile ricorrere a indicatori o sistemi attualmente calcolabili o attivabili.

Tra di essi si possono citare:

- L'indicatore MeS, calcolato dall'Istituto Sant'Anna di Pisa, "Costo medio per punto DRG" che, seppure estremamente sintetico, è comunque in grado di valutare con un solo valore il grado di efficienza di ciascun presidio ospedaliero mettendo in relazione il costo della struttura al volume di attività erogata. Da quanto pubblicato nel sito ufficiale dell'Istituto Sant'Anna risulta che nell'anno 2024 l'Azienda Ospedaliera di Terni è quella con il valore dei costi più basso, quindi la più "efficiente", tra tutte le aziende ospedaliere multidisciplinari delle regioni aderenti al Consorzio MeS. Di seguito viene presentato il grafico dell'indicatore, così come pubblicato nel sito dell'Istituto Sant'Anna di Pisa.



- L'attivazione del calcolo dei costi standard adottato dalla Società Scientifica NISan, cui partecipano circa un centinaio di strutture ospedaliere, che permette di confrontare i costi di ciascun ospedale, quindi di ciascuna azienda ospedaliera, con un benchmark calcolato secondo la media dei costi per fattore produttivo di tutti gli ospedali partecipanti. Tale sistema, più evoluto rispetto al singolo indicatore MeS citato in precedenza ma anche più "dispendioso" da implementare, è ottimo per valutare il grado di efficienza dell'Azienda Ospedaliera. Avendo la Regione Umbria adottato il sistema dei costi NISan per l'anno 2021 con tutti gli ospedali della Regione, anche in tal caso è possibile valutare il grado di efficienza dell'Azienda Ospedaliera di Terni, seppure con un dato non recentissimo, in quanto il risultato sintetico dell'analisi indicava un costo complessivo aziendale pari a 195.309.417 € a fronte di un costo benchmark pari a 197.357.795 € con un risparmio (efficienza) uguale a 2.048.378 €.

- Altro metodo di valutazione dell'efficienza ospedaliera può essere considerata la compilazione del modello associato al Decreto Interministeriale 21 giugno 2016 sul monitoraggio delle Aziende Ospedaliere che, mediante l'allegato tecnico a) presenta una metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle Aziende Ospedaliere. In sintesi tramite tale modello è possibile, tra l'altro, anche individuare, utilizzando i dati ufficiali del CE, il Finanziamento per Funzioni massimo ammissibile pari al 30% dei ricavi da attività. È sicuramente indicativo valutare quanto ogni azienda ospedaliera possa raggiungere o avvicinarsi al pareggio di bilancio inserendo tale valore del finanziamento massimo nella riga "A.1.A.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto", considerando che poche aziende ospedaliere italiane sono in grado di conseguire questo obiettivo. Considerando i dati del CE 2024 Consuntivo e inserendo nella suddetta riga il valore di 60.888.104,45 €, l'Azienda Ospedaliera di Terni sarebbe in attivo di circa 3,9 milioni di €. Lo schema redatto secondo le indicazioni contenute nel Decreto Interministeriale 21 giugno 2016 utilizzando i dati del CE Consuntivo 2024 è presentato di seguito. Considerando poi che secondo lo schema predisposto uno scostamento negativo indica in realtà un dato positivo secondo cui i ricavi ammissibili superano i costi, la tabella evidenzia che l'Azienda Ospedaliera di Terni per l'anno 2024 presenta un risultato positivo in valore assoluto di circa 2,4 milioni di € e in termini percentuali del 2,17% anche in tal caso rientrando tra le poche aziende ospedaliere italiane in grado di raggiungere un valore positivo.

costi	anno 2024 - consuntivo
TOTALE COSTI	224.309.643,58
ricavi da prestazioni	anno 2024 - consuntivo
TOTALE RICAVI DA PRESTAZIONI	141.183.195,37
normalizzazione dei ricavi da ricovero	anno 2024 - consuntivo
delta tariffario percentuale da tabella A	-1,00%
RISULTATO NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO	-889.048,34
ricavi da prestazioni new	anno 2024 - consuntivo
ricavi da prestazioni	141.183.195,37
normalizzazione dei ricavi da ricovero	-889.048,34
RISULTATO RICAVI DA PRESTAZIONI NEW	142.072.243,71
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	anno 2024 - consuntivo
x percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività	30,00%
ricavi da prestazioni new	142.072.243,71
RISULTATO FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE	60.888.104,45
altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria	anno 2024 - consuntivo
TOTALE ALTRI RICAVI RELATIVI ALLE ENTRATE PROPRIE, ALLE STERILIZZAZIONI E ALLA GESTIONE FINANZIARIA	25.747.888,06
ricavi massimi ammissibili	anno 2024 - consuntivo
ricavi da prestazioni new	142.072.243,71
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	60.888.104,45
altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria	25.747.888,06
TOTALE RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI	228.708.236,21
scostamento	anno 2024 - consuntivo
costi	224.309.643,58
ricavi massimi ammissibili	228.708.236,21
RISULTATO SCOSTAMENTO	-4.398.592,63
scostamento percentuale	anno 2024 - consuntivo
scostamento	-4.398.592,63
ricavi da prestazioni new	142.072.243,71
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	60.888.104,45
RISULTATO SCOSTAMENTO PERCENTUALE	-2,17%
differenza tra finanziamento assegnato e finanziamento per funzioni massimo ammissibile	anno 2024 - consuntivo
A.1.A.1) finanziamento da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto assegnato CE 2024 Consuntivo	51.419.640,81
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	60.888.104,45
RISULTATO DIFFERENZA TRA FINANZIAMENTO ASSEGNATO E FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE	-9.468.463,64

- Da considerare infine in tale contesto che il reale volume di attività erogato nell'ambito della mobilità sanitaria regionale eccedente il global budget è pari a 2.972.598,00 €, così come si può vedere dalla tabella seguente.

		ASL Umbria 1	ASL Umbria 2	Totale regionale
A	Ricavi mobilità regionale	5.496.395,41	112.918.799,59	118.415.195,00
B	Global budget	5.231.192,00	110.211.405,00	115.442.597,00
C	Differenza tra ricavi mobilità regionale e global budget	265.203,41	2.707.394,59	2.972.598,00

In definitiva tutte le metodologie sopra menzionate atte alla valutazione dell'efficienza delle aziende ospedaliere concordano nel qualificare l'Azienda Ospedaliera di Terni dotata di un elevato grado di efficienza.

3.2 Risultati relativi agli obiettivi aziendali

I principali obiettivi aziendali, che poi sono declinati a seconda delle specifiche competenze ai centri di responsabilità dell'area sanitaria nell'ambito del processo di budget, suddivisi nelle aree specificate nel paragrafo 1.5 del presente documento e nella sezione del P.I.A.O. 2024-2026 dedicata al ciclo della performance, sono rappresentati in un cruscotto direzionale composto da tre schede:

- Scheda 1 – Budget economico (volumi di attività, costi dei beni sanitari e indicatore di efficienza dell'utilizzo dei beni sanitari)
- Scheda 2 – Indicatori aziendali di performance (aumento dei volumi di attività, recupero mobilità extraregionale, riduzione sovraffollamento dei posti letto, efficientamento attività di Pronto Soccorso, miglioramento efficienza impiego dei beni sanitari, miglioramento efficienza personale dipendente e riduzione costi dei fattori produttivi)
- Scheda 3 – Indicatori MES (consorzio Management e Sanità, elaborati dell'Istituto Sant'Anna di Pisa)

Di seguito si riportano i risultati conseguiti nel periodo 2019-2024 relativamente a ciascuna delle tre schede.

SCHEDA 1: BUDGET ECONOMICO

1a) VALORE ATTIVITA'

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Risultati 2024</i>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	54.838.219	52.257.694	52.395.810	53.819.969
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	20.254.779	22.833.114	24.073.085	24.049.980
Volume attività di ricovero extraregionale	18.857.365	14.794.223	14.747.071	14.041.444
Totale Volume Attività di Ricovero	93.950.363	89.885.031	91.215.966	91.911.393
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	31.723.547	34.180.837	34.624.956	34.080.065
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	4.400.861	4.357.642	4.521.491	4.028.033
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale	36.124.408	38.538.479	39.146.447	38.108.098
Totale Volume Attività	130.095.981	127.843.731	130.362.413	130.019.491

1b) COSTI

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Risultati 2024</i>
COSTI BENI SANITARI				
Farmaci	9.785.063	11.871.702	8.527.332	8.587.540
Dispositivi	29.220.989	29.044.316	30.815.464	31.787.612
Altri Prodotti	1.280.709	466.482	466.648	571.722
Totale Costi Beni Sanitari al netto del COVID e del file F	40.286.760	41.382.500	40.046.535	40.946.874
Prodotti COVID	0	1.413.712	237.090	173.678
File F	12.436.327	9.234.108	14.338.498	13.596.926
Totale Costi Beni Sanitari	52.723.087	52.030.320	54.385.033	54.717.478

1c) EFFICIENZA

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2022</i>	<i>Risultati 2023</i>	<i>Risultati 2024</i>
Costo beni sanitari per euro di attività	0,3097	0,3237	0,3072	0,3149

Per quanto riguarda i volumi di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale ad inizio anno si era posto come obiettivo la stabilizzazione degli ottimi valori ottenuti nel 2023, consentendo in tal modo di rimanere sui risultati raggiunti nel 2019, periodo pre-COVID.

Come detto in precedenza, i risultati denotano che l'obiettivo prefissato è stato conseguito, essendosi mantenuto il totale del volume dell'attività sugli stessi livelli dei due anni a confronto.

Infatti il totale del volume finanziario dell'attività erogata nel 2024, pari a 130,0 milioni di €, è in linea sia con il dato rilevato nell'anno precedente (130,4 mln. €) che con il dato 2019 (130,1 mln. €).

Di grande rilievo il dato relativo ai ricoveri di alta specialità per pazienti residenti in Umbria, che, replicando i volumi di attività dell'anno precedente, conferma il consistente aumento rispetto al 2019,

segnale chiaro che l'Azienda Ospedaliera di Terni sta pienamente ottemperando al suo ruolo di cura e trattamento dei pazienti umbri bisognosi di procedure di alta specializzazione.

L'indicatore di efficienza dell'utilizzo dei beni sanitari (0,3149 € per ogni euro di attività prodotta) rimane su buoni livelli di efficienza, malgrado gli aumenti dei prezzi dovuti all'inflazione e lo sviluppo di attività chirurgiche ad alta specializzazione ma conseguentemente anche ad alto costo, mentre i volumi finanziari di attività sono calcolati utilizzando tariffari costanti ormai da molti anni.

SCHEDA 2: OBIETTIVI ANNUALI

OBIETTIVO	INDICATORE		
	2019	2023	2024
1. AUMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITÀ			
1a. Efficace utilizzo delle sale operatorie			
% utilizzo sale operatorie incluso turn over (PIASTRA)	80,5	89,8	91,2
% utilizzo sale operatorie incluso turn over (II PIANO)	87,3	87,8	88,9
1b. Incremento casistica di alta specialità			
Valore attività alta specialità regionale (mln. di €)	20,3	24,1	24,0
1c. Possibilità di effettuare interventi chirurgici presso il Presidio di Narni			
N. interventi presso Presidio di Narni	0	954	624
2. RECUPERO MOBILITÀ EXTRAREGIONALE			
2a. Incremento casistica extraregionale			
Valore attività extraregionale (mln. di €)	23,3	19,2	18,1
3. RIDUZIONE SOVRAFFOLLAMENTO DEI POSTI LETTO			
3a. Riduzione inappropriatelyzza del ricovero			
Indice di Performance	103,7	108,3	104,2
4. EFFICIENTAMENTO ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO			
4a. Riduzione dei tempi di attesa			
Tempi medi presa in carico pazienti (minuti)	86	77	63
4b. Riduzione del tasso di ricovero			
Indice tasso di ricovero (%)	27,2	22,4	21,1
5. MIGLIORAMENTO EFFICIENZA IMPIEGO DEI BENI SANITARI			
5a. Riduzione dei costi in relazione all'attività erogata			
Costo beni sanitari per euro di attività (€)	0,3097	0,3072	0,3149
6. MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PERSONALE DIPENDENTE			
6a. Tasso di efficienza del personale dipendente			
Volume finanziario attività per MEDICO (€)	342.358	344.227	344.879
Volume finanziario attività per INFERMIERE (€)	169.176	155.497	150.138
Volume finanziario attività per UNITA' DI PERSONALE (€)	81.057	76.027	74.085
7. RIDUZIONE DEI COSTI DEI FATTORI PRODUTTIVI			
7a. Tasso di efficienza dei Fattori Produttivi			
Rapporto ricavi attività sul costo totale da CE	0,6437	0,6044	0,5982

Riguardo agli obiettivi annuali 2024 elencati nel P.I.A.O. 2024-2026 e riportati nella tabella precedente si possono trarre le seguenti considerazioni:

- Il primo obiettivo “Aumento dei volumi di attività” è suddiviso nei sub-obiettivi:

- “efficace utilizzo delle sale operatorie” che, come evidenziato dall’aumento del tasso di utilizzo dei due blocchi operatori principali, è in continuo miglioramento sia rispetto al 2019 che all’anno 2023;
 - “incremento casistica di alta specialità” che dopo aver registrato un marcato aumento nel 2023 rispetto sia al 2019 che al 2022, nel 2024 ha confermato i livelli raggiunti nell’anno precedente;
 - “possibilità di effettuare interventi chirurgici presso il presidio di Narni” che nel 2024 ha registrato un decremento nei confronti del 2023, dovuto alla diminuzione della disponibilità delle sedute operatorie.
- Il secondo obiettivo “Recupero mobilità extraregionale” ha come unico sub-obiettivo l’incremento della casistica extra-regionale, misurata dal valore dell’attività erogata a pazienti residenti in altre regioni; il dato risulta in diminuzione rispetto all’anno precedente.
 - Il terzo obiettivo “Riduzione sovraffollamento dei posti letto” ha come sub-obiettivo la riduzione della inappropriata degenza, misurata dall’indice di performance. In questo caso si è avuto un forte miglioramento con una riduzione di oltre 4 punti percentuali (da 108,3 a 104,2). Il dato è confermato dall’azzeramento dell’utilizzo dei posti letto nei corridoi dei reparti ospedalieri. Si tratta di un obiettivo cui la Direzione Aziendale aveva dato massima priorità, per cui l’ottimo risultato ha un peso importante sulla considerazione del generale raggiungimento degli obiettivi aziendali.
 - Il quarto obiettivo “Efficientamento attività di Pronto Soccorso” prevede come sub-obiettivi la riduzione dei tempi di attesa e la diminuzione del tasso di ricovero; entrambi gli indicatori deputati alla misurazione dei due fenomeni in oggetto hanno ottenuto valori migliori di quelli raggiunti nei due anni, 2019 e 2023, a confronto. La diminuzione del tasso di ricovero, in particolare, ha contribuito alla riduzione del sovraffollamento dei posti letto.
 - Il quinto obiettivo “Miglioramento efficienza impiego beni sanitari” deve tenere conto della riduzione dei costi in relazione all’attività erogata. A tale proposito è stato adottato come indicatore il costo dei beni sanitari per euro di attività; il risultato ottenuto nel 2024 è sostanzialmente in linea con quello relativo all’anno precedente.
 - Il sesto obiettivo “Miglioramento efficienza personale dipendente” prende in considerazione il tasso di efficienza del personale dipendente. Gli indicatori utilizzati riguardano il volume finanziario dell’attività per medico, infermiere e per il totale delle unità di personale. Mentre il volume finanziario per medico ha superato nel 2024 il dato relativo sia al 2019 che al 2023, i volumi per infermiere e per unità di personale sono risultati inferiori al valore riscontrato nei due anni a confronto.
 - Il settimo obiettivo “Riduzione dei costi dei fattori produttivi” ha come sub-obiettivo il miglioramento del tasso di efficienza dei fattori produttivi. Si considera in tal caso come indicatore del fenomeno analizzato il rapporto tra ricavi finanziari delle attività erogate e il costo totale della produzione. Il valore conseguito nel 2024, pari a 59,82%, è praticamente in linea con quello ottenuto nel 2023. La difficoltà di mantenere stabile o di migliorare tale indicatore, pur adottando efficaci azioni di efficientamento, risiede nel fatto

che mentre le tariffe dei ricavi sono bloccate ormai da oltre dieci anni, i costi tendono ad aumentare per l'effetto congiunto del fenomeno dell'inflazione e di quello della sempre maggiore obsolescenza della struttura ospedaliera che costringe all'esecuzione di dispendiose attività manutentive.

SCHEDA 3: INDICATORI MES

Definizione	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	mes	2024 / 2023
indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,24	0,38	0,21	-0,02		
indice di performance degenza media - DRG medici	-0,09	0,6	0,8	0,41		
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	17,56	16,46	15,3	16,33		
% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	15,57	27,59	54,23	66,67		
% ricoveri in Day-Surgery	59,46	46,51	59,24	65,56		
% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	59,16	36,16	50,41	61,4		
% Prostatectomia transuretrale	88,62	75,7	97,06	100		
% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	90,94	93,13	94,51	94,53		
% parti cesarei depurati	19,12	19,06	19,58	25,36		
% episiotomia depurata	27,03	27,03	20,18	18,58		
% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	1,99	3	4,1	4,82		
% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	56,76	0	100	100		
% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	93,65	82,07	83,94	95,24		
PS - % pazienti con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti			74,87	78,24		
PS - % accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore	91,49	73,86	68,58	69,42		
PS - % pazienti con tempi di permanenza entro le 8 ore	88,12	87,34	86,56	87,75		
PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	64,96	68,51	71,79	70,73		
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	7,86	7,26	6,42	5,83		
% dimissioni volontarie	1,17	1,12	1,15	0,98		

Nella scheda 3 sono riportati gli indicatori ospedalieri misurati e valutati dall'Istituto "Sant'Anna" di Pisa e successivamente inseriti nel "bersaglio" relativo a ciascuna Azienda Ospedaliera ubicata nelle Regioni aderenti al Consorzio Management e Sanità.

Nella colonna di sinistra delle due colonne colorate, viene riportata la situazione relativa ad ogni indicatore secondo le fasce individuate dall'Istituto.

In sintesi dei 19 indicatori presi in considerazione 3 sono nella fascia verde scura attestante il livello massimo, 9 nella fascia del secondo livello verde chiaro, 2 ubicati al terzo livello giallo, 3 al quarto livello arancione e soltanto 2 in fascia rossa.

Quindi si registra che oltre la metà degli indicatori sono valutati nelle fasce di eccellenza, mentre due indicatori sono in fascia rossa; c'è comunque da sottolineare che, se si va a vedere l'andamento di tali due indicatori a livello nazionale, quasi tutte le regioni e quasi tutti gli ospedali misurati, per quanto riguarda la percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso, si trovano nella medesima situazione dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

L'analisi della scheda 3 risulta ancora più interessante se si rileva il colore dell'ultima colonna a destra, la quale riporta una cella verde se si è registrato un miglioramento nel 2024 rispetto all'anno precedente ed una rossa in caso di peggioramento; in questo caso ben 17 dei 19 indicatori risultano migliorati o nelle fasce MeS verdi, prova della grande attenzione rivolta nel 2024 dalla Direzione Aziendale verso l'efficientamento dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

L'analisi a livello Direzionale dell'andamento degli indicatori MeS costituisce una guida di notevole importanza per l'implementazione di azioni volte a migliorare l'efficienza delle aziende oggetto di misurazione.

3.3 Risultati relativi alla performance delle singole unità organizzative

Prima di analizzare la performance delle singole unità organizzative, è opportuno riportare il Piano dei Centri di Budget, suddiviso nelle 4 categorie menzionate nel capitolo relativo alla descrizione del Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.).

- CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA

COD	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Geriatria
0103	Endocrinologia
0106	Pneumologia
0107	Malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Dermatologia
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna e malattie vascolari
0115	Epatogastroenterologia
0116	Endoscopia Digestiva
0117	Andrologia
02	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0202	Senologia
0203	Colonproctologia
0204	Chirurgia generale / chirurgia breve ed ambulatoriale
0207	Urologia
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata

0211	Chirurgia plastica e ricostruttiva
0212	Clinica Urologica Andrologica e Uroginecologica
03	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
0301	Oculistica
0302	Clinica otorinolaringoiatrica e patologia cervico-facciale
0303	Chirurgia maxillo-facciale
04	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Neuroriabilitazione (UGCA) e medicina fisica
0404	Neurofisiopatologia
05	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0504	Elettrofisiologia
0505	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC)
0506	Cardioanestesia (T.I.P.O.)
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
06	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
0601	Ostetricia e ginecologia
0602	Clinica pediatrica
0603	Neonatologia e patologia neonatale - T.I.N.
07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso
0704	Medicina d'urgenza
0705	Chirurgia digestiva e d'urgenza
08	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi
09	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia e R.M.N.
0903	Medicina nucleare
0904	Radiologia interventistica
11	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
1101	Oncologia medica
1102	Radioterapia
1103	Istituto di anatomia patologica
1104	Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

COD.	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
	Clinica medica e reumatologia
	Geriatria
	Endocrinologia
	Malattie apparato respiratorio
	Medicina interna e vascolare
	Malattie infettive
	Nefrologia degenza / Dialisi
	Dermatologia
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Epatogastroenterologia
	Endoscopia operativa
	Medicina interna e translazionale
02	P. O. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
	Chirurgia generale e Colonproctologia
	Chirurgia generale e Degenza breve
	Polo urologico degenze, endoscopia urologica e litotrissia
	Ortopedia, Chirurgia della mano, DH e PS ortopedico
	Chirurgia digestiva e unità del fegato
03	P. O. DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
	Oculistica, Otorino, Chirurgia Maxillo facciale
04	P. O. DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
	Neurochirurgia degenza
	Neurologia e Stroke Unit
	Neuroriabilitazione U.G.C.A.
	Riabilitazione servizio
	Neurofisiopatologia
05	P. O. DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
	Cardiochirurgia, Chir. Toracica e Chir. Vascolare degenza
	Area cardiologia degenza
	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) + Cardioanestesia (T.I.P.O.)
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizi Amb. Cardiologici
06	P. O. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
	Ginecologia degenza
	Ostetricia Rooming-in
	Sala parto (infermieri)
	Sala parto (ostetriche)
	Pediatria, Neonatologia e T.I.N.
	Centro salute donna
07	P. O. DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA
	Anestesia e rianimazione
	Pronto Soccorso
	Medicina d'urgenza
08	P. O. DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
	Immunoematologia e Trasfusionale (tecnici)

	Immunoematologia e Trasfusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi (tecnici)
	Laboratorio Analisi (infermieri)
09	P. O. DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
	Radiologia (Tecnici)
	Radiologia (Infermieri)
	Radiologia Interventistica (Tecnici)
	Radiologia Interventistica (Infermieri)
	RMN (Tecnici)
	TAC/RMN (Infermieri)
	Medicina Nucleare (Tecnici)
	Medicina Nucleare (Infermieri)
11	P. O. DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
	Oncologia Degenza e DH, Oncoematologia
	Radioterapia oncologica (Tecnici)
	Radioterapia oncologica (Infermieri)
	Anatomia patologica
	P. O. CENTRI SANITARI DI SUPPORTO
	Poliambulatori
14	P. O. AREA SALE OPERATORIE
	Gruppo operatorio Piastra Nuova
	Gruppo operatorio VI piano: Emodinamica, Elettrofisiologia

- CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

COD.	DESCRIZIONE
	Formazione-Qualità-Comunicazione
	Servizio Prevenzione e Protezione
	S.I.T.R.O. Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
	Direzione Medica
	Risk Management
	Farmacia
	Psicologia
	Medicina Legale
	Medicina del Lavoro
	Fisica Sanitaria

- CENTRI TECNICO-AMMINISTRATIVI

COD.	DESCRIZIONE
	Direzione Tecnica
	Economato e Provveditorato
	Direzione Affari Generali e Legali
	Struttura Complessa Risorse Umane
	Struttura Complessa Economico Finanziaria
	Struttura Complessa Controllo di Gestione

Le schede dei risultati del processo di budget delle singole unità organizzative sono conservate agli atti della S.C. Controllo di Gestione.

3.4 Risultati relativi alla performance organizzativa complessiva

Le schede dei risultati complessivi, con i relativi punteggi degli obiettivi assegnati e la percentuale di raggiungimento degli stessi, sono conservate agli atti della S.C. Controllo di Gestione.

Nelle tabelle riportate di seguito si evidenziano in termini aggregati i risultati raggiunti dai centri di budget aziendali.

OBIETTIVI CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA RIEPILOGO RISULTATI PER CENTRO DI ATTIVITA'

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	16	30,2
95,0 - 99,9	8	15,1
90,0 - 94,9	4	7,5
85,0 - 89,9	11	20,8
80,0 - 84,9	10	18,9
70,0 - 79,9	3	5,7
< 70,0	1	1,9
TOTALE	53	100,0

OBIETTIVI CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO RIEPILOGO RISULTATI PER CENTRO DI ATTIVITA'

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	13	22,8
95,0 - 99,9	22	38,6
90,0 - 94,9	17	29,8
85,0 - 89,9	5	8,8
80,0 - 84,9	0	0,0
70,0 - 79,9	0	0,0
< 70,0	0	0,0
TOTALE	57	100,0

OBIETTIVI CENTRI SANITARI DI SUPPORTO
RIEPILOGO RISULTATI PER CENTRO SANITARIO DI SUPPORTO

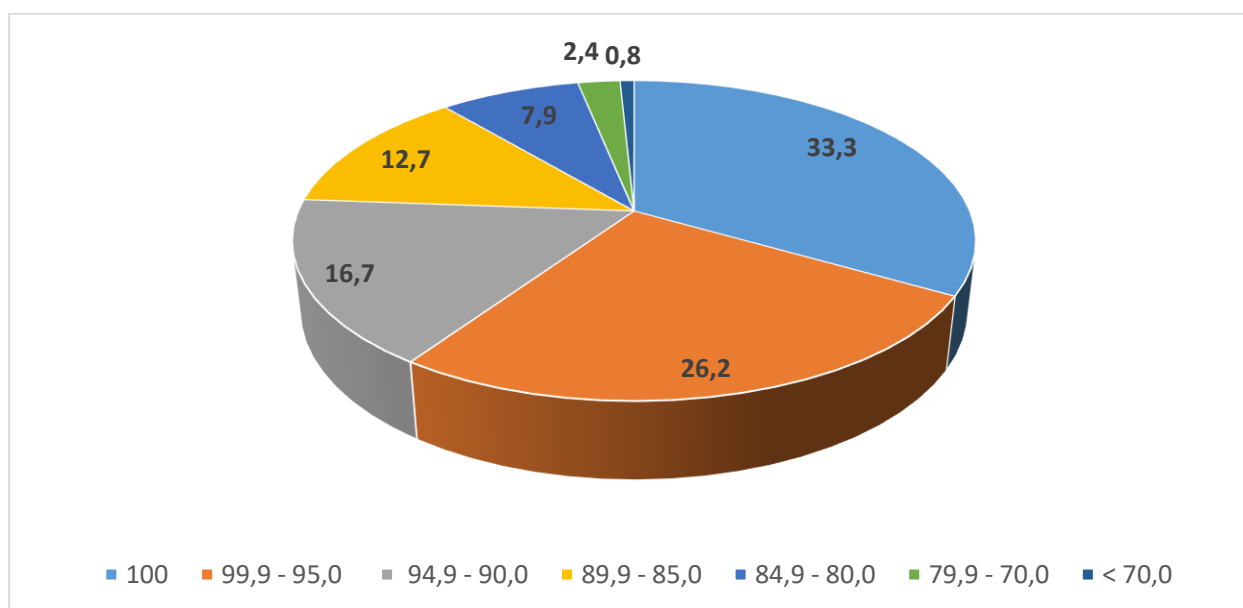
% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	8	80,0
95,0 - 99,9	12	20,0
90,0 - 94,9	0	0,0
85,0 - 89,9	0	0,0
80,0 - 84,9	0	0,0
70,0 - 79,9	0	0,0
< 70,0	0	0,0
TOTALE	9	100,0

OBIETTIVI CENTRI TECNICO-AMMINISTRATIVI
RIEPILOGO RISULTATI PER CENTRO TECNICO-AMMINISTRATIVO

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	5	83,3
95,0 - 99,9	1	16,7
90,0 - 94,9	0	0,0
85,0 - 89,9	0	0,0
80,0 - 84,9	0	0,0
70,0 - 79,9	0	0,0
< 70,0	0	0,0
TOTALE	7	100,0

Come sintesi di tutti i risultati ottenuti, di seguito viene presentati una tabella ed un grafico che raggruppano tutti i centri di budget 2024

Range Valutazione	Distribuzione Range valutazione COMPARTO	%
100,0	42	33,3
95,0 - 99,9	33	26,2
90,0 - 94,9	21	16,7
85,0 - 89,9	16	12,7
80,0 - 84,9	10	7,9
70,0 - 79,9	3	2,4
<70,0	1	0,8
VALUTAZIONI TOTALI	126	100,0



4. Misurazione e valutazione della performance individuale

Il processo annuale di valutazione della performance riguarda tutto il personale delle diverse aree della Dirigenza e del Comparto dell’Azienda e di quello Universitario e convenzionato, così come da specifici accordi presi tra l’Azienda Ospedaliera e l’ente di provenienza del personale di che trattasi ed è disciplinato nello specifico dall’atto deliberativo “Aggiornamento del Regolamento del Sistema della Performance”, adottato con D.D.G. n. 621 del 25/06/2021, al quale si rimanda integralmente.

La valutazione in Azienda è considerata quale fattore determinante per garantire percorsi di sviluppo e di valorizzazione dei singoli professionisti e pertanto è finalizzata ad esprimere un giudizio complessivo, formulato sulla base di elementi, in parte correlati al risultato, in parte collegati a valutazioni di carattere gestionale e/o professionale.

I due livelli di valutazione, nelle sue componenti di performance organizzativa e di quella individuale, sono collegati tra loro e riguardano, rispettivamente, la valutazione e la valorizzazione del grado di raggiungimento degli obiettivi dei dipartimenti e delle strutture complesse (“valutazione della performance organizzativa”) e degli obiettivi individuali del personale (“valutazione della performance individuale”) rispetto a:

- la qualità dell’esercizio del ruolo;
- le dimostrate competenze professionali specifiche del profilo;
- e nell’ambito della performance organizzativa, il contributo quali-quantitativo assicurato:
 - agli specifici obiettivi di gruppo;
 - al raggiungimento della performance della struttura di appartenenza.

La rilevazione della performance organizzativa è strettamente connessa al sistema di Budget aziendale per Centri di Responsabilità e di Costo di cui tiene conto, così come riportato dal Comitato di Budget, nei documenti relativi ai risultati definitivi per l’anno 2024.

A partire dal mese di maggio 2025, è stata avviata la rilevazione della performance individuale, per tutte le professionalità appartenenti alle diverse aree contrattuali e ruoli, attraverso un processo completamente informatizzato. Inizialmente il sistema è stato testato nelle Direzioni Amministrative e successivamente in ambito sanitario

Il nuovo sistema, realizzato con il supporto dell’Ufficio Informatico, ha consentito l’eliminazione totale delle schede di valutazione cartacee utilizzate fino al 2024, introducendo un meccanismo interamente basato sulla trasmissione via e-mail.

Nella prima fase del processo, le schede di valutazione sono state inviate ai valutatori, ciascuno dei quali ha ricevuto quelle relative ai propri collaboratori. Una volta compilate, le schede sono state automaticamente inoltrate ai valutati, che le hanno ricevute sul proprio indirizzo e-mail aziendale.

I valutati, a loro volta, hanno potuto accettare o rifiutare il giudizio ricevuto, trasmettendo nuovamente la scheda. Questo passaggio ha consentito all’Ufficio Informatico di raccogliere i dati all’interno di un apposito database, garantendo tracciabilità, efficienza e centralizzazione delle informazioni.

Attraverso la valorizzazione della performance individuale, il personale dirigente e del Comparto accede al sistema di premialità individuale e organizzativa, secondo i meccanismi puntualmente descritti nel Regolamento del Sistema della Performance, così come condivisi con accordi sindacali

specifici sottoscritti con le Aree delle Dirigenze e del Comparto, ai sensi della normativa legislativa e contrattuale vigente.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Attività, si applica un criterio di valutazione che fa corrispondere la percentuale esatta del peso degli obiettivi conseguita al grado di raggiungimento degli obiettivi, sia per la Dirigenza sia per il Comparto. Pertanto anche per l'anno in esame, sulla base dei risultati definitivi del Budget 2024 - Performance Organizzativa, si è preso atto delle percentuali di raggiungimento delle Performance di Struttura, utili per la determinazione degli incentivi da performance organizzativa spettanti al personale.

Le quote incentivanti di performance individuale e di performance organizzativa sono determinate dalla rispettiva valorizzazione raggiunta tramite la scheda di valutazione, rapportata per la performance organizzativa al rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi, con abbattimento percentuale di tutte le assenze complessive anche non continuative dal servizio, secondo quanto concordato in sede sindacale e riportato ai capitoli n. 3, 4 e 5 del Regolamento della Performance.

Valutazione 2024: Risultati e andamenti Performance Individuale COMPARTO

Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 1366 dipendenti in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato del Comparto, di cui n. 20 non valutabili in quanto personale afferente a ruoli per cui non è prevista la valorizzazione di che trattasi o con una presenza non significativa (< 3 mesi). Il 92,20 % ha totalizzato una valutazione al massimo.

Dip. Comparto anno 2024	1366
Non valutabili	-20
Totale in valutazione	1346

Valutazione complessiva

Range Valutazione	Distribuzione Range valutazione COMPARTO	%
100,0	1241	92,20
95,0 - 99,9	93	6,91
90,0 - 94,9	3	0,22
85,0 - 89,9	4	0,30
80,0 - 84,9	1	0,07
70,0 - 79,9	2	0,15
<70,0	2	0,15
VALUTAZIONI TOTALI	1346	100,0

La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili per la premialità nel Fondo Premialità e Condizioni di Lavoro, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come da Regolamento sulla Performance.

La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili per la premialità nel Fondo Premialità e Condizioni di Lavoro, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal dipendente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come Regolamento sulla Performance.

Valutazione 2024: Risultati e andamenti Performance individuale Dirigenza Medica e Sanitaria non Medica

Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 458 dirigenti medici e sanitari non medici in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato, di cui n. 32 non valutabili in quanto personale afferente a ruoli per cui non è prevista la valorizzazione di che trattasi o con una presenza non significativa (< 3 mesi). Il 62,6% ha totalizzato una valutazione al massimo.

Dirigenti Medici e Sanitari non Medici t. ind. e det. anno 2024	458
Non valutabili per presenza non significativa ai fini della valutazione e < 3 mesi	-32
Totale DM e DSNM in valutazione	426
Dirigenti Medici RNE non percettori di incentivi	32

Valutazione Performance Individuale Complessiva

Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE	Distribuzione Range valutazione DM e DSNM	%
100,0	267	62,7
95,0 - 99,9	67	15,7
90,0 - 94,9	46	10,8
85,0 - 89,9	11	2,6
80,0 - 84,9	12	2,8
70,0 - 79,9	15	3,5
<70,0	8	1,9
VALUTAZIONI TOTALI	426	100,0

Valutazione Contributo Performance Organizzativa

% Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE	Distribuzione Range valutazione DM e DSNM	%
100,0	290	68,1
95,0 - 99,9	42	9,9
90,0 - 94,9	38	8,9
85,0 - 89,9	27	6,3
80,0 - 84,9	11	2,6
70,0 - 79,9	9	2,1
<70,0	9	2,1
VALUTAZIONI TOTALI	426	100

La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come da Regolamento sulla Performance.

La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal Dirigente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come da Regolamento sulla Performance.

Valutazione 2024: Risultati e andamenti Performance individuale Dirigenza PTA

Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 6 dirigenti amministrativi in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato. Il 100% ha totalizzato una valutazione al massimo.

Dirigenti PTA 2024	N.	PI %	PO%
	6	100	100

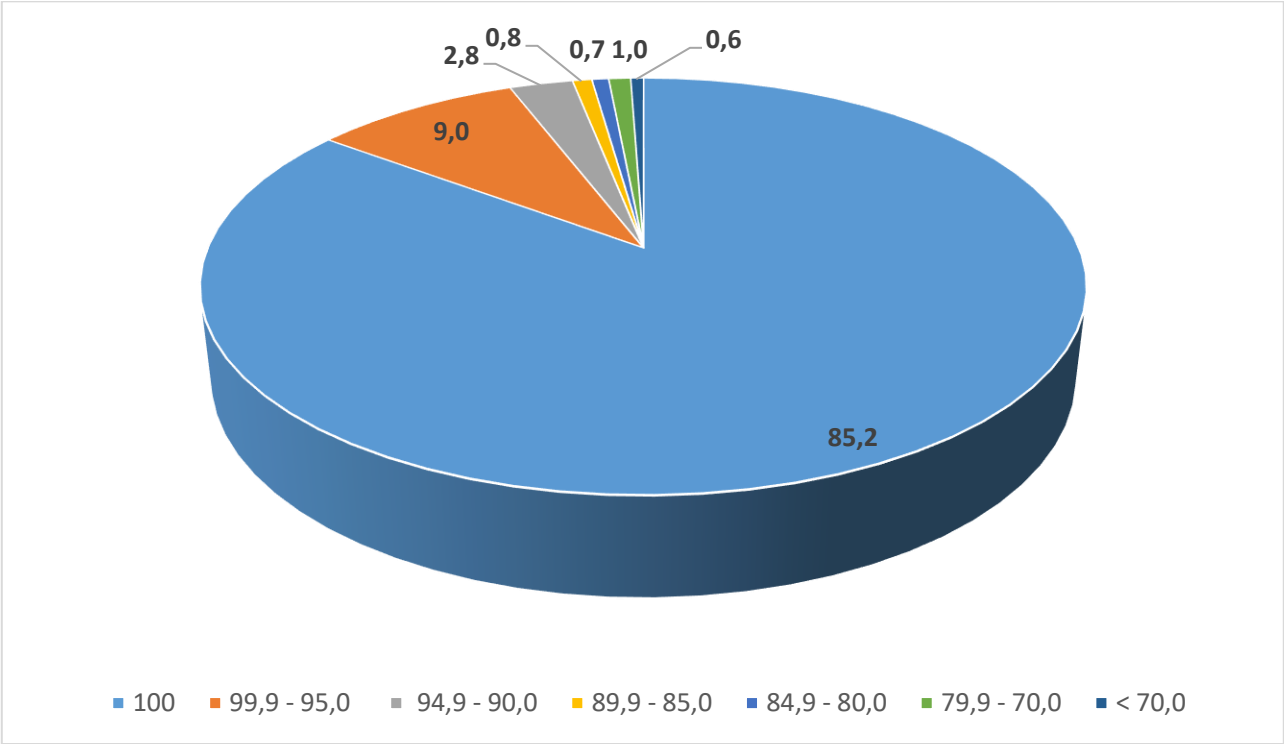
La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come da Regolamento sulla Performance.

La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal Dirigente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS come Regolamento sulla Performance.

Valutazione 2024: Risultati e andamenti Performance individuale complessiva

Come sintesi di tutti i risultati ottenuti, di seguito vengono presentati una tabella ed un grafico che raggruppano le valutazioni ottenute dal complesso dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera per l'anno 2024

Range Valutazione	Distribuzione Range valutazione COMPARTO	%
100,0	1514	85,2
95,0 - 99,9	160	9,0
90,0 - 94,9	49	2,8
85,0 - 89,9	15	0,8
80,0 - 84,9	13	0,7
70,0 - 79,9	17	1,0
<70,0	10	0,6
VALUTAZIONI TOTALI	1778	100



5. Trasparenza e Anticorruzione

Nell'economia complessiva dell'azione amministrativa la trasparenza riveste, alla luce del panorama normativo in continua evoluzione, una duplice funzione strumentale, posta a tutela e presidio di un valore pubblico dai contorni sempre più netti e di impatto sulla vita istituzionale e sociale.

La trasparenza è infatti intesa sia come obiettivo auto consistente, conseguibile di per sé, sia come strumento necessario per ulteriori acquisizioni: efficienza, integrità, accountability, prevenzione dei fenomeni corruttivi, partecipazione dei cittadini e tutela degli stessi.

Le Amministrazioni Pubbliche si configurano come detentrici di un patrimonio informativo che deve essere accessibile ai cittadini in quanto "bene comune", nell'ottica di rendere effettiva la trasparenza amministrativa e di favorire l'azione di contrasto alle condotte illecite.

Con riferimento alle attività soggette ad un miglioramento continuo si sono registrati i seguenti processi che sono stati oggetto durante il 2024 di una progressiva implementazione.

Nel corso dell'anno 2024 è stata introdotta la procedura di validazione dei dati da pubblicare; la validazione costituisce un presupposto necessario per la pubblicazione dei dati ed è propedeutica alla loro diffusione. Essa viene definita come "un processo che assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative".

Lo scopo principale della validazione dei dati è quello di assicurare un certo livello di qualità ai dati stessi mediante una sistematica attività di verifica che ne precede la diffusione, avuto riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni da pubblicare.

Con riferimento all'implementazione dell'automatizzazione si evidenziano le seguenti iniziative:

- l'accesso documentale, l'accesso civico semplice e l'accesso civico generalizzato si collocano tra le norme a garanzia del principio di trasparenza dell'attività amministrativa e, più genericamente, di imparzialità e buon andamento; in conseguenza il processo di gestione delle istanze di accesso è stato rivisitato e automatizzato, è stato introdotto un tool operante sul software di protocollo, per la gestione degli accessi civici e per l'automatizzazione nella elaborazione e conseguente pubblicazione del Registro degli accessi.

Inoltre l'importante impatto organizzativo dato dalle norme sopravvenute e dalle disposizioni di cui all'Allegato n. 9 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 dell'ANAC, emanato con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, ha comportato anche nell'anno 2024 un importante sforzo organizzativo di tutta la Struttura volto all'adeguamento agli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni su Amministrazione Trasparente.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda Ospedaliera per l'anno 2024 in materia di trasparenza sono stati finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione, al fine di assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini e garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed

efficacia degli atti, in funzione di prevenzione della corruzione, e consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale.

Gli obiettivi strategici sopra delineati si sono tradotti in obiettivi operativi finalizzati alla responsabilizzazione dei Dirigenti/Funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, validazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza.

Costituendo la trasparenza un elemento essenziale per la lotta alla corruzione e all'illegalità, è stata effettuata un'attività di collaborazione/verifica da parte del Responsabile della trasparenza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione in maniera globale nell'arco di tutto l'anno ed in maniera puntuale nell'ambito di monitoraggio semestrali effettuati congiuntamente con le Direzioni/Uffici dell'Area Centrale.

Gli incontri effettuati dal Responsabile della trasparenza con le Direzioni/Uffici dell'Area Centrale, durante i quali è stata anche sottolineata l'integrazione con il ciclo di gestione della performance, sono stati finalizzati a porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia della trasparenza.

La collaborazione fattiva di tutte le Direzioni / Uffici dell'Area Centrale ha comportato una maggiore efficacia del Piano della trasparenza i cui contenuti sono stati coordinati rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

A tale riguardo è stata richiamata l'attenzione degli Uffici sugli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15, d.lgs. 33/2013).

Per ciascun titolare di incarico di collaborazione e consulenza devono essere pubblicati i seguenti dati:

1. gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico;
2. il curriculum vitae;
3. i dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali;
4. i compensi comunque denominati relativi al rapporto di consulenza o collaborazione con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione di risultato;
5. l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

I dati vanno pubblicati secondo modalità di facile consultazione, in formato tabellare aperto e che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. Le tabelle, che riportano l'oggetto, durata e compenso dell'incarico, devono essere aggiornate tempestivamente.

È preferibile pubblicare i curricula secondo il modello comune europeo, con un'attenta selezione dei dati in essi contenuti ai fini del rispetto della tutela della riservatezza. In ogni caso, possono essere pubblicati anche curricula redatti in forme alternative al modello europeo, purché contenenti i dati essenziali e, possibilmente, le stesse tipologie di informazioni previste nel modello europeo.

Sulla nozione di "incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati" si deve far riferimento all'art. 1, co. 2, lett. d) d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 che li definisce come quelle società e quegli altri enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali l'amministrazione che conferisce l'incarico:

1) svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;

2) abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;

3) finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici. L'Autorità Anticorruzione (cfr. ad. es. delibere n.ri 163/2016, 211/2016, 624/2017 e 533/2019) ha qualificato tali enti come "soggetti appositamente concepiti con forti componenti di ibridazione, che hanno larghi tratti privatistici, ma con vincoli di regolazione o di vigilanza o di controllo che li riconducono all'apparato pubblicistico. Suddetto universo di enti ha uno spettro più ampio rispetto agli enti di diritto privato in controllo pubblico, che di privatistico hanno la veste formale e taluni modi di azione, ma che nascondono un'anima pubblicistica per ciò che attiene alla loro mission essenzialmente pubblica.

Sono incarichi e cariche, in enti di diritto privato regolati o finanziati, certamente le cariche di presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato, le posizioni di dirigente, lo svolgimento stabile di attività di consulenza a favore dell'ente (art. 1, co. 2, lett. e) d.lgs. 39/2013). La ratio sottesa alla previsione dell'art. 15, co. 1, lett. c) del d.lgs. 33/2013 è, tra l'altro, il controllo sociale sulla spesa nell'attribuzione di incarichi e sulla presenza di eventuali conflitti di interesse.

Le amministrazioni sono, quindi, tenute a pubblicare i dati relativi allo svolgimento delle cariche e degli incarichi in enti di diritto privato che sono regolati o finanziati non solo dalla stessa amministrazione che conferisce l'incarico, ma anche da ogni altra amministrazione pubblica.

A seguito di attività di verifica del rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente nella sezione di primo livello – Attività e procedimenti - della Griglia Trasparenza, è stato rappresentato agli Uffici l'obbligo di aggiornare e completare i dati pubblicati relativi ai procedimenti amministrativi d'ufficio ed ai procedimenti amministrativi ad istanza di parte, secondo modalità di facile consultazione, in formato tabellare aperto e che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.

A tale fine e per facilitare la pubblicazione dei dati secondo le previsioni di legge, il Responsabile aziendale Trasparenza ha predisposto due file excel che possono essere utilizzati dai Dirigenti/Responsabili per la pubblicazione di competenza sulla sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione Attività e procedimenti - del sito aziendale.

Per quanto riguarda l'argomento dell'anticorruzione di seguito si dà sinteticamente atto di quanto è stato fatto dall'Azienda in attuazione della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024–2026 ("PIAO"), sulla base delle previsioni contenute nel PIAO stesso per il periodo di riferimento: ci si focalizzerà solo su alcune attività fondamentali svolte nel corso dell'anno 2024.

Infatti, si precisa che, con Comunicato del Presidente di ANAC del 29 ottobre 2024, è stato prorogato il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012 (avvalendosi della "Scheda per la relazione annuale" del RPCT 2024 pubblicata sul sito di ANAC).

Pertanto, in quel documento e rispettando la scadenza ivi prevista, sono state esplicitate e dettagliate le attività svolte dal RPCT e gli adempimenti posti in essere dall'Azienda (e come indicato

da ANAC “le valutazioni generali del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in merito all’effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e al proprio ruolo all’interno dell’amministrazione” nella sezione “Considerazioni generali” e le “informazioni sull’adozione e attuazione delle misure di prevenzione della corruzione”, formulando un giudizio sul livello di adempimento nella sezione “Misure anticorruzione” della Scheda per la relazione annuale).

Le misure di trattamento del rischio (cd “misure di prevenzione”) che l’Azienda ha adottato al fine di prevenire fenomeni corruttivi e di mala gestio sono state sostanzialmente attuate dalle Direzioni di competenza, sia con riferimento alle misure generali, di carattere continuativo/periodico e richieste dalla normativa per tutte le pubbliche amministrazioni (es. formazione, trasparenza, misure normative dedicate alla prevenzione dei conflitti di interessi nell’esercizio delle proprie funzioni e nello svolgimento di eventuali attività esterne), sia con riferimento alle misure specifiche, legate agli ambiti specifici di attività proprie delle Aziende e/o collegate ad obiettivi di performance, e/o ad ambiti di semplificazione, standardizzazione, pianificazione e trasparenza di processi di notevole complessità tecnica e organizzativa

Di seguito sono tratteggiate alcune attività, riguardanti le singole misure previste dal PIAO (di competenza del RPCT) e alcuni adempimenti effettuati in materia di trasparenza e anticorruzione.

È stato diffuso a mezzo della rete intranet aziendale e a mezzo e-mail individuale a tutti i dipendenti anche con l’indicazione del link attraverso il quale consultare i documenti allegati e pubblicato nella sezione “Documenti” del Portale del Dipendente.

Con il PIAO è stato pubblicato anche un modulo per permettere a chiunque di promuovere osservazioni e/o proposte al PIAO stesso e, quindi, per favorire un alto grado di partecipazione da parte di tutti i cittadini alle attività dell’Amministrazione.

In relazione al programma formativo, è opportuno precisare che sin dall’inizio dell’anno, seguendo quanto indicato nel cronoprogramma delle competenze/adempimenti inserito nel PIAO, si sono svolti degli incontri con i capi UOS e i capi UOC al fine di definire le procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione. Sono stati proposti e illustrati gli argomenti che sarebbero stati oggetto di formazione in materia di “anticorruzione, trasparenza e privacy” per l’anno 2024, portando all’attenzione delle novità legislative in dette materie: è stato proposto ai destinatari un corso di formazione avente ad oggetto alcuni elementi in tema di integrità ed etica pubblica, il Codice Etico e di Comportamento dei dipendenti, collaboratori e consulenti dell’Azienda con un’attenzione particolare all’istituto del conflitto di interessi, le novità legislative in materia di Whistleblowing (ex D.Lgs. 24/23), nonché alcuni elementi in materia di tutela dei dati personali.

Si è dato risalto alla descrizione di fattispecie concrete e pratiche, portando all’attenzione di tutti i discenti situazioni che sono state prese in esame e valutate dai Tribunali, da ANAC e dall’Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

In questo modo è stato possibile dare concreta attuazione alla parte del PIAO relativamente alla formazione, incentrato sui temi dell’etica e della trasparenza nella Pubblica Amministrazione, sulla diffusione dei contenuti del PIAO stesso, all’interno delle articolazioni aziendali, nonché sulla verifica della conoscenza dei contenuti illustrati.

Infine, con riguardo alle misure di prevenzione specifiche, il raccordo tra gli obiettivi di performance 2024 e le misure di prevenzione ha riguardato gli ambiti dei contratti pubblici e della

semplificazione, standardizzazione, programmazione e pianificazione; di seguito gli obiettivi ricordati:

- Monitorare il rispetto delle tempistiche di pagamento,
- Migliorare la gestione digitale degli acquisti,
- Presidiare gli aspetti derivanti dall'attuazione dei progetti PNRR,
- Formulare proposte di revisione del Codice di Comportamento,
- Definizione di nuove procedure e di un vademecum tecnico-giuridico per la gestione degli acquisti digitalizzati (per garantire operatività gestionale).

6. Attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

L'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni, con Delibera del Direttore Generale n° 272 del 19/12/2022, ha approvato il "Regolamento di pubblica tutela", relativo alla gestione dei reclami, delle segnalazioni, dei suggerimenti e degli encomi, revisionato nel corso dell'anno 2023, in modo da produrre uno strumento in grado di favorire e gestire, in maniera coordinata ed organica, il diritto d'accesso, accoglienza, ascolto e di partecipazione alle attività istituzionali da parte del cittadino. Il sistema di gestione delle segnalazioni (e fra queste i reclami) è una modalità attiva di comunicazione con i cittadini che valorizza un approccio di ascolto sistematico e strutturato dell'utente da parte dell'organizzazione, al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività. Dal punto di vista dell'organizzazione il sistema di gestione delle segnalazioni ha due principali obiettivi:

- avere una modalità atta a rilevare e rispondere alle situazioni di disagio ed insoddisfazione espresse dal singolo utente e ad evidenziare i punti di forza;
- contribuire ad orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento dei servizi tramite l'analisi delle informazioni acquisite.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha accolto nel 2024 n. 3995 contatti, con una media di 15,5 al giorno su 257 giorni lavorativi, n. 3833 segnalazioni/ricieste sono state prese in carico e trattate con cura dal personale. Sono stati ricevuti n. 75 reclami formalizzati per iscritto e n. 87 encomi nei confronti dei professionisti e della qualità del servizio.

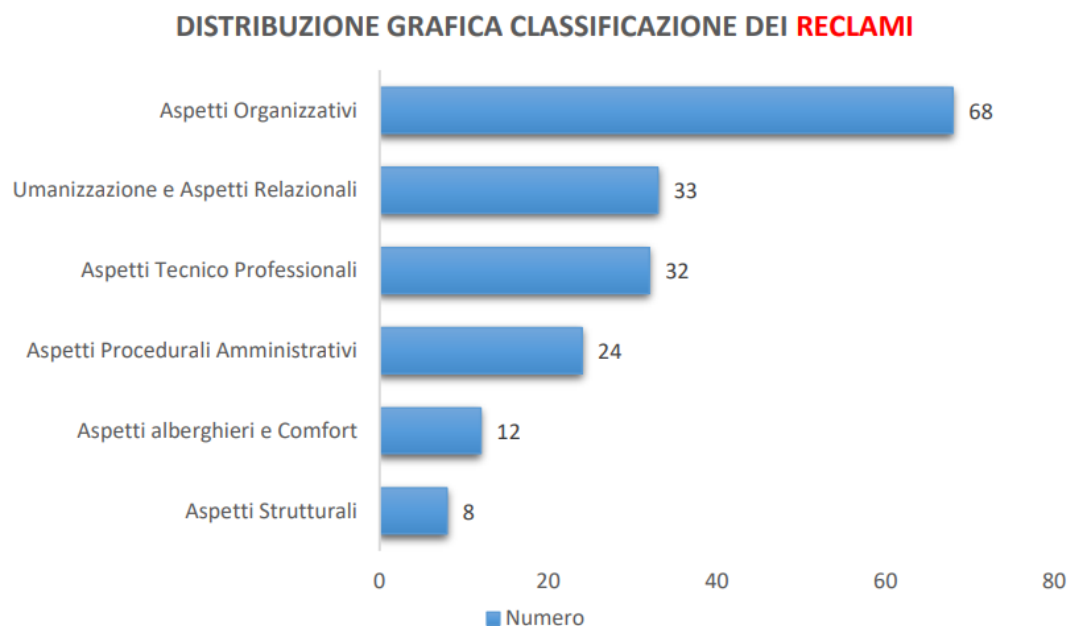


Al fine di raccogliere in maniera organizzata i dati del Servizio, viene impiegato un sistema di classificazione delle questioni trattate. La macro classificazione in uso all'URP è la seguente:

- 1 – ASPETTI STRUTTURALI: reclami inerenti agli aspetti legati al luogo dove viene erogata la prestazione, (ad es. per la presenza di barriere architettoniche; malfunzionamento di impianti; ecc.).
- 2 – ASPETTI ORGANIZZATIVI: reclami inerenti agli aspetti legati al processo di erogazione del servizio dal punto di vista sia qualitativo sia quantitativo rispetto alle risorse utilizzate.
- 3 – ASPETTI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI: aspetti relativi a procedure amministrative (es. il pagamento dei ticket; orari di sportello e di cassa; procedure per la prenotazione di prestazioni sanitarie; per l'ottenimento di documentazione; trasparenza sull'iter delle pratiche; procedure di rimborso).
- 4 – ASPETTI TECNICO PROFESSIONALI: reclami inerenti agli aspetti legati a trattamenti sanitari che non sono risultati all'altezza delle aspettative in termini di professionalità.

5 – UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI: reclami inerenti agli aspetti legati al rapporto utente/personale sanitario e aziendale, ritenuti scortesivi o, più in generale, non adeguati alle persone in stato di bisogno.

6 – ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT: pulizia; adeguatezza e gradevolezza degli ambienti, vitto.



AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Le azioni di miglioramento intraprese si sono realizzate attraverso 2 modalità:

- 1) intervento del Responsabile e del Coordinatore del Servizio in cui si è registrato il malfunzionamento:
 - rettifica del comportamento ritenuto non adeguato;
 - intervento su eventuali aspetti organizzativi;

- 2) intervento di supporto della Direzione Sanitaria, Direzione Medica e Rischio Clinico (per i casi di reclamo più complessi).

Sulla base degli interventi effettuati negli anni, è stata redatta una classificazione delle Azioni di Miglioramento così distinta:

- Risoluzione senza necessità di Azione Correttiva;
- Revisione della Procedura/Percorso;
- Risoluzione con Presa in carico dei bisogni del paziente;
- Aggiornamento/Formazione al personale o Audit.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NEL 2024

Si precisa che dei 3833 contatti (richieste/segnalazioni):

- il 20% non ha richiesto azioni correttive, trattandosi di informazioni con risposta immediata;
- l'80% delle prestazioni sono state prese in carico con risoluzione in tempi brevi.

Rispetto ai 75 reclami formali inviati dai cittadini nel corso del 2024:

- in 34 casi (41%) l'Azienda non ha effettuato azioni correttive, trattandosi di reclami generati da incomprensioni varie;
- in tutti gli altri casi, per evitare il riproporsi del problema, ad ogni singolo fatto lamentato è seguita un'azione di miglioramento, riferita anche all'utente, nella risposta prodotta.

ANALISI DEI CONTATTI PER TIPOLOGIA DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL 2024

TIPOLOGIA AZIONI MIGLIORAMENTO	N	%
Risoluzione Senza necessità di Azione Correttiva	298	7
Revisione della Procedura /Percorso	11	0
Risoluzione con Presa in carico dei bisogni del paziente	3514	91
Aggiornamento/Formazione al personale	4	0
Audit	6	0
TOTALE	3833	100

ANALISI DEI RECLAMI PER TIPOLOGIA DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL 2024

TIPOLOGIA AZIONI MIGLIORAMENTO	N	%
Risoluzione Senza necessità di Azione Correttiva	31	41
Revisione della Procedura /Percorso	6	8
Risoluzione con Presa in carico dei bisogni del paziente	24	32
Aggiornamento/Formazione al personale	5	6
Audit	9	12
TOTALE	75	100

CONSIDERAZIONI FINALI

L'URP costituisce un tassello fondamentale nei processi di comunicazione fra Direzione Aziendale e Utenti, propone azioni di miglioramento della qualità dei Servizi e dell'immagine dell'Azienda contribuendo ad analizzare le criticità presenti e ad aumentare il livello fiducia negli Utenti.

Le criticità complesse sono state affrontate con la Direzione aziendale e/o le Direzioni di Struttura, per avviare tempestivamente dei percorsi di miglioramento organizzativo.

Per la maggior parte dei problemi segnalati, anche in forma non scritta, l'URP ha sempre concluso l'iter procedurale, che comprende presa in carico, indagine, azione correttiva, dove necessario e risposta all'Utente.

Rispetto alla tempistica, le risposte sono state date entro i termini previsti o, nei casi più complessi, fornite nel più breve tempo possibile con la collaborazione delle equipe coinvolte.