

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**  
**n. 0000535 del 10/07/2023**

**OGGETTO:**

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE 2022 DELL'A.O. "SANTA MARIA" DI TERNI

**VISTA**

Proposta n. 0000576 del 10/07/2023 a cura di S.S. Controllo di Gestione  
Hash.pdf (SHA256):a0aadd9a8821b8741f4389b8bb8837068b5d820e333ba5b65d8e4046332c2b5e

firmata digitalmente da:

Il Responsabile del Procedimento  
RPA - Fabio Pierotti

Il Responsabile S.S. Controllo di Gestione  
Fabio Pierotti

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Parere: FAVOREVOLE  
Maria Mariani

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

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.

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera di Terni con Delibera del Direttore Generale n.1083 del 22/12/2016 ha approvato le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevede 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.

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. 75 del 28 gennaio 2022 avente come oggetto “Piano della Performance 2022-2024”.

PRESO ATTO della nota Prot. n. 39939 del 6/7/2023 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. 39942 del 6/7/2023 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. 40015 del 6/7/2023) 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 2022 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.

CONSIDERATO che il Responsabile del Procedimento e Responsabile della P.O. 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;

#### SI PROPONE DI DELIBERARE

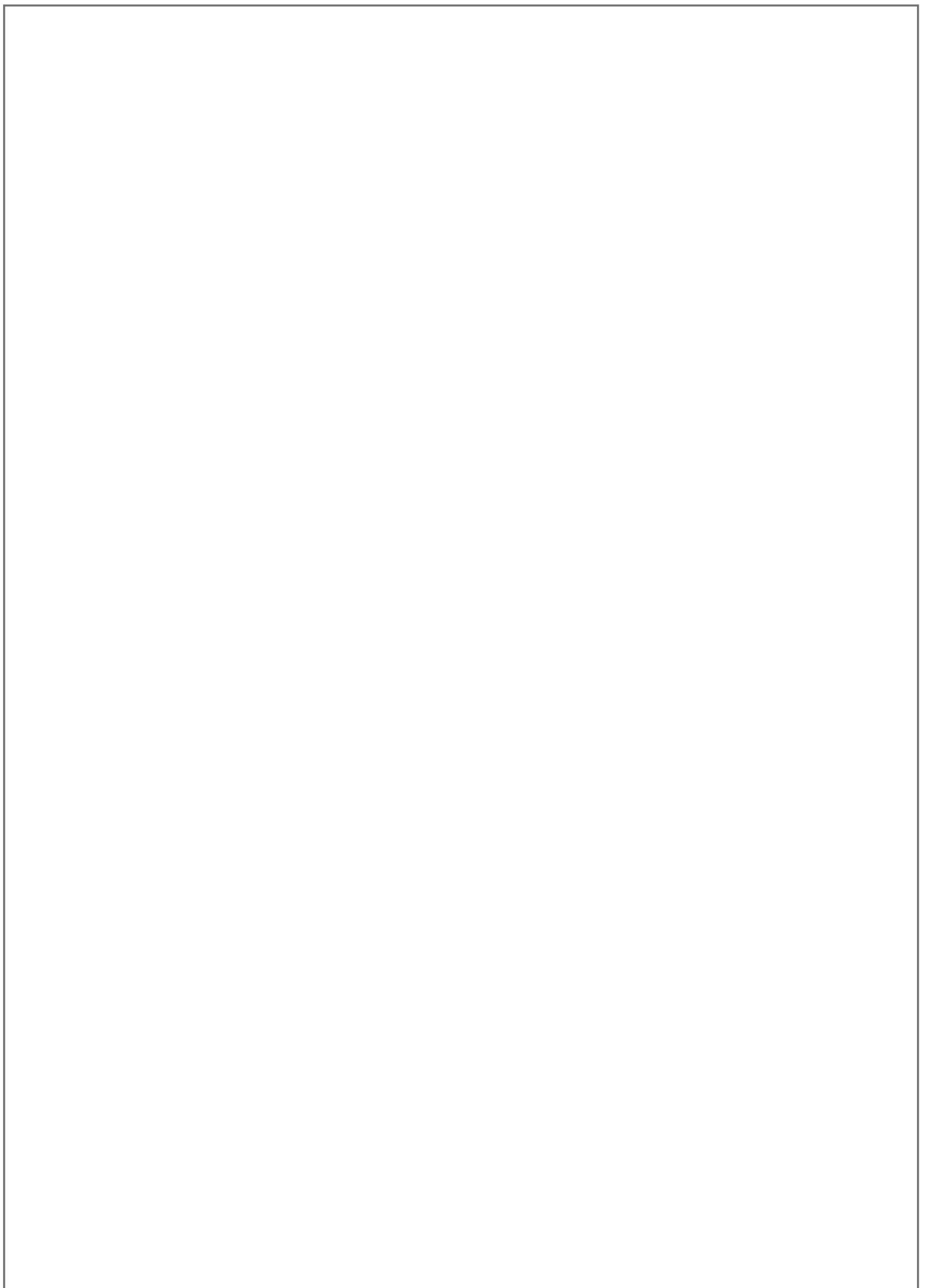
- di approvare la “Relazione annuale sulla performance 2022 dell’A.O. Santa Maria di Terni”, comprensiva degli allegati richiamati nel testo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di provvedere alla pubblicazione della Relazione sul sito istituzionale aziendale 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, collaboratore amministrativo.

IL RESPONSABILE P.O.  
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 2022  
dell'A.O. "Santa Maria" di Terni**



# Indice

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>p. 3</b>
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. 13
1.5 Processo di misurazione e valutazione.....	p. 13
<b>2. Analisi del contesto e delle risorse.....</b>	<b>p. 17</b>
2.1 Analisi del contesto.....	p. 17
2.2 Analisi delle risorse.....	p. 18
<b>3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....</b>	<b>p. 25</b>
3.1 Risultati relativi agli obiettivi aziendali.....	p. 25
3.2 Risultati relativi alla performance delle singole unità organizzative.....	p. 34
3.3 Risultati relativi alla performance organizzativa complessiva.....	p. 38
<b>4. Misurazione e valutazione della performance individuale.....</b>	<b>p. 41</b>
<b>5. Trasparenza e Anticorruzione.....</b>	<b>p. 48</b>



# 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 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 prevede la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione e i processi di valutazione della performance organizzativa e individuale, in relazione ai risultati da conseguire, alle attività da svolgere e alle risorse assegnate.

Il suddetto processo prevedeva 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 predisposizione e il controllo del bilancio gestionale.

Secondo quanto previsto dalla D.D.G. n. 1083/2016, il Tavolo Strategico (TS) era composto da: Direttore Generale, che svolgeva la funzione di coordinatore, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabile Controllo di Gestione, Responsabile Contabilità e Bilancio, Responsabile del Personale, Responsabile della Farmacia Ospedaliera, Responsabile delle Professioni Sanitarie e Responsabile della Qualità.

Il Tavolo Gestionale era composto dal Direttore Sanitario, che svolgeva la funzione di coordinatore, i membri della Direzione Medica di Presidio, il Responsabile del Controllo di Gestione, il Responsabile della Farmacia Ospedaliera, il Responsabile delle Professioni Sanitarie e il Responsabile della Qualità.

Il Tavolo delle Risorse era composto da: Direttore Amministrativo, che svolgeva la funzione di coordinatore, Responsabile del Controllo di Gestione, Responsabile Contabilità e Bilancio e Responsabile del Personale.

L'organizzazione basata sui tre tavoli operativi è stata confermata nella D.D.G. 959 del 18/10/2018, avente come oggetto la stesura di un regolamento generale in grado di gestire le attività collegate al ciclo della performance.

Il regolamento è stato poi aggiornato tramite la D.D.G. n. 621 del 25/6/2021, la quale ha iniziato ad avere effetto dal ciclo della performance 2021.

Il citato aggiornamento ha eliminato i tre Tavoli operativi, sostituendo di fatto la loro composizione e le loro funzioni con l'introduzione del **Comitato di Budget**.

Il **Comitato di Budget** prevede la presenza della Direzione Aziendale – il Direttore Generale, che ne è anche il coordinatore, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo - e il supporto operativo da parte della S.S. Controllo di Gestione. Altri membri con presenza fissa sono il Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie, il Responsabile della Direzione Risorse Umane e il Responsabile della Direzione Farmacia Ospedaliera; a seconda degli argomenti trattati ne possono fare anche parte, di volta in volta, i Responsabili delle Direzioni afferenti all'area sanitaria o a quella amministrativa interessati e/o coinvolti.

Il percorso annuale di valutazione della performance ha inizio con i primi due incontri del Comitato di Budget: nel primo vengono aggiornati i concetti di Mission e Vision aziendale, individuati i macro-obiettivi (con cadenza triennale e/o declinazione annuale), delineate le linee generali inerenti il processo di budget, i grandi investimenti ed il piano delle assunzioni, analizzato l'andamento economico/gestionale dell'esercizio in chiusura ed esaminati gli obiettivi predisposti a livello nazionale e regionale; nel secondo momento è prevista l'integrazione del gruppo con il Collegio di Direzione e, in tale sede, la Direzione e lo Staff illustrano ai presenti quanto concordato nella prima parte della riunione ed i Direttori dei dipartimenti illustrano i loro suggerimenti e/o propongono nuovi progetti.

A conclusione dei due incontri il Comitato di Budget dà mandato al Direttore Sanitario di programmare e gestire i processi di assegnazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria), a quelli del Comparto Sanitario e ai centri sanitari di supporto. Allo stesso modo dà mandato al Direttore Amministrativo di procedere alla programmazione e gestione dell'assegnazione degli obiettivi ai centri amministrativi e dei budget ai Centri di Risorsa.

Connessa alla procedura di assegnazione degli obiettivi è la contemporanea assegnazione di un budget di risorse riguardanti in particolare i beni sanitari, oltre alla definizione delle risorse umane e strumentali con cui poter raggiungere i risultati programmati.

Una volta avvenute le rispettive negoziazioni degli obiettivi e dei budget, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo gestiscono le attività di monitoraggio e di intervento sui risultati parziali non in linea con quanto programmato e riferiscono sull'andamento della performance aziendale al Direttore Generale. Sono previsti inoltre incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri di

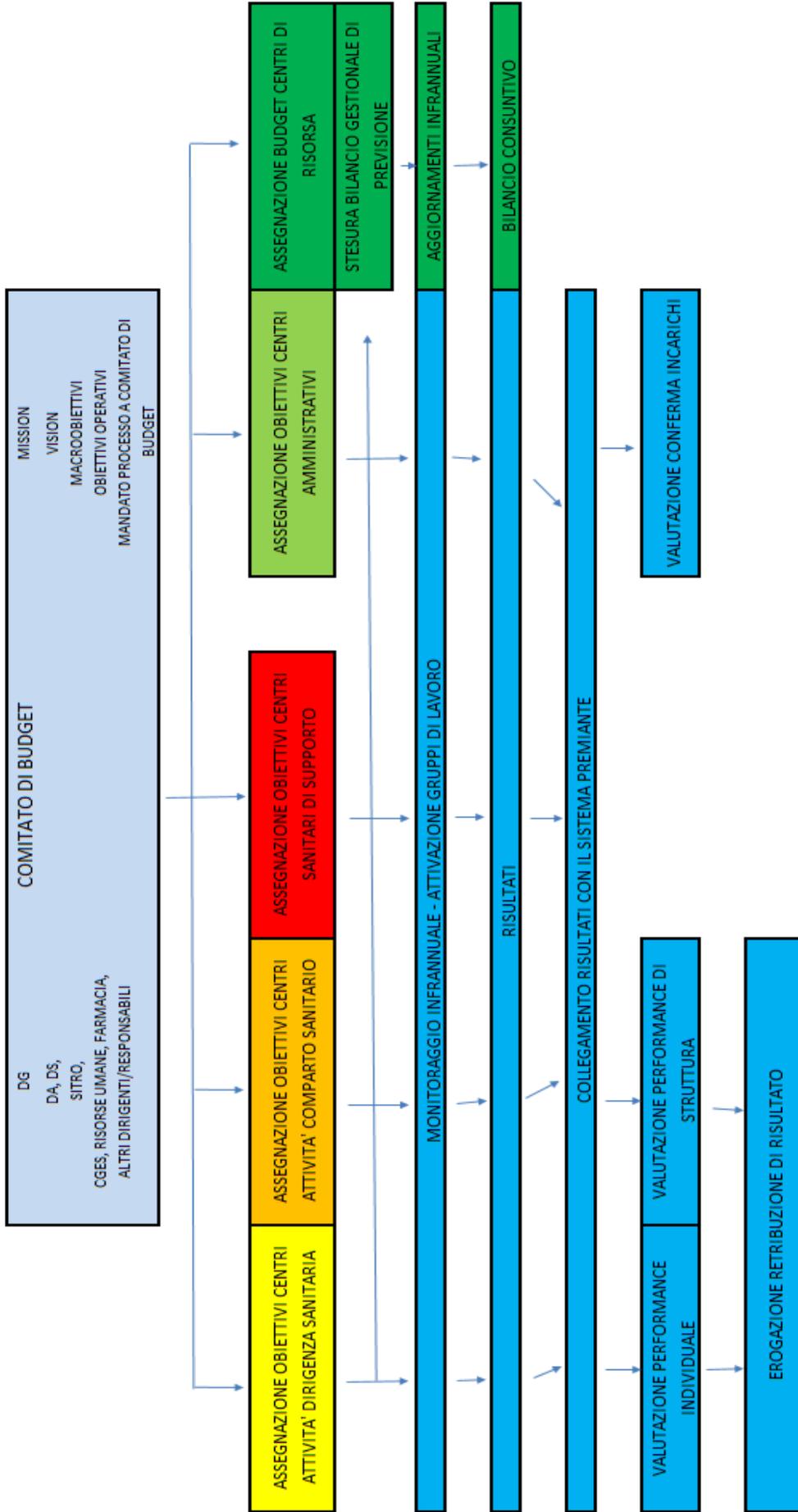
attività, sanitari di supporto e amministrativi per la discussione e verifica dei risultati parziali infrannuali.

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 gestiti dal DS e dal DA e li trasmette all'Organismo di Valutazione per la loro convalida.

Del lavoro svolto dal Comitato di Budget e delle conclusioni emerse in seguito ad ogni riunione, viene data evidenza in appositi verbali.

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

## SISTEMA DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO



### 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

##### A) CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2019-2022

##### 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 afflitta, determinandosi una situazione di emergenza che ha costretto i sistemi sanitari nazionali ad adeguare l'offerta sanitaria alla nuova situazione, modificando la tipologia di attività dei servizi sia territoriali che ospedalieri.

Tale necessità ha però di fatto influenzato 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).

Prima di addentrarci nell'analisi dei dati per singolo settore, è opportuno mettere in luce le variazioni di attività significative che si sono verificate tra il 2019 e l'anno 2022.

Nella tabella di seguito si riportano i dati relativi ai ricoveri totali e suddivisi per tipologia di attività:

TIPO	ANNO		
	2019	2021	2022
CHIRURGICO DEGENZA	9.579	8.623	8.968
CHIRURGICO DAY SURGERY	3.033	1.604	1.625
MEDICO DEGENZA	13.550	11.395	10.648
MEDICO DAY HOSPITAL	1.617	1.209	1.270
<b>TOTALE NETTO COVID</b>	<b>27.779</b>	<b>22.831</b>	<b>22.511</b>
COVID	0	1.158	1.113
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>27.779</b>	<b>23.989</b>	<b>23.624</b>

Come si può vedere, il numero dei ricoveri totali ha avuto un calo rispetto all'anno 2019 che si è stabilizzato negli anni 2021 e 2022.

I pazienti affetti da COVID ricoverati nell’Azienda Ospedaliera di Terni sono stati 699 nel 2020, 1.158 nel 2021 e 1.113 nel 2022, con una situazione quindi sostanzialmente invariata dal punto di vista quantitativo nell’ultimo biennio.

Come si vede dalla tabella precedente, l’attività che più è stata penalizzata risulta il Day-Surgery, con una riduzione di circa il 50%; tra le altre categorie l’attività chirurgica di degenza è quella che ha registrato un recupero più considerevole nel 2022 nei confronti del 2021.

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

ASL PROVENIENZA	ANNO DIMISSIONE		
	2019	2021	2022
ASL UMBRIA 1	785	1.033	835
ASL UMBRIA 2	21.625	19.505	19.037
ALTRE REGIONI	5.236	3.355	3.649
ESTERO	133	96	103
<b>TOTALE</b>	<b>27.779</b>	<b>23.989</b>	<b>23.624</b>

Nella tabella si può notare come la riduzione maggiore rispetto all’era pre-COVID si è registrata per i pazienti provenienti da altre regioni, soprattutto a causa dei divieti di spostamento per il contenimento della pandemia; tale categoria di pazienti è comunque quella che ha ottenuto un migliore avanzamento nel 2022 rispetto all’anno precedente e ai pazienti residenti in Umbria.

Altro dato da sottolineare riguarda l’incremento negli anni 2021 e 2022 dei ricoveri di pazienti residenti nell’A.S.L. Umbria 1, dovuta ad un’ondata pandemica critica sopportata dai territori dell’Umbria del nord che in particolare nel 2021 ha costretto i pazienti affetti da COVID a ricoverarsi in gran numero anche nell’Azienda Ospedaliera di Terni.

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

PS	ANNO		
	2019	2021	2022
TOTALE ACCESSI	44.833	34.981	41.024

Come si evince, il numero degli accessi al P.S. nel 2022 è tornato molto vicino ai valori registrati nel 2019, pur avendo ancora in ambito organizzativo dovuto far fronte all’onere di gestione dei pazienti affetti da COVID, che in pratica ha causato la necessità di gestione di due percorsi differenti dei pazienti.

## ATTIVITA' DI RICOVERO

La distribuzione dei pazienti ricoverati secondo il territorio di provenienza indica che sui 23.624 ricoveri effettuati nell'anno 2022, il 76,1% (17.970 casi) risiede nella provincia di Terni, l'8,1% (1.902 casi) risiede nella provincia di Perugia, il 15,4% (3.649 casi) proviene da altre regioni e il rimanente 0,4% (103 casi) riguarda residenti all'estero.

Come si può notare la quota di pazienti residenti in altre regioni è particolarmente elevata; di questi la maggior parte proviene dalle province di Rieti e Viterbo (2.772 casi), per una quota percentuale dell'11,7% sul totale dei ricoveri.

Nella tabella seguente viene riportata la distribuzione dei ricoveri effettuati nell'anno 2022 secondo la provenienza dei pazienti e il regime di ricovero.

	<b>Ricoveri ordinari</b>	<b>Ricoveri diurni</b>	<b>TOTALE</b>	<b>%</b>
AUSL Umbria 1	722	113	835	3,5
AUSL Umbria 2	16.802	2.235	19.037	80,6
Altre regioni	3.107	542	3.649	15,5
Estero	98	5	103	0,4
<b>TOTALE</b>	<b>20.729</b>	<b>2.895</b>	<b>23.624</b>	<b>100,0</b>

Come si è già visto, Il numero dei ricoveri complessivi nell'anno 2022 è sostanzialmente stabile rispetto al 2021 (da 23.989 a 23.624), dopo la forte riduzione avvenuta nell'anno 2020, dovuta all'epidemia da COVID-19. In tale anno si sono infatti verificate contemporaneamente due tendenze: la prima riguarda una "fuga" dal ricorso all'ospedale da parte dei pazienti con problemi di salute meno gravi, impauriti dall'accedere in una struttura considerata a rischio di diffusione del contagio; la seconda è costituita dalla necessità da parte dell'Azienda Ospedaliera di Terni di chiudere determinati reparti e determinate attività per poter essere in grado di fronteggiare le sopraggiungenti urgenti necessità di cura dei pazienti affetti da COVID-19; l'aumento del 2021, consolidato poi nel 2022, pur essendosi in effetti incrementata in termini numerici la pressione dei pazienti affetti da COVID, dimostra l'aumentata capacità di resilienza acquisita dall'Azienda Ospedaliera di Terni.

Tali fenomeni hanno determinato nel 2022 un tasso di occupazione dei posti letto pari all'87,7%; il numero di pazienti in regime di degenza presenti in media ogni giorno è stato pari a 443.

Grazie alle situazioni sopra descritte, che hanno causato una riduzione in particolare delle prestazioni di minore complessità, il valore dell'indice della complessità della casistica trattata è fortemente aumentato nei tre anni caratterizzati dall'epidemia da COVID (peso medio DRG da 1,18 nel 2019 a 1,25 negli anni 2020 e 2021 ed a 1,26 nel 2022).

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). Vista tale situazione, la Direzione Aziendale ha programmato per l'anno 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.

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 l'andamento già più volte evidenziato in precedenza, caratterizzato da un valore in lieve diminuzione nel 2022 (18.468 casi) rispetto all'anno 2021, nel quale vi era stato un parziale recupero (19.074 casi) dopo un forte decremento di 4.602 ricoveri (da 21.068 del 2019 a 16.466 nel 2020) registrato nel 2020;
- esaminando poi l'attività di alta specialità erogata a pazienti residenti in Umbria si rileva nel 2022 una sostanziale stabilità (1.404 casi), dopo un triennio con costante incremento dei ricoveri (1.342 nel 2019, 1.350 nel 2020, 1.464 nel 2021); tale aumento, che in effetti può essere considerato come un dato molto positivo in considerazione della situazione emergenziale, dimostra come l'Azienda Ospedaliera di Terni abbia comunque contribuito alla cura dei pazienti con patologie di elevata complessità e gravità;
- riguardo all'attività erogata a pazienti residenti in altre regioni o esteri, come già detto, si evidenzia un consistente aumento rispetto all'anno precedente (si sono registrati 3.752 casi, mentre si era 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 spera, 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 dell'anno 2022 denotano una decisa 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) e quasi ritornato sui livelli antecedenti la pandemia nel 2022 (41.024 accessi).

- 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 4.798 (11,7% del totale degli accessi), i codici verdi 23.422 (57,1%), i codici gialli 10.978 (26,8%) e i codici rossi 1.826 (4,5%).
- Il numero dei pazienti recatisi al pronto soccorso poi direttamente ricoverati sono stati 11.203 (27,3%).

- Il numero dei pazienti inviati all'OBI (Osservazione Breve Intensiva) sono stati 1.175 (2,9% del totale degli accessi), di cui ricoverati 314 (26,7% delle OBI).
- Andando infine a valutare il carico medio giornaliero di pazienti che sono acceduti al pronto soccorso nell'anno 2022, dai dati precedenti si evince che in media ogni giorno hanno ricorso alle prestazioni di pronto soccorso 112 pazienti (13 codici bianchi, 64 codici verdi, 30 codici gialli, 5 codici rossi).

È interessante inoltre analizzare come sia variata nel triennio 2019-2022 a causa della pandemia la composizione degli accessi al pronto soccorso secondo il codice di gravità:

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.

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

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

## B) OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2022 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO

Nell'anno 2022 la Direzione Aziendale, nell'ambito del suo processo di programmazione, si è posta come obiettivo un recupero dei volumi di attività persi nel 2020 e, anche se in misura minore nel 2021, a causa della pandemia da COVID.

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

L'effettuazione degli incontri per la definizione degli obiettivi di budget 2022 si è conclusa nel mese di febbraio.

Di seguito si riporta una tabella in cui sono riportati i volumi finanziari di attività erogati nel quadriennio 2019-2022.

INDICATORE	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
<b>(valori finanziari in mln. di euro – tariffari ricoveri e specialistica ambulatoriale vigenti)</b>				
Volume finanziario ricoveri medio-bassa specialità pazienti umbri	54,9	45,7	53,5	52,4
Volume finanziario ricoveri alta specialità pazienti umbri	20,3	21,6	23,8	22,7
Volume finanziario ricoveri pazienti altre regioni	18,9	13,2	12,5	14,2
<b>Volume finanziario complessivo ricoveri</b>	<b>94,0</b>	<b>80,5</b>	<b>89,8</b>	<b>89,3</b>
Volume finanziario attività ambulatoriale regionale	31,7	26	28,9	34,2
Volume finanziario attività ambulatoriale extraregionale	4,4	3,7	3,7	4,4
<b>Volume finanziario complessivo attività ambulatoriale</b>	<b>36,1</b>	<b>29,7</b>	<b>32,6</b>	<b>38,5</b>
<b>Volume finanziario totale</b>	<b>130,1</b>	<b>110,2</b>	<b>122,4</b>	<b>127,8</b>

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 quadriennio 2019-2022 rispetto ai volumi di attività erogata.

Si passa infatti da un valore complessivo dell'attività di 130,1 milioni di euro nel 2019, a 110,2 milioni di euro nel 2020, a 122,4 milioni di euro nel 2021 e, infine, a 127,8 milioni di euro nel 2022.

In definitiva, da un esame dei dati esposti, si può affermare che l'anno 2022, per le motivazioni più volte illustrate, è stato caratterizzato da un recupero dei volumi di attività complessivi rispetto al decremento registratosi negli anni 2020 e 2021, che ha inciso in maniera positiva sul valore dei ricavi e sul bilancio economico complessivo dell'Azienda Ospedaliera di Terni

## ASSISTENZA TERRITORIALE

### A) CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2019-2022

#### ATTIVITA' AMBULATORIALE PER ESTERNI

Il numero di prestazioni ambulatoriali per esterni nel 2022 rispetto al 2021 è aumentato di oltre 180.000 unità (pari in termini percentuali all'8,6%), ritornando sostanzialmente ai livelli pre-pandemia del 2019.

Rispetto al valore dell'attività erogata nel 2022 si ha, anche in tal caso, un netto miglioramento rispetto all'anno precedente, pari a circa 6 milioni di euro.

I reparti o servizi che hanno prodotto i maggiori volumi di attività sono stati la radioterapia (11,2 mln. di euro), il laboratorio analisi (6,7 mln.), la nefrologia e dialisi (3,6 mln.), l'oculistica (2,6 mln.), la medicina nucleare (2,4 mln. di euro), la radiologia (2,3 mln. di euro) e l'anatomia patologica (1,5 mln. di euro).

## B) OBIETTIVI DI ATTIVITÀ DELL'ESERCIZIO 2022 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO

Il risultato previsto per l'anno 2022 riguardo all'attività ambulatoriale per esterni prevedeva un volume finanziario in aumento rispetto all'anno 2021, anche al fine di abbassare i tempi di attesa per tali prestazioni, peggiorati a causa dell'epidemia.

Il risultato effettivo si è assestato su un valore di 38,5 milioni di euro, non solo largamente superiore a quello raggiunto nel 2021 (pari a 32,6 milioni di euro), ma in aumento anche rispetto ai dati dell'anno 2019 (pari a 36,1 milioni di euro).

### **1.4 Ciclo della Performance nell'Azienda Ospedaliera di Terni**

Con la Delibera del Direttore Generale n. 75 del 28/1/2022 è stato approvato il Piano aziendale della Performance 2022-2024.

In tale Piano erano indicati:

- Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali, questi erano suddivisi in triennali ed annuali e facevano riferimento a una serie di indicatori ricollocabili ciascuno su 5+1 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 aziendale della Performance 2022-2024.

### **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 2022 relative ai Centri di Responsabilità presenti nel piano 2022.

Come premessa si sottolinea che anche per l'anno 2022, così come era stato fatto per gli anni 2020 e 2021, data l'eccezionalità della situazione causata dalla pandemia che ha costretto tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera a modificare e per lo più incrementare il livello delle proprie attività, nella valutazione delle singole schede e dei singoli indicatori è stata dedicata una particolare attenzione

riguardo all'influenza specifica dell'epidemia su ogni obiettivo assegnato, con l'eliminazione dello stesso dal computo dei risultati qualora fosse evidenziata una tale influenza.

### 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.S. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2022, 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 2022 (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione):

1. Obiettivi di base;
2. Governo clinico e Appropriatelyzza;
3. Innovazione e Ricerca;
4. Formazione e Rispetto adempimenti;
5. Efficienza e Outcome;
6. Obiettivi di sistema;

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.S. 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 P.O. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2022, 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 2022 (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione):

1. Obiettivi di base;
2. Governo clinico;
3. Efficienza;
4. Qualità;
5. Formazione;

specificando che il Tavolo Gestionale 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.S. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2022, 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 dell'Ufficio 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.S. Controllo di Gestione i risultati definitivi del processo di budget anno 2022, 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 Amministrativo ha valutato e certificato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo (così come agli atti dell'Ufficio 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 (conservati agli atti della S.S. 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 specifica del comparto (conservati agli atti della S.S. 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.S. 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.S. 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 l'anno 2022, in continuità rispetto a quanto successo negli anni 2020 e 2021, è stato caratterizzato dalla diffusione della pandemia da COVID19 che ha costretto tutte le regioni, tra cui l'Umbria, a dover organizzare le necessarie attività di contrasto tramite azioni di ristrutturazione dei servizi di volta in volta adeguate all'intensità della diffusione della malattia.

Essendosi la pandemia da COVID19 manifestatasi nel corso dell'anno 2022 a più riprese secondo varie ondate ed inoltre essendo l'Azienda Ospedaliera di Terni stata individuata come una delle strutture ombre in prima linea nella lotta alla pandemia, sia i volumi che il case-mix delle attività erogate hanno subito delle variazioni rispetto ai valori abituali.

I risultati ottenuti, decritti nei paragrafi successivi, sono in parte dipendenti dal fenomeno pandemico; di questo si deve obbligatoriamente tenere conto nella valutazione della performance, sia aziendale che dei singoli centri di budget.

### 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 470.000 abitanti.

Dal punto di vista della struttura della popolazione la provincia di Terni è caratterizzata da un'età media di 48,49 anni (13° posto sulle 108 province italiane – media Italia 45,69 anni) e da un indice di vecchiaia pari a 258,9 (13° posto sulle 108 province italiane – media Italia 187,6). 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 2022, 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 2022 ci si deve innanzitutto riferire all'andamento della dotazione nel periodo 2017-2022.

Nella tabella che segue viene riportato l'andamento della dotazione di personale per qualifica / ruolo nel periodo 2017 – 2022.

	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022
<b>MEDICI</b>	379	380	380	395	414	388
<b>ALTRI DIRIGENTI SANITARI</b>	24	22	25	22	26	25
<b>INFERMIERI</b>	790	808	769	849	889	863
<b>TECNICI SANITARI</b>	143	143	141	150	158	154
<b>OSS/OTA e AUSILIARI</b>	151	159	157	178	175	187
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	74	73	70	66	63	60
<b>RUOLO TECNICO</b>	67	68	60	61	62	58
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	2	2	3	0	2	3
<b>TOTALE</b>	<b>1.630</b>	<b>1.655</b>	<b>1.605</b>	<b>1.721</b>	<b>1.789</b>	<b>1.738</b>

Come si può notare, la numerosità del personale al 31/12/2022 ha subito una diminuzione rispetto all'anno precedente (da 1.789 a 1.738 unità, -51), che segue un precedente intenso incremento verificatosi tra il 2019 e il 2021, concentrato in particolare sui ruoli sanitari e dovuto in larga parte alle misure adottate per affrontare l'emergenza COVID.

In definitiva, comunque, alla fine del 2022 l'organico dell'Azienda Ospedaliera di Terni registra un incremento di 133 unità rispetto all'ultimo periodo precedente la pandemia (31/12/2019), in particolare riguardante il personale sanitario e socio-sanitario dei medici (+8 unità), degli infermieri (+94), dei tecnici sanitari (+13) e del personale tecnico addetto all'assistenza (+30).

### ANALISI DEI POSTI LETTO

Al fine di descrivere la dotazione dei posti letto dell'Azienda Ospedaliera di Terni, in primo luogo si riporta la situazione al 01/01/2020 per reparto e regime di ricovero.

<b>Situazione al: 01/01/2020</b>		POSTI LETTO		
CODICE	REPARTO	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	19	1	20
0802	EMODINAMICA	4	0	4
0803	ELETTROFISIOLOGIA	2	0	2
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	1	1	2
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	24	1	25
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	24	1	25
0911	BREAST UNIT	2	1	3
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	1	2
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1
1301	CHIRURGIA TORACICA	5	0	5
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	9	1	10
2101	GERIATRIA	25	0	25
2401	MALATTIE INFETTIVE	12	3	15
2601	CLINICA MEDICA	31	1	32
2604	MEDICINA D'URGENZA	47	0	47
2605	ENDOCRINOLOGIA	1	1	2
2606	MEDICINA INTERNA	30	0	30
2901	NEFROLOGIA	4	1	5
3001	NEUROCHIRURGIA	20	1	21

3101	NIDO	20	0	20
3201	NEUROLOGIA	18	1	19
3401	OCULISTICA	2	1	3
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	22	1	23
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	1	1	2
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	27	1	28
3802	CLINICA OTORINO	8	1	9
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	5	1	6
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	12	1	13
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	4	1	5
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	14	0	14
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1
5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	1	2
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	8	1	9
6001	LUNGODEGENZA	3	0	3
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	1
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	30	0	30
6901	NEURORADIOLOGIA	0	1	1
6902	RADIOLOGIA	1	1	2
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	0	4
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	5	0	5
<b>100902</b>	<b>INTERO OSPEDALE</b>	<b>502</b>	<b>38</b>	<b>540</b>

La tabella precedente descrive il quadro della situazione dell’Azienda Ospedaliera di Terni prima dell’avvento dell’epidemia, con 502 posti letto in regime ordinario e 38 in regime diurno; dal mese di marzo 2020 in poi nel corso degli anni 2020, 2021 e 2022 le successive ondate del COVID19 hanno costretto la Direzione Aziendale a dover compiere numerosi interventi di riorganizzazione delle attività e conseguentemente della dotazione dei posti letto.

Alcuni reparti sono stati adibiti completamente al trattamento dell’epidemia (Terapia Intensiva COVID, Malattie Infettive, quattro reparti di degenza afferenti alle aree di Pneumologia e Medicina Generale).

Nella tabella che segue viene riportata la situazione al 1/1/2022: a tale data il numero totale dei posti letto in regime ordinario ammontava a 498 (contro i 502 di inizio anno 2020), dei quali 38 riservati al trattamento della patologia da COVID19.

Situazione al : 01/01/2022		POSTI LETTO		
CODICE	REPARTO	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	20	1	21
0802	EMODINAMICA	2	0	2

0803	ELETTROFISIOLOGIA	2	0	2
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	1	1	2
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	19	1	20
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	24	1	25
0911	BREAST UNIT	3	1	4
0912	COLONPROCTOLOGIA	6	1	7
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2	1	3
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1
1301	CHIRURGIA TORACICA	5	0	5
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	10	1	11
2101	GERIATRIA	25	0	25
2401	MALATTIE INFETTIVE	25	3	28
2601	CLINICA MEDICA	24	1	25
2604	MEDICINA D'URGENZA	39	0	39
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	1
2606	MEDICINA INTERNA	25	0	25
2901	NEFROLOGIA	8	1	9
3001	NEUROCHIRURGIA	14	1	15
3101	NIDO	15	0	15
3201	NEUROLOGIA	18	1	19
3401	OCULISTICA	1	1	2
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	22	1	23
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	1	1	2
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	30	1	31
3802	CLINICA OTORINO	9	1	10
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	5	1	6
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	9	1	10
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	5	1	6
4901	TERAPIA INTENSIVA	14	0	14
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
4903	TERAPIA INTENSIVA COVID	6	0	6
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1

5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	1	2
5803	EPATOASTROENTEROLOGIA	12	1	13
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	1
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	26	0	26
6803	PNEUMOLOGIA COVID 1	7	0	7
6901	NEURORADIOLOGIA	0	1	1
6902	RADIOLOGIA	0	1	1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	0	3
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	4	0	4
<b>100902</b>	<b>INTERO OSPEDALE</b>	<b>498</b>	<b>39</b>	<b>537</b>

Infine nell'ultima tabella del paragrafo viene presentata la situazione al 31/12/2022, data in cui i posti letto COVID sono diminuiti rispetto al dato del 1/1/2022 (30 contro i 38 del mese di gennaio).

In definitiva i posti letto in regime di degenza al 31/12/2022 risultano 506 rispetto ai 502 di inizio anno 2020, periodo precedente alla pandemia.

Situazione al: 31/12/2022		POSTI LETTO		
CODICE	REPARTO	ORDINARI	DIURNI	TOTALE
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	19	1	20
0802	EMODINAMICA	3	0	3
0803	ELETTROFISIOLOGIA	2	0	2
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	2	1	3
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	16	1	17
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	19	1	20
0911	BREAST UNIT	3	1	4
0912	COLONPROCTOLOGIA	14	1	15
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	1	2
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1

1301	CHIRURGIA TORACICA	6	0	6
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	11	1	12
2101	GERIATRIA	29	0	29
2401	MALATTIE INFETTIVE	26	3	29
2601	CLINICA MEDICA	26	1	27
2604	MEDICINA D'URGENZA	37	0	37
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	1
2606	MEDICINA INTERNA	25	0	25
2610	MEDICINA COVID 4	0	0	0
2901	NEFROLOGIA	6	1	7
3001	NEUROCHIRURGIA	16	1	17
3101	NIDO	15	0	15
3201	NEUROLOGIA	19	1	20
3401	OCULISTICA	1	1	2
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	26	1	27
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	2	1	3
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	27	1	28
3802	CLINICA OTORINO	8	1	9
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	6	1	7
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	10	1	11
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	6	1	7
4901	TERAPIA INTENSIVA	15	0	15
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
4903	TERAPIA INTENSIVA COVID	4	0	4
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1
5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	1	2
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	14	1	15
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	1
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	28	0	28
6901	NEURORADIOLOGIA	0	1	1

6902	RADIOLOGIA	0	1	1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	0	3
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	4	0	4
7502	NEURORIABILITAZIONE POST COVID	0	0	0
<b>100902</b>	<b>INTERO OSPEDALE</b>	<b>506</b>	<b>39</b>	<b>545</b>

Come si è indicato, la situazione dovuta alla pandemia ha costretto la Direzione Aziendale a variare più volte la dotazione dei posti letto, assegnando alcune unità operative specificamente al ricovero di pazienti affetti da COVID19 e ricorrendo anche alla chiusura di reparti, soprattutto chirurgici, impossibilitati a svolgere le proprie funzioni.

Il numero dei posti letto medi annuali complessivi nel 2022 è stato pari a 543 unità (505 in regime di degenza e 38 in regime diurno), con un incremento rispetto all'anno precedente di 35 unità relativamente all'attività di degenza, mentre i posti letto in regime diurno sono rimasti stabili.

Inoltre, a seguito di un accordo tra l'Azienda Ospedaliera di Terni e l'A.S.L. Umbria n. 2, è stato previsto l'utilizzo di parte del presidio di Narni-Amelia al fine di sgravare l'ospedale di Terni 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 delle prestazioni di elevata complessità.

### **3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa**

#### **3.1 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 sei aree specificate nel paragrafo 1.5 del presente documento e nel paragrafo 4.1 del Piano della Performance 2022-2024, sono rappresentati in un cruscotto direzionale composto da quattro 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 (complessità della casistica, inappropriatezza di ricoveri e degenze, indicatori di efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie)
- Scheda 3 – Indicatori MES (consorzio Management e Sanità, elaborati dell'Istituto Sant'Anna di Pisa)
- Scheda 4 – Indicatori AgeNaS PNE (elaborati dall'Agenzia Nazionale Sanità ai fini del Piano Nazionale Esiti, indicatori di outcome)

Di seguito si riportano i risultati conseguiti nel periodo 2019-2022 relativamente a ciascuna delle quattro schede.

**SCHEDA 1: BUDGET ECONOMICO****1a) VALORE ATTIVITA'**

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2020</i>	<i>Risultati 2021</i>	<i>Risultati 2022</i>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	54.859.429	45.912.768	53.477.542	52.399.805
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	20.254.779	21.689.263	23.824.999	22.726.565
Volume attività di ricovero extraregionale	18.857.365	13.286.032	12.525.219	14.178.882
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>	<b>93.971.573</b>	<b>80.888.063</b>	<b>89.827.760</b>	<b>89.305.252</b>
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	31.723.547	26.022.379	28.929.529	34.180.837
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	4.400.861	3.655.790	3.730.173	4.357.642
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>36.124.408</b>	<b>29.678.169</b>	<b>32.178.389</b>	<b>38.538.479</b>
<b>Totale Volume Attività</b>	<b>130.095.981</b>	<b>110.566.232</b>	<b>122.006.149</b>	<b>127.843.731</b>

**1b) COSTI**

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2020</i>	<i>Risultati 2021</i>	<i>Risultati 2022</i>
<b>COSTI BENI SANITARI</b>				
Farmaci	9.785.063	9.121.013	10.317.365	11.871.702
Dispositivi	29.220.989	26.147.869	28.214.974	29.044.316
Altri Prodotti	1.280.709	1.599.764	1.866.522	466.482
<b>Totale Costi Beni Sanitari al netto del COVID e del file F</b>	<b>40.286.760</b>	<b>36.868.646</b>	<b>40.398.861</b>	<b>41.382.500</b>
Prodotti COVID	0	2.438.749	3.966.696	1.413.712
File F	12.436.327	10.463.058	10.094.444	9.234.108
<b>Totale Costi Beni Sanitari</b>	<b>52.723.087</b>	<b>49.770.453</b>	<b>54.460.001</b>	<b>52.030.320</b>

**1c) EFFICIENZA**

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Risultati 2020</i>	<i>Risultati 2021</i>	<i>Risultati 2022</i>
Costo beni sanitari per euro di attività	0,3097	0,3335	0,3299	0,3237

Per quanto riguarda i volumi di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale ad inizio anno si era posto come obiettivo l'incremento dei valori ottenuti nel 2021 e un riavvicinamento ai risultati raggiunti nel 2019, periodo pre-COVID.

Come detto in precedenza, i risultati denotano che l'obiettivo prefissato è stato pienamente conseguito.

Il totale del volume finanziario dell'attività erogata nel 2022, pari a 127,8 milioni di €, ha ampiamente superato il dato rilevato nell'anno precedente (122,0 mln. €) ed è non distante rispetto al 2019 (130,1 mln. €).

Riguardo all'andamento di tale indicatore, si sottolinea che questo ha avuto un marcato balzo in avanti nell'ultimo trimestre del 2022, ciò che fa ben sperare per i risultati che possono essere conseguiti nel successivo anno 2023.

Buoni segnali provengono anche per quanto riguarda il recupero dei pazienti provenienti da altre regioni; nel 2022 si è raggiunto un dato di valore dell'attività pari a 18,5 milioni di €, notevolmente superiore ai 16,3 mln. del 2021, ma ancora lontano dai 23,3 mln. dell'anno 2019.

Di particolare rilievo invece il dato relativo ai ricoveri di alta specialità per pazienti residenti in Umbria, che vede in consistente aumento rispetto al 2019 il proprio volume di attività, segno questo che l'Azienda Ospedaliera di Terni, malgrado gli effetti della pandemia, ha pienamente ottemperato 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, sia pure in maniera lieve, ha comunque subito un miglioramento nei confronti dell'anno precedente.

## SCHEDA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE

<b>Indicatore</b>	<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2020</b>	<b>Risultati 2021</b>	<b>Risultati 2022</b>
Incremento complessità della casistica - peso medio DRG	1,18	1,25	1,25	1,26
% pazienti ricoverati dal pronto soccorso sul totale degli accessi	27,2	35,8	36,2	28,1
Inappropriatezza della degenza - indice di performance	103,7	102,2	100,0	108,4
% rispetto tempi di attesa interventi chirurgici PNGLA	65,3	69,6	69,4	68,1
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (PIASTRA)	80,5	81,1	87,6	89,5
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (II PIANO)	87,3	81,1	82,0	79,5

Riguardo agli indicatori aziendali di performance rilevati nel periodo 2019-2022 e riportati nella Scheda n. 2, prescelti come obiettivi aziendali in quanto caratterizzanti rispetto ad alcuni fondamentali processi aziendali, si può notare come la complessità della casistica abbia raggiunto nel 2022 il suo massimo livello, la percentuale di pazienti ricoverati dal Pronto Soccorso sul totale degli accessi in PS sia ritornata sui livelli del 2019, vi sia stato nel 2022 un problema riferito alla durata della degenza dei ricoveri ordinari ospedalieri che ha fatto innalzare (quindi peggiorare) l'indicatore di inappropriatezza della degenza, il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici inseriti nel Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA) sia rimasto sostanzialmente stabile, la percentuale di utilizzo della sala operatoria sia in miglioramento per quanto riguarda la Piastra Operatoria mentre sia in peggioramento in relazione al blocco operatorio del 2° piano.

Ai fini di un'attenzione prestata dall'attuale Direzione Aziendale sui risultati degli indicatori aziendali, in particolare relativamente a quelli che presentano i valori più critici, in merito all'allungamento dei tempi di degenza dei ricoveri sono stati attivati due tavoli operativi specifici riguardanti rispettivamente il sovraffollamento ospedaliero e l'integrazione Ospedale-Territorio, il cui mandato è quello di analizzare la situazione in atto, individuare le criticità, programmare azioni volte alla risoluzione delle problematiche e quindi alla riduzione della durata dei ricoveri.

**SCHEDA 3: INDICATORI MES**

<b>Definizione</b>	<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2020</b>	<b>Risultati 2021</b>	<b>Risultati 2022</b>	
degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	0,91	0,96	0,87	0,86	
% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	15,57	16,47	17,27	27,59	
% ricoveri in Day-Surgery	59,46	47,76	52,96	46,51	
% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	59,16	37,50	40,00	36,16	
% Prostatectomia transuretrale	88,62	96,83	91,11	75,70	
% parti cesarei depurati	19,12	17,29	17,49	19,06	
% episiotomia depurata	27,03	29,49	32,87	27,03	
% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	1,99	4,03	2,86	3,00	
% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	93,65	88,46	86,77	82,07	
tempi di attesa per la chirurgia oncologica	45,16	43,52	38,89	41,19	
% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	4,81	4,33	4,35	7,49	
PS - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	63,84	67,85	68,79	57,45	
PS - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	59,66	62,82	67,23	58,30	
PS - % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	66,93	66,27	67,35	59,04	
PS - % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	91,60	90,51	90,28	73,93	
PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	64,96	68,50	70,20	68,51	
% ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella	98,42	0,00	93,12	100,00	
% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	56,76	0,00	0,00	0,00	
% attrazione extra regione - DRG alta complessità	23,57	18,54	14,89	17,33	
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	7,86	6,67	5,77	7,26	
% dimissioni volontarie	1,17	1,10	1,19	1,12	

Naturalmente anche gli indicatori del MES risentono degli effetti della pandemia; alcuni di essi hanno registrato miglioramenti (la degenza pre-operatoria dei ricoveri chirurgici programmati, la percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorni, l'attrazione extra regione), mentre altri sono peggiorati (in generale tutti quelli che si riferiscono al Pronto Soccorso, la percentuale di ricoveri in Day Surgery, la percentuale di fratture del femore operate entro due giornate dall'ammissione, la percentuale di prostatectomie operate per via transuretrale).

**SCHEDA 4: INDICATORI AGENAS PNE**

<b>Definizione</b>	<b>Risultati 2019</b>	<b>Risultati 2020</b>	<b>Risultati 2021</b>	<b>Risultati 2022</b>	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	6,3	9,6	5,5	10,1	Yellow
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	61,3	71,9	68,2	65,4	Green
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	7,5	11,5	9,5	10,5	Yellow
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,1	0,0	0,0	1,7	Yellow
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	0,0	3,7	2,8	3,3	Yellow
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,0	0,0	0,0	0,0	Green
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9,7	8,4	9,7	7,9	Green
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,6	0,0	0,0	0,0	Green
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	3,5	7,8	8,5	5,0	Green
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	79,0	75,0	80,9	78,2	Light Green
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	89,9	56,1	90,0	52,7	Yellow
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	97,9	0,0	92,6	99,4	Light Green
% di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per TM					Grey
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	3,1	0,0	0,0	0,0	Green
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	2,8	7,4	0,0	0,0	Green
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3,8	5,2	2,9	3,8	Yellow
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	23,4	22,4	22,8	19,5	Light Green
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,1	0,4	0,8	0,5	Yellow
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,6	0,7	0,6	0,3	Green
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	54,1	34,9	39,4	33,3	Red
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3,1	3,0	3,0	3,1	Light Green

Con il Decreto 21 giugno 2016 il Ministero della Salute ha inteso costruire un sistema oggettivo di monitoraggio delle Aziende Ospedaliere in grado di individuare le situazioni di criticità relative sia agli esiti delle cure che alla inefficienza gestionale, prevedendo per le Aziende ritenute inadempienti un percorso triennale di rientro.

Secondo tale Decreto un'Azienda Ospedaliera per essere ritenuta inadempiente in termini di volumi, qualità ed esiti delle cure deve avere un numero di categorie di indicatori collocati nelle fasce critiche arancione o rossa tali che cadano nella fascia rossa almeno il 15% dei ricoveri o nella fascia arancione almeno il 33% dei ricoveri.

Gli indicatori adottati a tale scopo dall'AgeNaS sono quelli riportati nella Scheda 4.

Come si evince dai dati riportati l'Azienda Ospedaliera di Terni, rispetto ai parametri del Ministero, nel 2022 ha conseguito dei risultati eccellenti per ciò che riguarda la bassa mortalità dei pazienti, mentre continua a stazionare nella fascia contraddistinta dal colore rosso come nell'anno precedente la percentuale di pazienti con frattura del collo del femore trattati con intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero.

Per concludere la sezione della presente Relazione dedicata ai risultati relativi agli obiettivi aziendali è opportuno aggiungere due elementi di natura contabile.

Il primo riguarda il raggiungimento del pareggio di Bilancio, così come risulta dai dati del CE Consuntivo 2022.

VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021	Consuntivo 2022
<b>A) Valore della produzione</b>			
A.1) Contributi in c/esercizio	65.658.130,46	62.772.561,51	66.011.307,26
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0,00	0,00	0,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	444.911,29	2.499.352,17	1.103.303,29
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	122.737.834,10	138.303.055,61	133.056.604,74
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	6.670.714,86	7.757.170,12	5.800.306,45
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		2.342.066,33	2.704.645,18
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.536.096,52	4.647.859,88	4.338.830,37
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	225.303,02	241.657,72	554.235,37
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>202.139.130,10</b>	<b>218.563.723,34</b>	<b>213.569.232,66</b>
<b>B) Costi della produzione</b>			
B.1) Acquisti di beni	50.967.369,12	54.379.221,10	54.325.531,79
<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>50.222.316,55</i>	<i>53.681.360,46</i>	<i>53.668.094,39</i>
<i>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>745.052,57</i>	<i>697.860,64</i>	<i>657.437,40</i>
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	7.648.487,79	10.236.970,74	8.531.713,32
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	26.941.445,46	27.596.428,78	28.986.330,83
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	6.933.430,02	7.194.570,08	7.131.887,45
B.4) Godimento di beni di terzi	2.534.292,97	2.595.114,96	1.927.308,66
<b><u>Totale Costo del personale</u></b>	<b>88.940.815,00</b>	<b>93.600.831,54</b>	<b>95.884.958,68</b>
B.9) Oneri diversi di gestione	808.359,54	947.715,31	1.587.153,64
<b><u>Totale Ammortamenti</u></b>	<b>4.984.793,45</b>	<b>5.288.389,08</b>	<b>5.407.787,33</b>
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	597.509,00	0,00	0,00
B.13) Variazione delle rimanenze	-1.060.241,10	64.413,65	-426.164,39
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	6.881.518,86	11.501.373,05	5.060.338,7
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>196.177.780,11</b>	<b>213.405.028,29</b>	<b>208.416.846,01</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>			
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-5.692,26</b>	<b>-26.714,43</b>	<b>-1.402,02</b>
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>			
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>			
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>333.669,39</b>	<b>1.516.782,08</b>	<b>1.570.891,47</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>6.289.327,12</b>	<b>6.648.762,70</b>	<b>6.721.876,10</b>
<b>Imposte e tasse</b>			
<b>Totale imposte e tasse</b>	<b>6.152.574,07</b>	<b>6.638.762,88</b>	<b>6.721.876,10</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>136.753,05</b>	<b>9.999,82</b>	<b>0,00</b>

Il secondo elemento di natura contabile si riferisce al già citato Decreto 21 giugno 2016, relativamente ai criteri di monitoraggio dell'inefficienza gestionale delle Aziende Ospedaliere, secondo cui un'Azienda Ospedaliera per essere ritenuta inefficiente dal punto di vista gestionale deve avere uno scostamento tra costi e ricavi superiore a 7 milioni di euro o pari al 7%.

Tale schema elaborato dai Tecnici del Ministero consente di avere un quadro sintetico dell'efficienza dell'Azienda Ospedaliera appunto tramite la valutazione del suddetto scostamento.

La tabella che segue riporta lo schema costruito in base al Decreto 21 giugno 2016 con i dati desunti dal Conto Economico consuntivo relativo agli anni 2021 e 2022.

<b>costi</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
B.1) Acquisti di beni	54.379.221,10	54.325.531,79
B.2) Acquisti di servizi	37.833.399,52	37.518.044,15
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7.194.570,08	7.131.887,45
B.4) Godimento di beni di terzi	2.595.114,96	1.927.308,66
B.5) Personale del ruolo sanitario	83.752.739,21	85.537.391,45
B.6) Personale del ruolo professionale	158.787,65	177.416,41
B.7) Personale del ruolo tecnico	7.139.284,39	7.619.301,39
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.550.020,29	2.550.849,43
B.9) Oneri diversi di gestione	947.715,31	1.587.153,64
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	56.263,33	51.345,26
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	5.232.125,75	5.356.442,07
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00
B.13) Variazione delle rimanenze	64.413,65	-426.164,39
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	11.501.373,05	5.060.338,70
C.3) Interessi passivi	26.715,86	1.402,31
C.4) Altri oneri	0,00	0,00
D.2) Svalutazioni	0,00	0,00
Totale imposte e tasse	6.638.762,88	6.721.876,10
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>220.070.507,03</b>	<b>215.140.124,42</b>
<b>ricavi da prestazioni</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022- consuntivo</b>
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	116.336.335,43	108.534.923,53
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	17.222.324,92	19.500.000,00
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.342.066,33	2.704.645,18
A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	0,00	0,00
<b>TOTALE RICAVI DA PRESTAZIONI</b>	<b>135.900.726,68</b>	<b>130.739.568,71</b>
<b>normalizzazione dei ricavi da ricovero</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	77.197.823,76	74.273.788,81
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	12.133.379,33	14.000.000,00
delta tariffario percentuale da tabella A	-1,00%	-1,00%
<b>RISULTATO NORMALIZZAZIONE DEI RICAVI DA RICOVERO</b>	<b>-893.312,03</b>	<b>-882.737,89</b>

<b>ricavi da prestazioni new</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
ricavi da prestazioni	135.900.726,68	74.273.788,81
normalizzazione dei ricavi da ricovero	-893.312,03	14.000.000,00
<b>RISULTATO RICAVI DA PRESTAZIONI NEW</b>	<b>136.794.038,71</b>	<b>74.273.788,81</b>
<b>finanziamento per funzioni massimo ammissibile</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
x percentuale massima del finanziamento per funzioni sul totale della remunerazione dell'attività	30,00%	30,00%
ricavi da prestazioni new	136.794.038,71	131.622.306,60
<b>RISULTATO FINANZIAMENTO PER FUNZIONI MASSIMO AMMISSIBILE</b>	<b>58.626.016,59</b>	<b>56.409.559,97</b>
<b>altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	3.158.802,02	4.293.432,40
A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	0,00	0,00
A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	0,00	0,00
A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	4.355.035,01	1.150.456,52
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	1.187.108,97	943.113,05
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	2.925.783,14	60.000,50
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.499.352,17	1.103.303,29
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	0,00	0,00
A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0,00	0,00
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	281.988,41	302.694,23
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	4.462.406,85	4.718.986,98
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.757.170,12	5.800.306,45
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.647.859,88	4.338.830,37
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00
A.9) Altri ricavi e proventi	241.657,72	554.235,37
C.1) Interessi attivi	1,43	0,29
C.2) Altri proventi	0,00	0,00
D.1) Rivalutazioni	0,00	0,00
<b>TOTALE ALTRI RICAVI RELATIVI ALLE ENTRATE PROPRIE, ALLE STERILIZZAZIONI E ALLA GESTIONE FINANZIARIA</b>	<b>31.517.165,72</b>	<b>23.265.359,45</b>
<b>ricavi massimi ammissibili</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
ricavi da prestazioni new	136.794.038,71	131.622.306,60
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	58.626.016,59	56.409.559,97
altri ricavi relativi alle entrate proprie, alle sterilizzazioni e alla gestione finanziaria	31.517.165,72	23.265.359,45
<b>TOTALE RICAVI MASSIMI AMMISSIBILI</b>	<b>226.937.221,02</b>	<b>211.297.226,02</b>
<b>scostamento</b>	<b>anno 2021 - consuntivo</b>	<b>anno 2022 - consuntivo</b>
costi	220.070.507,03	215.140.124,42
ricavi massimi ammissibili	226.937.221,02	211.297.226,02
<b>RISULTATO SCOSTAMENTO</b>	<b>-6.866.713,99</b>	<b>3.842.898,40</b>

scostamento percentuale	anno 2021 - consuntivo	anno 2022 - consuntivo
scostamento	-6.866.713,99	3.842.898,40
ricavi da prestazioni new	136.794.038,71	131.622.306,60
finanziamento per funzioni massimo ammissibile	58.626.016,59	56.409.559,97
<b>RISULTATO SCOSTAMENTO PERCENTUALE</b>	<b>-3,51%</b>	<b>2,04%</b>

Considerando che secondo lo schema predisposto nel Decreto uno scostamento negativo indica in realtà un dato positivo secondo cui i ricavi ammissibili superano i costi, la tabella evidenzia comunque che l'Azienda Ospedaliera di Terni per l'anno 2022 non rientra tra quelle ritenute inefficienti dal punto di vista gestionale in quanto lo scostamento tra costi e ricavi non è superiore a 7 milioni di euro né al 7%.in termini di scostamento percentuale.

### 3.2 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
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Medicina generale geriatrica
0103	Endocrinologia
0106	Pneumologia / MAR (Malattie apparato respiratorio)
0107	Clinica di malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Clinica dermatologica
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna
0115	Gastroenterologia epatologia
0116	Endoscopia digestiva
<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0202	Chirurgia mammella
0203	Colonproctologia
0204	Chirurgia generale / Chirurgia breve e ambulatoriale
0207	Urologia
0208	Chirurgia urologica ad indirizzo oncologico
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0211	Chirurgia Plastica

0212	Clinica urologica ad indirizzo andrologico ed uroginecologico
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
0301	Oculistica
0302	Clinica otorinolaringoiatrica e patologia cervico-facciale
0303	Chirurgia maxillo-facciale
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Neuroriabilitazione (UGCA) e medicina fisica
0404	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0504	Elettrofisiologia
0505	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC)
0506	Cardioanestesia (TIPO)
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
0601	Ostetricia e ginecologia
0602	Pediatria
0603	Neonatologia e TIN (Terapia Intensiva Neonatale)
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA - ACCETTAZIONE</b>
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso accettazione
0704	Medicina d'urgenza
0705	Chirurgia digestiva e d'urgenza
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO ED IMMUNOTRASFUSIONALE</b>
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi
<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA E INTERVENTISTICA</b>
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia e RMN
0903	Medicina nucleare
<b>11</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
1101	Oncologia medica
1102	Radioterapia oncologica
1103	Istituto di Anatomia patologica
1104	Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
	Clinica medica
	Geriatria
	Endocrinologia
	Malattie apparato respiratorio
	Medicina interna (piano terra)
	Medicina d'Urgenza 2 e EPG
	Clinica delle malattie infettive
	Nefrologia degenza e Dialisi
	Dermatologia
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Epatogastroenterologia servizio
	Endoscopia operativa
<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
	Chirurgia breve + Chirurgia Testa Collo
	Polo urologico degenze e litotossia
	Ortopedia e traumatologia / Chirurgia della mano
	DH e PS ortopedico
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
	DH Oculistico (servizio)
	Ambulatori di Chirurgia Vascolare e Endoscopia Toracica
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
	Neurochirurgia degenza
	Neurologia e Stroke Unit
	Neuroriabilitazione U.G.C.A.
	Riabilitazione servizio
	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
	Area Cardiologica degenza
	Cardiochirurgia +Chir. Toracica + Chir. Vascolare
	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) + Cardioanestesia (T.I.P.O.)
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizi Amb. Cardiologici
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
	Ginecologia degenza
	Ostetricia Rooming-in
	Sala parto (infermieri)

	Sala parto (ostetriche)
	Pediatria
	Neonatologia e T.I.N.
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>
	Anestesia e Rianimazione
	Pronto Soccorso
	Medicina d'Urgenza
	Chirurgia Digestiva e Unità del Fegato
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE</b>
	Immunoematologia e Trasfusionale (tecnici)
	Immunoematologia e Trasfusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi
<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA</b>
	Radiologia (Tecnici)
	Angiografia (Infermieri)
	RMN (Tecnici)
	Angiografia e Neuroangiografia (Tecnici)
	Medicina Nucleare
	TAC/RMN (Infermieri)
<b>11</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
	Oncologia Degenza
	Oncologia DH
	Radioterapia oncologica (Tecnici)
	Radioterapia oncologica (Infermieri)
	Oncoematologia
	Anatomia patologica
<b>13</b>	<b>CENTRI SANITARI DI SUPPORTO</b>
	Centro salute donna
	Poliambulatori
<b>14</b>	<b>SALE OPERATORIE</b>
	Gruppo operatorio Piastra Nuova
	Gruppo operatorio II piano; S.O. Oculistica; S.O. Poliambulatori
	INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
	SICUREZZA E FORMAZIONE
	GESTIONE FLUSSI RICOVERI
	PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO RISORSE UMANE
	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

- CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
1301	Servizio prevenzione e protezione
1302	Direzione medica di presidio ospedaliero
1303	Farmacia
1304	Istituto di medicina legale
1305	Psicologia
1306	S.I.T.R.O.
1307	Rischio Clinico
1308	S.C. Formazione – Qualità - Comunicazione
1308	Medicina del Lavoro

- CENTRI AMMINISTRATIVI

<b>COD.</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
P020	S.C. Risorse umane
P030	S.S. Acquisizione beni e servizi
Q010	S.C. Tecnico patrimoniale
Q015	S.C. Economato e Provveditorato
Q020	S.S. Controllo di gestione
Q030	S.C. Affari generali e legali
Q080	S.C. Economico finanziaria

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

### **3.3 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.S. 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	42	66,7
95,0 - 99,9	11	17,5
90,0 - 94,9	6	9,5
85,0 - 89,9	2	3,2
80,0 - 84,9	1	1,6
70,0 - 79,9	1	1,6
< 70,0	0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

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

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	41	71,9
95,0 - 99,9	5	8,8
90,0 - 94,9	6	10,5
85,0 - 89,9	4	7,0
80,0 - 84,9	1	1,8
70,0 - 79,9	0	0,0
< 70,0	0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

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

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	6	66,7
95,0 - 99,9	1	11,1
90,0 - 94,9	2	22,2
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
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

**OBIETTIVI CENTRI AMMINISTRATIVI**  
**RIEPILOGO RISULTATI PER CENTRO AMMINISTRATIVO**

% CONSEGUIMENTO OBIETTIVO	N. CENTRI	%
100	7	100,0
95,0 - 99,9	0	0,0
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
<b>TOTALE</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

## 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 l’atto deliberativo 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

- 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 Budgeting 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 2022.

La rilevazione della performance individuale per l’anno 2022 è stata avviata per tutte le professionalità appartenenti alle diverse aree contrattuali e ruoli il 21/04/2022 con le note prot. 24376. 24383 e 24389/2023. Per la dirigenza sanitaria si è proceduto ad effettuare un sollecito per la trasmissione delle schede di valutazione il 31/05/2023 con prot. n.31943/2023.

In particolare per l’area di comparto sanitaria, così come previsto dalla regolamentazione vigente e dal Piano Performance aziendale, la valutazione è stata effettuata anche attraverso una rilevazione periodica attraverso la valorizzazione delle schede di valutazione in itinere e poi allegate a quelle definitive redatte in occasione dell’avvio sopra riportato. Nel 2021 anche alla Dirigenza avrebbe dovuto essere applicata la stessa metodologia ma, a causa di criticità oggettive determinate dall’Emergenza Covid -19, tale implementazione è stata rimandata alla fine dello stato di emergenza. Pertanto, a partire dal 2024 si procederà all’estensione della rilevazione periodica attraverso la valorizzazione delle schede di valutazione in itinere anche per il personale dirigenziale e per l’area tecnica e amministrativa di comparto.

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

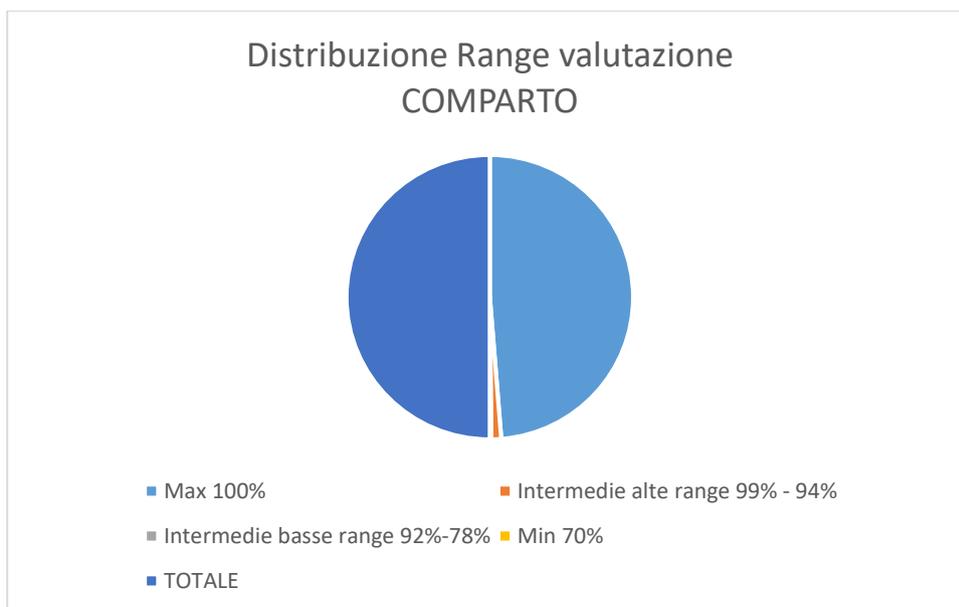
specifici sottoscritti con le Aree delle Dirigenze e del Comparto, ai sensi della normativa legislativa e contrattuale vigente.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Attività, si applica un criterio a scaglioni, secondo un rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi indicati nel sistema di Budget sia per la Dirigenza sia per il Comparto. Pertanto anche per l'anno in esame, sulla base dei risultati definitivi del Budget 2022 - Performance Organizzativa, si prenderà 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.

Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 1405 dipendenti in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato del Comparto, di cui n. 110 non valorizzabili in quanto con una presenza non significativa (<3 mesi). Il 97 % ha totalizzato una valutazione al massimo.

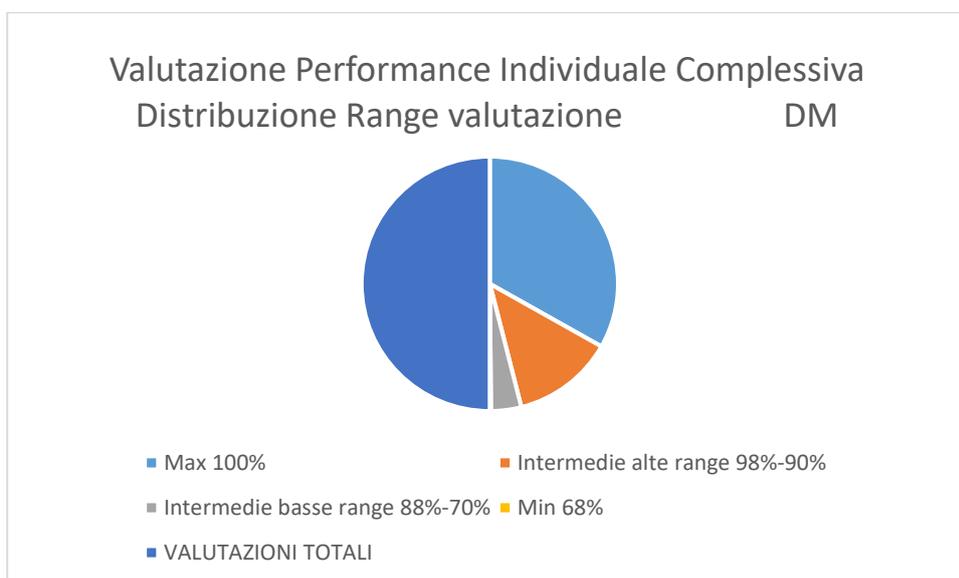
<b>Valutazione 2022: Risultati e andamenti Performance Individuale COMPARTO</b>		
<b>Dip. Comparto anno 2022</b>	1403	
Non valutabili	-110	
<b>Totale in valutazione</b>	<b>1293</b>	
<b>Valutazione complessiva</b>		
Range Valutazione	Distribuzione Range valutazione	%
<b>Max 100%</b>	1260	97,45%
<b>Intermedie alte range 99% - 94%</b>	29	2,24%
<b>Intermedie basse range 92%-78%</b>	3	0,23%
<b>Min 70%</b>	1	0,08%
<b>TOTALE</b>	<b>1293</b>	<b>100,0%</b>
<p><b>La quota personale incentivante della Performance Individuale</b>, 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.</p> <p><b>La quota personale incentivante della Performance organizzativa</b>, 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</p>		



Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 433 dirigenti medici in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato, di cui n.47 non valorizzabili in quanto con una presenza non significativa (<3 mesi), n. 32 con scheda non pervenuta, nonostante i solleciti, da parte delle Strutture sotto indicate. Il 66,40 % ha totalizzato una valutazione al massimo.

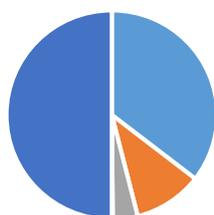
<b>Dirigenti medici t.ind. e det. Corso anno 2022</b>	433	
Non valutabili per presenza non significativa ai fini della valutazione e < 3mesi	-47	
Schede non pervenute	-32	SC Oculistica- Cardiochirurgia- Chirurgia digestiva- SSD Medicina D'Urgenza
<b>Totale DM in valutazione</b>	<b>354</b>	
<b>Dirigenti Medici RNE non percettori di incentivi</b>	<b>35</b>	

<b>Valutazione Performance Individuale Complessiva</b>		
<b>Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE</b>	<b>Distribuzione Range valutazione DM</b>	<b>%</b>
<b>Max 100%</b>	235	66,4%
<b>Intermedie alte range 98%-90%</b>	91	25,7%
<b>Intermedie basse range 88%-70%</b>	27	7,6%
<b>Min 68%</b>	1	0,3%
<b>VALUTAZIONI TOTALI</b>	<b>354</b>	<b>100,0%</b>



<b>Valutazione Contributo Performance Organizzativa</b>		
<b>Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE</b>	<b>Distribuzione Range valutazione DM</b>	<b>%</b>
<b>Max100%</b>	251	70,9%
<b>Intermedie alte range 97%-90%</b>	75	21,2%
<b>Intermedie basse range 87%-67%</b>	27	7,6%
<b>Min 60%</b>	1	0,3%
<b>VALUTAZIONI TOTALI</b>	<b>354</b>	<b>100%</b>

Valutazione Contributo Performance  
Organizzativa Distribuzione Range valutazione  
DM



- Max100%
- Intermedie alte range 97%-90%
- Intermedie basse range 87%-67%
- Min 60%
- VALUTAZIONI TOTALI

**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.

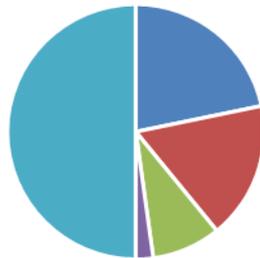
Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 27 dirigenti sanitari in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato, di cui n.4 non valorizzabili in quanto con una presenza non significativa (<3 mesi). Il 43,5 % ha totalizzato una valutazione al massimo.

<b>Valutazione 2022: Risultati e andamenti Performance complessiva Dirigenza Sanitaria</b>	
<b>Dirigenti medici t.ind. e det. Corso anno 2022</b>	27
Non valutabili per presenza non significativa ai fini della valutazione e < 3mesi	-4
<b>Totale DM in valutazione</b>	<b>23</b>

## Valutazione Performance Individuale Complessiva

Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE	Distribuzione Range valutazione DS	%
Max 100%	10	43,5%
Intermedie alte range 96%-90%	8	34,8%
Intermedie basse range 82%-66%	4	17,4%
Min 60%	1	4,3%
<b>VALUTAZIONI TOTALI</b>	<b>23</b>	<b>100,0%</b>

Valutazione Performance Individuale Complessiva  
Distribuzione Range valutazione DS



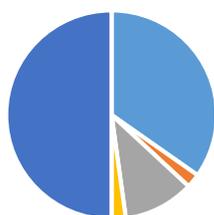
- Max 100%
- Intermedie alte range 96%-90%
- Intermedie basse range 82%-66%
- Min 60%
- VALUTAZIONI TOTALI

## Valutazione Contributo Performance Organizzativa

Range Valutazione PERFORMANCE INDIVIDUALE	Distribuzione Range valutazione DS	%
Max 100%	16	69,6%
Intermedie alte range 97%	1	4,3%
Intermedie basse range 87%-63%	5	21,7%
Min 60%	1	4,3%
<b>VALUTAZIONI TOTALI</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Valutazione Contributo Performance  
Organizzativa Distribuzione Range valutazione

DS



- Max 100%
- Intermedie alte range 97%
- Intermedie basse range 87%-63%
- Min 60%
- VALUTAZIONI TOTALI

**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.

Nell'anno in disamina sono state considerate le valutazioni di n. 5 dirigenti amministrativi in servizio a tempo indeterminato e tempo determinato, Il 100 % ha totalizzato una valutazione al massimo.

**Valutazione 2022: Risultati e andamenti Performance individuale a Dirigenza PTA**

Dirigenti PTA 2022	N.	PI	PO
	5	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

## 5. Trasparenza e Anticorruzione

Anche nel corso dell'anno 2022, l'A.O. "S. Maria" di Terni ha fatto fronte all'emergenza rappresentata dalla Pandemia da Covid-19. Come in tutte le organizzazioni sanitarie, la necessità di adottare misure straordinarie ed emergenti/urgenti per garantire assistenza e cura in favore dei Pazienti "Covid" mitigando il rischio di disservizi per Pazienti "no-Covid" (per i quali tra l'altro vi è stato un forte "mandato" di recupero delle prestazioni sospese), ha di fatto determinato un'accelerazione delle procedure amministrative con "difficoltà" nel monitoraggio puntuale dei singoli processi da parte dei Responsabili e del RTP. Sempre nel corso dell'anno 2022, nell'A.O. "S. Maria" si è registrato il completo rinnovo della Direzione Strategica che ha inevitabilmente determinato una ulteriore spinta alla reingegnerizzazione di alcuni processi e alla realizzazione di alcuni progetti con la necessaria attività da parte dei Servizi/Uffici maggiormente coinvolti.

Anche nel corso dell'anno 2022, in qualità di Dirigente medico della DMPO dell'A.O. "S. Maria" di Terni, il RPC ha di fatto visto ridursi i margini di intervento rispetto all'attuazione "puntuale" del PTCPT.

Nonostante la "pressione" sulla Struttura sanitaria rappresentata dalle diverse ondate pandemiche da SARS-Cov 2 nel corso dell'anno 2022, il RPC, di concerto con il Responsabile della Trasparenza e con gli altri Referenti degli Uffici/Servizi aziendali interessati, ha contribuito alla redazione del previsto **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** (Decreto Legge 9.6.2021, n. 80, convertito in Legge 6.8.2021, n. 113, come strumento strategico che integri i principali atti di pianificazione dell'A.O. "S. Maria" di Terni.

In ogni caso, alcune misure specifiche attuate nel corso dell'anno 2022, sono rappresentate da:

1) Verifica degli obiettivi relativi al tema della prevenzione della corruzione inseriti nel piano di budget 2022 e riproposizione degli stessi anche nel piano di budget 2023:

- Attività conseguenti al decesso: divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto del familiare e divieto di fornire prestazioni e svolgere compiti non propri rispetto alla gestione della salma.
- Attività chirurgica programmata e scorrimento lista d'attesa: -adozione della Procedura per la gestione delle attività chirurgiche aziendali (compresa la fase di assegnazione dei codici di priorità e di preospedalizzazione) per i ricoveri chirurgici programmabili.

2) Considerando imprescindibile investire sulla formazione del personale (così come ribadito dal PNA 2002), oltre ad un corso di formazione con più edizioni nell'anno 2022, obbligatorio per Personale sanitario (Dirigenti medici e personale del comparto) sul rischio di *maladministration* rappresentato dalla gestione inappropriata dei rifiuti sanitari. (proposto dal RPC in qualità di responsabile scientifico), è stato reso obbligatorio un Corso di formazione per Personale amministrativo e sanitario "Piano anticorruzione e codice di comportamento"- Corso Webinar,16/12/2022 organizzato dalla Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica (proposto dal RPC in qualità di responsabile scientifico)

Nel corso dell'anno 2022, si è inoltre proceduto alla redazione del PTCPT 2023-2025: considerando la variabile "pandemia" e gli inevitabili risvolti sui processi amministrativi e sanitari, si è riproposto, tenendo sempre presenti le disposizioni dell'ANAC relative all'emergenza da Covid-19, l'impianto del Piano 2022-2024: in particolare, alla luce del valore rappresentato dal PNA 2022,

sono stati riproposti alcuni allegati ed è stato dedicato un capitolo specifico al Documento dell'ANAC.

Anche nel PTCPT 2023-2025, nel predisporre le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, vengono individuate le tipologie di rischio, valutato il loro impatto all'interno e all'esterno dell'amministrazione, stimata la probabilità degli eventi, individuato l'approccio culturale e metodologico da utilizzare; nel PTCPT 2023-2025, si ripropone la strategia di "lavorare" di concerto con i Direttori/Responsabili interessati, alla mappatura dei processi aziendali delle principali aree di rischio e di mettere a frutto il più stretto confronto con l' Organismo Indipendente di Valutazione.

Viene altresì rimarcata l'importanza del "valore pubblico" come parola chiave del PIAO e dei Piani in esso contenuti.

Il principio della trasparenza, inteso come accessibilità totale ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Con deliberazione aziendale n. 399 del 29/04/2022 è stato, tra l'altro, aggiornato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2022 – 2024, nel quale vengono anche individuati analiticamente i dati che le singole strutture hanno l'obbligo di pubblicare per ottemperare al dettato normativo di cui all'oggetto.

Al fine di organizzare i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione, la pubblicazione dei dati è stata inoltre predisposta una procedura aziendale "*Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza*" ed inviata agli Uffici per la pratica attuazione.

Ai fini del monitoraggio dello stato di attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza contenuti nel D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016 e dalle Linee Guida ANAC n. 1310/2016, è stata predisposta ed approvata una scheda di report che di seguito si riporta, finalizzata alla verifica dell'avvenuto assolvimento degli adempimenti connessi, nel rispetto dei termini assegnati nella seguente tabella di programmazione.

Tabella di programmazione - Trasparenza				
misura	attuazione	responsabili	tempi	strumento
trasparenza	Garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge	Dirigenti dei Dipartimenti/Uffici	Costante, nel triennio di riferimento, nel rispetto dei termini previsti dalla delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e dall'allegato al PTPCT 2022 – 2024	entro il 10 novembre, trasmettere: Report di monitoraggio sull'attuazione della misura al 31 ottobre composto da: - Griglia di rilevazione sul rispetto degli obblighi - Scheda di Sintesi delle criticità - Documento di Attestazione
	Monitoraggio sulla corretta e completa pubblicazione dei dati di rispettiva competenza	Referenti	Costante, nel triennio di riferimento	
	Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – e redazione documento da trasmettere al Responsabile		Annualmente, nel triennio di riferimento	
	Monitoraggio sulla corretta e compiuta trattazione delle richieste pervenute ai sensi dell'art. 5, comma 2, d.lgs. 33/2013 (accesso civico “generalizzato”)		Costante, nel triennio di riferimento	entro il 10 novembre, trasmettere Report sull'adempimento connesso alle richieste di accesso civico “generalizzato”

	<p>Analisi dati monitoraggio – periodo 1 novembre anno precedente/31 ottobre anno di riferimento – sulla trattazione delle richieste di accesso civico generalizzato. Redazione documento da trasmettere al Responsabile</p>		<p>Annualmente, nel triennio di riferimento</p>	
--	--	--	---	--

Con riferimento al Registro di accesso agli atti, è stata individuata una classificazione di ogni richiesta di accesso agli atti all'interno del campo TAG del Protocollo (ADOC, ACIV e AGEN) al fine di automatizzare la pubblicazione dei dati riepilogativi degli accessi con aggiornamento almeno semestrale - sono state predisposte ed approvate indicazioni operative finalizzate a favorire il corretto funzionamento del registro degli accessi stesso, e la tempestiva conseguente pubblicazione dei contenuti in Amministrazione trasparente, indicazioni che vengono di seguito riportate in sintesi:

VOCI REGISTRO	INDICAZIONI
<p>inserire nel registro le sole istanze qualificabili come istanze di accesso</p>	<p>Non inserire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mere richieste di informazioni, sia che pervengano per iscritto, sia che pervengano attraverso canali informali (ad esempio, per via telefonica);</li> <li>▪ richieste documentali o informative provenienti da Pubbliche Amministrazioni, che si collochino su un piano di leale collaborazione istituzionale;</li> <li>▪ istanze di accesso all'informazione ambientale, presentate ai sensi del d.lgs. n. 195/2005;</li> <li>▪ richieste di informazioni, atti e documenti presentate dai consiglieri regionali agli uffici nell'esercizio delle prerogative statutarie.</li> </ul>
<p>classificazione delle istanze</p>	<p>Prestare attenzione alla corretta classificazione delle istanze (se accesso civico o documentale), al fine di garantire che queste siano classificate all'interno della categoria pertinente e risultino quindi attendibili in sede di monitoraggio.</p>
<p>struttura deputata a inserire l'istanza all'interno del registro</p>	<p>Struttura/Unità organizzativa/Direzione che provvede all'adozione del provvedimento finale.</p>
<p>compilazione dei dati relativi all'oggetto dell'accesso</p>	<p>Deve risultare facilmente comprensibile quale sia il dato o documento richiesto dall'utente (evitare diciture generiche quali "istanza di accesso generalizzato" o "accesso pratica prot. n. x")</p> <p>Provvedere all'anonimizzazione dei dati relativi a persone fisiche - quali nominativi o qualunque altro dato, anche costituito da un numero identificativo (a titolo esemplificativo e non esaustivo, numeri di matricola, codice fiscale, partita IVA) - dai quali risulti possibile risalire all'identificazione di una persona fisica mediante opportuni omissis</p> <p>Oscurare dati identificativi di persone giuridiche se soggetti richiedenti o coinvolti nel procedimento, mediante omissis ovvero con riferimenti generici alla società, ditta o ente associativo, o, a seconda dei casi, con le sole iniziali, in modo che l'indicazione nominativa, eventualmente</p>

	<p>associata a procedimenti o fatti circostanziati, non leda l'immagine o interessi giuridico-economici di tali enti.</p>
<p>ulteriori indicazioni</p>	<p>In considerazione della rilevanza che la legge attribuisce al rispetto del termine di conclusione dei procedimenti di accesso e alla motivazione si raccomanda di:          Protocollare tutte le istanze pervenute nonché i relativi riscontri al fine di consentire all'applicativo di conteggiare correttamente i tempi di riscontro.          Verificare che una volta compilato il campo "esito" a seguito della conclusione dell'istanza, (accolta, rifiutata, differita,...), vengano riportati nella colonna "giorni" i tempi di risposta.          Annotare nel campo "motivazione" se una istanza di accesso è stata evasa attraverso plurime trasmissioni della documentazione richiesta ovvero se sono stati chiamati in causa i          controinteressati segnalando le ragioni dell'eventuale superamento dei termini di 30 giorni di conclusione del procedimento.          Specificare obbligatoriamente la causa del rifiuto, del differimento o dell'eventuale accoglimento parziale.</p>