

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024 TRIENNIO 2024-2026

Sommario

1	Premessa.....	3
2	Sezione I - Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
3	Sezione II - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione.....	6
3.1	Valore pubblico - obiettivi di benessere	6
3.2	Performance	9
3.2.1	Introduzione	9
3.2.2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni.....	12
3.2.3	La programmazione sanitaria 2024.....	30
3.2.4	Ricerca Corrente	36
3.2.5	Prospettive future- azioni di potenziamento 2024-2026.....	38
3.2.6	Piano della Performance	51
3.3	Rischi corruttivi e trasparenza.....	59
3.3.2	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	59
3.3.3	Misure di prevenzione 2024.....	59
3.3.4	Elenco degli obblighi di pubblicazione.....	59
4	Sezione III – Organizzazione e Capitale Umano	60
4.2	Organizzazione.....	60
4.3	Risorse Umane	61
4.4	Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)	63
4.5	Formazione.....	63
5	Sezione IV – Monitoraggio.....	64

1 Premessa

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - previsto dall'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Lex n. 113/2021 - rappresenta un "testo unico" della programmazione, diretto a produrre un piano unico di governance dell'ente ed è redatto per garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificandone i processi.

Il D.P.R. n. 81 del 24 giugno 2022, ha individuato gli adempimenti relativi ai Piani/documenti assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha definito successivamente il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente, con esso si vuole enfatizzare il valore pubblico generato, le cause e gli effetti che i meccanismi di programmazione e di pianificazione sono in grado di produrre e si vuole altresì delineare un filo conduttore comune tra i diversi ambiti di programmazione.

In attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha messo a disposizione delle amministrazioni, a partire dal 1° luglio 2022, un Portale dedicato al Piano integrato di attività e organizzazione, denominato "Portale PIAO", che consente alle pubbliche amministrazioni il caricamento e la pubblicazione del Piano oltre che la consultazione dei documenti di programmazione da parte di tutti i cittadini.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato i piani previsti dalla normativa vigente relativi a performance, fabbisogni di personale, formazione, lavoro agile, prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il PIAO, infatti, sostituisce i diversi documenti programmatici:

- il Piano triennale delle performance;
- il POLA e il piano della formazione;
- il Piano triennale del fabbisogno del personale;
- il Piano anticorruzione.

Con riferimento alla struttura del documento, coerentemente con le linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il presente Piano si sviluppa nelle seguenti 4 sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione;
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, contenente i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. **Organizzazione e capitale umano**, dove è presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
4. **Monitoraggio**, dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Il presente documento è stato redatto nel mese di agosto 2024 a conclusione della programmazione annuale aziendale di seguito descritta.

I tempi necessari per la definizione della programmazione annuale dell'Istituto sono correlati alle seguenti motivazioni e correlati atti:

- 1) Il nuovo Direttore Generale, Dott. Massimo De Fino, si è insediato nelle funzioni il 15/12/2023, a seguito di nomina avvenuta con DGR n.777 del 22/11/2023;
- 2) Approvazione del nuovo Atto Aziendale con DGR n. 274 del 05.04.2024 e relativa presa d'atto con deliberazione del Direttore Generale n.258 del 02.05.2024;
- 3) Nomina del Direttore Sanitario, Dott. Rocco Mario Calabrese, con deliberazione del Direttore Generale n. 421 del 19/07/2024;
- 4) Nomina del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Maria Mariani, con deliberazione del Direttore Generale n. 422 del 19/07/2024;
- 5) la Regione Basilicata ha adottato una serie di misure per il contenimento della spesa nel bilancio 2024-20252 il Piano di rientro per l'IRCCS CROB. Nello specifico:
 - con determina dirigenziale n. 13BE.2024/D.00104 del 28.03.2024 ha definito le misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica;
 - con determina dirigenziale n. 13BE.2024/D.00110 del 05.04.2024 ha definito misure per la razionalizzazione della spesa dei dispositivi medici;
 - con determina dirigenziale n. 13BE.2024/D.00119 del 11.04.2024 ha definito gli obiettivi delle Aziende Sanitarie del SSR per l'abbattimento della mobilità passiva per i ricoveri ospedalieri acuti e di riabilitazione;
 - con nota PEC acquisita protocollo aziendale con num. 2024/5493 del 30/07/24 il Dipartimento Politiche della Persona ha fornito indicazioni inerenti il bilancio economico preventivo 2024;
- 6) Con deliberazione del Direttore Generale n 455 del 07/08/2024 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo 2024.

Il presente documento, inoltre, tiene conto di quanto definito dal decreto legislativo 200/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e cura carattere scientifico".

2 Sezione I - Scheda anagrafica dell'amministrazione

Amministrazione	Ircs – Crob
Sede legale	Via Padre Pio, 1 – 85028 Rionero in Vulture (PZ)
C.F.	93002460769
P.IVA	01323150761
Pec	crob@pec.crob.it
Sito Istituzionale	www.crob.it
Contatti telefonici	Tel. 0972-726111 Fax. 0972-723509
Codice IPA	ircs_ba

3 Sezione II - Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

Un ente crea Valore pubblico quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive di benessere rispetto alla loro baseline e quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, ottimizza le risorse e migliora le performance di efficienza ed efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti.

Si crea Valore Pubblico altresì, quando si riescono a gestire, secondo economicità, le risorse che si hanno a disposizione e si soddisfano le esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Pertanto, la generazione di Valore pubblico si realizza grazie a un mix equilibrato di economicità ed efficienza, in cui si pone una forte attenzione all'incremento di benessere degli utenti e alle modalità con cui si riescono a gestire le risorse disponibili.

Tanto premesso la sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione definisce i risultati da realizzare coerentemente agli obiettivi di programmazione finanziaria adottati dall'Istituto.

3.1 Valore pubblico - obiettivi di benessere

L'IRCCS CROB utilizza il proprio patrimonio, tangibile ed intangibile, al fine di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini nel rispetto della dignità della persona, attuando percorsi clinico assistenziali appropriati e attività di ricerca biomedica, offrendo risposta ai fabbisogni di alta complessità in oncologia sia sul piano assistenziale che su quello della ricerca. L'Istituto svolge attività di ricerca in campo biomedico articolata in ricerca di base, clinica e traslazionale.

Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, l'Istituto ha le seguenti ulteriori finalità:

- funzione di Hub della Rete oncologica Regionale (ROB) nonché di unico coordinamento ed indirizzo attraverso i propri Gruppi Oncologici Multidisciplinari delle prestazioni di cura diretta ai pazienti oncologici lucani e non, presenti sull'intero territorio regionale; la rete oncologica ha l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, la presa in carico globale dell'assistito, l'efficienza operativa e l'efficacia complessiva degli esiti sulla salute;
- il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito oncologico, confermandosi punto di riferimento per il sistema sanitario regionale e puntando a diventare punto di riferimento in ambito nazionale;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata, missione definita come tutela della salute nella sua globalità;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale anche tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete;
- la partecipazione alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi nel settore oncologico;
- la promozione e realizzazione dei programmi di screening oncologici mammario, della cervice-uterina e del colon-retto;

- la gestione del Registro Regionale dei Tumori;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del S.S.R. e le Università;
- la valorizzazione della didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie oncologiche;
- lo svolgimento di attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con le Università e con altre istituzioni nazionali ed internazionali;
- la sperimentazione e verifica di forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post-laurea.

L'Istituto persegue inoltre, l'obiettivo istituzionale della tutela della salute promuovendo un processo di equità sociale nelle cure, gestendo le patologie oncologiche con un approccio multidisciplinare e garantendo, altresì, la sostenibilità economica della propria azione, a tal fine tutti gli operatori dell'Istituto sono chiamati a definire le priorità delle azioni finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute nei limiti delle risorse economiche disponibili.

Il servizio erogato dall'Istituto si caratterizza per l'impegno all'umanizzazione in ogni fase dell'iter assistenziale, al fine di prendersi cura della persona malata, nel rispetto integrale della sua dignità, dei suoi bisogni, della sua sofferenza e della sua speranza.

L'appropriatezza è riferita alla valutazione degli atti medici in relazione alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili. Generalmente, si distingue l'appropriatezza clinica dall'appropriatezza organizzativa. L'appropriatezza clinica è rivolta alla valutazione medico-tecnica di specifici interventi o procedure; in particolare, si valuta se i benefici attesi per il soggetto sono superiori agli eventuali effetti avversi.

L'appropriatezza organizzativa riguarda, invece, il livello di assistenza e comporta, pertanto, la valutazione sull'appropriatezza delle soluzioni organizzative, ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate.

Pertanto, nel contesto dell'appropriatezza, le scelte organizzative e operative sono orientate alla ricerca sistematica di prestazioni sanitarie efficaci, all'ottimizzazione del rapporto efficacia-costi e alla definizione delle priorità sociali da perseguire. Conseguentemente, la prestazione è considerata appropriata se viene percepita come "la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta".

L'Istituto si adopera per produrre azioni efficaci mediante:

- prestazioni sanitarie idonee a raggiungere determinati obiettivi di salute. L'efficacia è data dal rapporto tra i risultati finali, in termini di miglioramento della salute attribuibile alle prestazioni sanitarie erogate (outcome) e le prestazioni stesse (output);
- azioni che producano i migliori risultati quali-quantitativi a parità di risorse, ovvero azioni che determinino gli stessi risultati con un minore impiego di risorse, l'efficienza è infatti determinata dal rapporto tra le prestazioni prodotte (output) e le risorse impiegate per produrlo (input).

L'impegno primario dell'Istituto è il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni del paziente con il quale vuole costruire un rapporto di fiducia basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo sia sanitario attribuendo al benessere del paziente una posizione di centralità nel processo di cure.

L'Istituto, pertanto, si impegna a mantenere standard professionali di elevato valore tecnico, etico e professionale, assicurando cure di qualità, garantendo tempestività ed appropriatezza delle cure.

Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e, se necessario, migliorati. Qualità è anche innovazione, l'implementazione di ogni progetto di cambiamento è accompagnata dal monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni.

3.2 Performance

3.2.1 Introduzione

Il Piano delle Performance è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali, a quelli intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Istituto, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

È redatto ai sensi dell'articolo 10 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

La programmazione del ciclo della performance prende avvio alla fine dell'anno precedente all'esercizio di budget con l'analisi di eventuali aggiornamenti relativi ai seguenti documenti di programmazione e indirizzo nazionale e/o regionale:

- D.Lgs 23 dicembre 2022 n.200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico";
- Patto per la Salute Nazionale definito in sede di Conferenza delle Regioni;
- Piano Oncologico Nazionale;
- Piano Nazionale Screening;
- Piano Socio-Sanitario Regionale;
- Patto per la Salute – Obiettivi di Salute e di programmazione economico-finanziaria per i Direttori delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IRCCS.

La Direzione Aziendale, inoltre, recepisce le indicazioni del Consiglio di Indirizzo e Verifica e le direttive di programmazione economico finanziaria da parte dei competenti uffici regionali e, facendole proprie, individua le azioni strategiche e definisce lo scenario dell'anno successivo sulla base delle risorse e del modello di sviluppo dell'Istituto nell'ambito del sistema sanitario regionale. Tale pianificazione è un'attività inquadrata nell'ambito di una progettualità pluriennale, che costituisce il processo attraverso il quale si definiscono le finalità dell'organizzazione, la natura generale delle attività necessarie per raggiungerle, gli obiettivi da conseguire, le principali linee strategiche progettate, le risorse necessarie e le ricadute operative ed economiche per l'Istituto.

In tale ambito si colloca la predisposizione dei seguenti documenti di programmazione:

- Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale;
- Il Piano degli Investimenti;
- Il Programma Biennale Beni e Servizi;
- Il Budget Generale annuale e triennale;
- Il Programma triennale delle opere pubbliche;
- Il Bilancio economico preventivo annuale e pluriennale.

Sulla base di queste premesse, il processo di gestione e valutazione della performance viene formalizzato attraverso la produzione dei seguenti documenti di supporto:

- **Piano delle Performance:** documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno a scorrimento, inserito come Sezione 2 del PIAO e di norma, salvo proroghe o

situazioni straordinarie, approvato con deliberazione entro il 31 gennaio. Contiene l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie per il triennio, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.

- **Budget dei Centri di Responsabilità (CdR):** individua, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate. Al termine della fase di negoziazione, le schede di budget sono approvate con deliberazione (Budget operativo annuale).
- **Schede di valutazione individuale:** raccolgono, in un unico documento, gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività sia alle progressioni orizzontali.
- **Relazione sulla Performance:** documento redatto, ai sensi del D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. La Relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La performance si distingue in:

- **organizzativa**, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;
 - **individuale**, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti.
- Coerentemente con l'impostazione del quadro normativo la valutazione dei risultati e delle prestazioni aziendali e individuali si articola in un processo direzionale a "cascata" per l'intera struttura organizzativa aziendale e consente di valutare l'apporto dei singoli dipendenti attraverso l'analisi dei comportamenti organizzativi e delle capacità professionali.

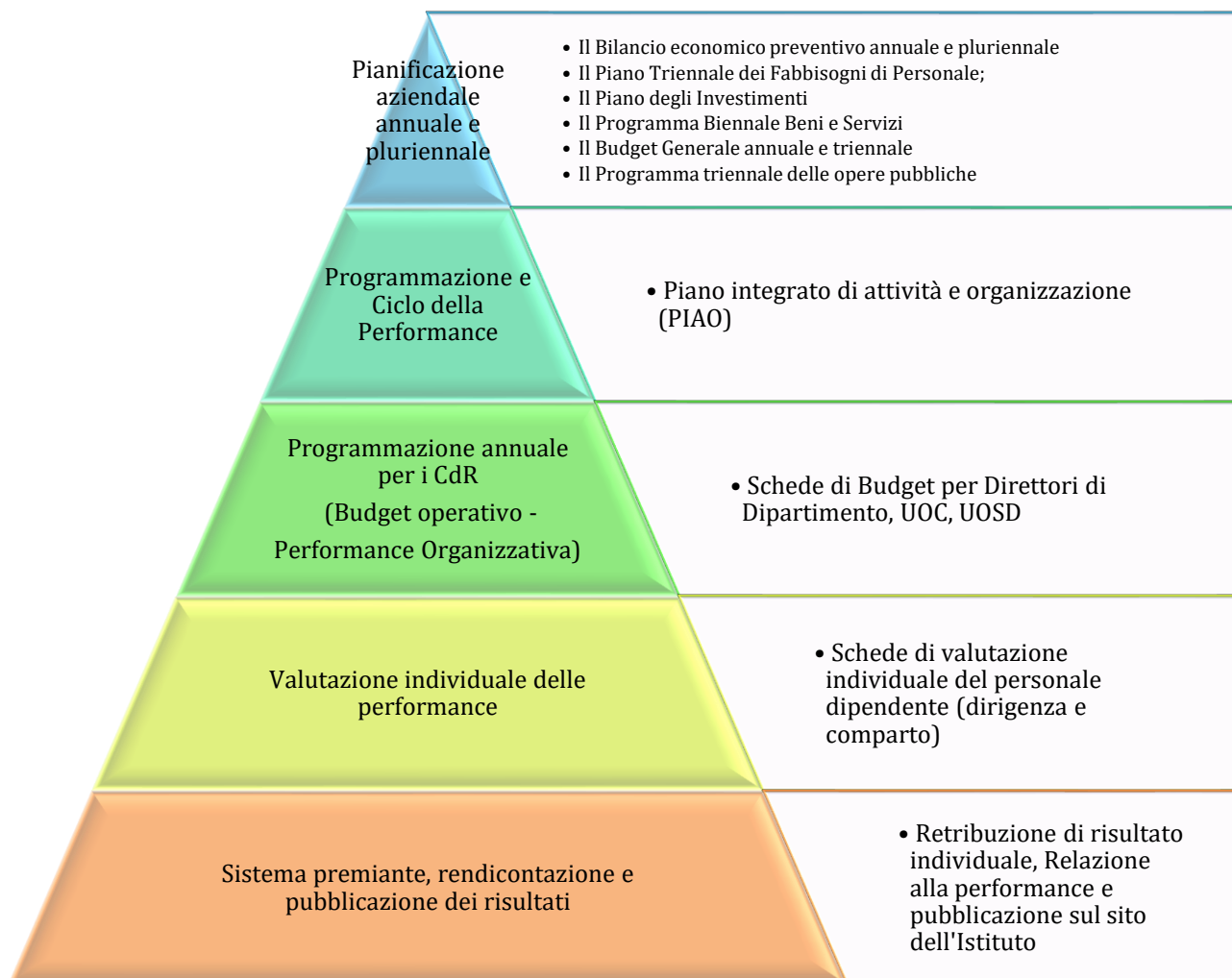
Il Piano delle Performance viene elaborato pertanto in base agli indirizzi fondamentali e le traiettorie di sviluppo definite dal Ministero della Salute e dalla Regione Basilicata, agli obiettivi di mandato per il Direttore Generale, agli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Basilicata, agli indirizzi elaborati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) integrati con esigenze di direzione aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno.

L'insieme di questi elementi sono tradotti in obiettivi aziendali, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi gestionali (budget operativo) assegnati a ciascun responsabile di Centro di Responsabilità in modo da garantire il raccordo tra pianificazione regionale, aziendale e la programmazione annuale.

Il processo di budget descritto permette di assegnare a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi.

Infine, il processo aziendale di valutazione individuale delle performance consente di valutare il contributo del singolo dipendente, grazie alla scheda di valutazione individuale o alla valutazione degli obiettivi individuali assegnati.

Le fasi di pianificazione e programmazione aziendale vengono schematizzate come nella figura seguente che illustra i diversi livelli, dando evidenza dei principali corrispondenti documenti approvati dall'Istituto ai sensi della normativa vigente:



Il *Piano delle Performance* costituisce lo strumento programmatico per la negoziazione del budget aziendale con i nuovi Centri di Responsabilità.

3.2.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

3.2.2.1 Chi siamo

Il “Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata”, con sede in Rionero in Vulture, è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di rilevanza nazionale, riconosciuto con decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 (G.U. n.71 del 25-3-2008). Il carattere scientifico del CROB è stato successivamente confermato con Decreto del Ministro della Salute del 19.3.2013 (G.U. n.79 del 04.04.2013) e riconfermato con Decreti Ministeriali del 09.12.2015 (G.U. n. 7 del 07.01.2016), del 26 novembre 2018 (G.U. n. 39 del 15.02.2019) e da ultimo con Decreto ministeriale del 9 giugno 2022 (G.U. n. 155 del 05.07.2022).

L'Istituto è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del D.lgs 16 ottobre 2003, n. 288 (*“Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico”*, a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3), recentemente modificato e integrato con il D.lgs n. 200 del 23.12.2022, persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

3.2.2.2 Cosa facciamo

L'IRCCS CROB, caratterizzato per la natura mono-specialistica in oncologia e per l'integrazione ad alto livello qualitativo tra assistenza e ricerca, si propone di dare soddisfazione, secondo quanto previsto dalle leggi nazionali e regionali, ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, non solo lucani, nel rispetto della dignità della persona e in condizioni di sicurezza, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, attuando al meglio i percorsi clinico-assistenziali appropriati e le attività di ricerca di eccellenza.

L'Istituto svolge la propria attività di assistenza nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e nazionale, erogando prestazioni di ricovero e cura di alta qualificazione a pazienti affetti da patologia oncologica e impegnandosi nella definizione delle strategie operative più adeguate a soddisfare in modo ottimale le esigenze clinico assistenziali della persona malata. Si colloca come polo di offerta oncologica nazionale ad altissima qualità offrendo risposta ai fabbisogni di alta complessità nell'area dell'oncologia sia sul piano assistenziale, sia soprattutto su quello della ricerca.

Infatti, accanto alle attività strettamente assistenziali l'Istituto sviluppa e si auspica maggiormente svilupperà nel prossimo futuro, un'intensa attività di ricerca in campo biomedico articolata in ricerca di base, traslazionale e clinica.

L'attività di ricerca è definita, indirizzata e coordinata dal Direttore Scientifico, in coerenza con gli indirizzi strategici indicati dal Comitato tecnico, dall'Advisory board e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con gli obiettivi programmatici dell'Istituto.

In particolare, l'Istituto programma la propria attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria, come previsto dall'art. 12 bis comma 5 del D.Lgs. n. 229/199, e con gli atti di programmazione regionale in materia. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di **ricerca corrente** e di **ricerca finalizzata**.

La **ricerca corrente**, diretta a sviluppare le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica, è attuata tramite programmazione triennale con progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali e dei soggetti istituzionali pubblici e privati, la cui attività di ricerca è stata riconosciuta

dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici. Le attività di ricerca corrente dell'Istituto sono organizzate in due linee che raggruppano progetti clinici e traslazionali. Esse sono:

- **Linea di ricerca n. 1:** Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione e la caratterizzazione di approcci terapeutici innovativi in oncologia;
- **Linea di ricerca n. 2:** Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione di nuovi biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi in oncologia;
- **Linea di ricerca n. 3:** Nuovi modelli organizzativi: presa in carico del paziente, multidisciplinarietà, telemedicina e integrazione con il territorio in oncologia.

La **ricerca finalizzata** attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano Sanitario Nazionale. I finanziamenti per la ricerca finalizzata sono allocati attraverso **bandi competitivi** tramite i quali il Ministero della Salute invita alla presentazione di progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica, prevalentemente traslazionale.

L'Istituto aderisce alla Rete degli IRCCS oncologici italiani "Alleanza contro il cancro" (ACC), con la quale condivide progetti di ricerca traslazionale nell'ambito dei tumori polmonari, del colon e della mammella.

L'Istituto è accreditato OEIC (Organisation of European Cancer Institutes) con il riconoscimento di Clinical Cancer Center. Inoltre, è insignito di tre Bollini Rosa, assegnati dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, come ospedale che offre servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, riservando particolare attenzione alle specifiche esigenze dell'utenza femminile.

Infine, il 29 novembre 2017, il CROB ha aderito alla costituzione della rete **AMORe**.

3.2.2.3 Mission e finalità istituzionali

Collocato nella città di Rionero in Vulture, pur rivendicando l'indissolubile legame di appartenenza con la Comunità di tutto il Vulture-Melfese, il CROB è patrimonio della Basilicata e di tutti i cittadini lucani.

Il CROB persegue le finalità di ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, farmacologico e dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e, in quest'ambito, intende confrontarsi sul piano della qualità, della ricerca e dell'assistenza con le più accreditate strutture italiane ed europee impegnate nel campo dell'oncologia.

La Mission del CROB è:

- Fornire cure oncologiche personalizzate e di alta qualità, basate sulle migliori evidenze scientifiche e sulle più recenti tecnologie diagnostiche e terapeutiche disponibili, garantendo un approccio umano e centrato sul paziente.
- Sostenere e assistere i pazienti e le loro famiglie lungo tutto il percorso di cura, offrendo supporto psicologico e sociale, nel rispetto della loro dignità e dei loro diritti.
- Promuovere la ricerca scientifica e clinica, sviluppando nuove terapie, protocolli di cura e contribuendo alla comprensione delle cause e della prevenzione del cancro.
- Promuovere l'educazione e la formazione di professionisti sanitari, ricercatori e specializzandi, per garantire una continua crescita e diffusione delle conoscenze nel campo dell'oncologia.
- Favorire la collaborazione interdisciplinare e internazionale, sia con istituzioni accademiche che con altre realtà del settore, al fine di massimizzare l'impatto della nostra ricerca e delle nostre cure.

- Investire in tecnologie all'avanguardia per garantire diagnosi accurate, terapie innovative e per migliorare costantemente l'efficacia dei servizi offerti.

Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, l'Istituto ha, inoltre, le seguenti ulteriori finalità:

- la partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale anche tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata, missione definita come tutela della salute nella sua globalità;
- la partecipazione alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi nel settore oncologico;
- la partecipazione allo sviluppo delle "Reti Interaziendali" intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti interaziendali hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, la presa in carico globale dell'assistito, l'efficienza operativa e l'efficacia complessiva degli esiti sulla salute;
- la promozione e realizzazione dei programmi di screening oncologici per le principali neoplasie ai sensi delle DGR n.365/2010, DGR n. 668/2012 e DGR n.251/2017;
- la gestione del Registro Regionale dei Tumori;
- la gestione di servizi di Anatomia Patologica e Radioterapia in modalità interaziendale;
- il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post-laurea.

3.2.2.4 La Vision

Essere un punto di riferimento nel campo dell'oncologia, riconosciuto per l'eccellenza nella cura, nella ricerca e nell'innovazione, contribuendo significativamente alla lotta contro il cancro e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

La vision si sviluppa intorno a precise direttrici:

La centralità del paziente e dei suoi bisogni: l'umanizzazione delle cure

La diagnosi di cancro cambia in maniera profonda la vita del malato e della sua famiglia ed incide significativamente sui rapporti sociali del paziente sia durante che dopo il trattamento.

I temi della centralità della persona malata (e dei propri familiari) e dell'umanizzazione delle cure rappresentano per l'Istituto principi inderogabili nello svolgimento della missione aziendale, da sviluppare con un insieme di azioni coordinate e finalizzate a migliorare "l'esperienza complessiva del paziente".

L'esperienza complessiva del paziente non è legata solo all'eccellenza dei risultati clinici, ma è anche legata al soddisfacimento dei suoi bisogni in modo che si senta al centro di un piano di cura coordinato e condiviso, protagonista attivo e consapevole nei processi sanitari che lo interessano per stabilire una "alleanza terapeutica" con il team degli operatori che lo ha in cura.

A tal fine sono promossi modelli organizzativi flessibili che attraverso un approccio multidisciplinare e la definizione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), possano pervenire al miglior risultato possibile, anche con l'obiettivo di garantire la continuità delle cure ospedale-territorio.

Il perseguimento dell'eccellenza delle cure

Il perseguimento dell'eccellenza è orientato al confronto sistematico con le altre realtà regionali, nazionali ed internazionali ed è sostenuto dall'introduzione di tecnologie innovative per garantire, tra l'altro, l'eccellenza delle prestazioni strumentali diagnostiche e terapeutiche nonché quelle di supporto alle decisioni cliniche.

La Rete oncologica del Sud A.M.O.Re

L'Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete A.M.O.Re è stata costituita a Bari 29 novembre 2017 dagli Irccs oncologici Crob per la Basilicata, INT Pascale per la Campania e Giovanni Paolo II per la Puglia.

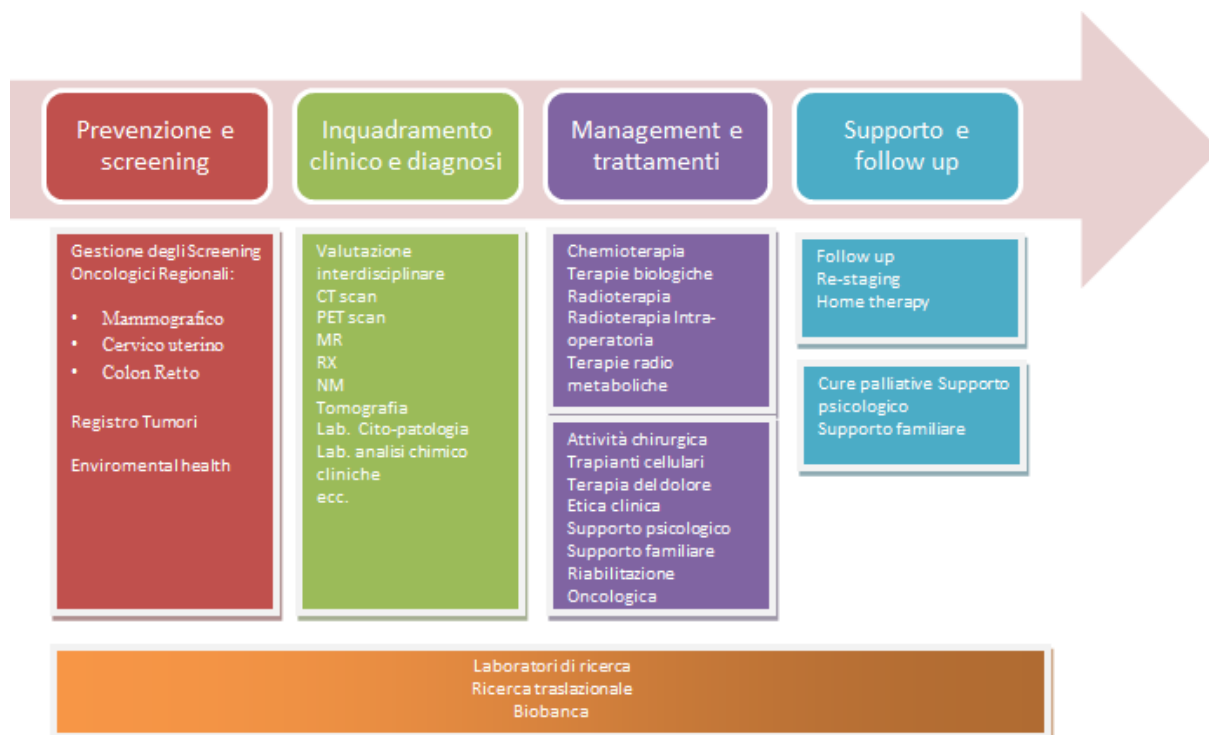
Il 16 maggio 2018 l'Alleanza Amore diventa Fondazione. Obiettivo della Fondazione è quello di promuovere iniziative congiunte di sperimentazione e innovazione gestionale, attività di formazione professionale e sviluppo di progetti di ricerca oncologica traslazionale in rete. Il progetto più ambizioso della Fondazione è la nascita della Rete delle Reti oncologiche delle regioni meridionali per la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e la presa in carico di tutti i pazienti oncologici. Dalla prima convenzione interregionale tra l'Istituto dei tumori di Napoli, l'Istituto dei tumori di Bari e il Crob di Rionero in Vulture, si sta tracciando di fatto la rotta per un nuovo modello di sanità in grado di coniugare i canoni di buona amministrazione con i bisogni assistenziali in continua evoluzione. Una svolta per la sanità del sud Italia con l'obiettivo di garantire assistenza e ricerca di alta qualità.

Rafforzamento del sistema di quality assurance

L'Istituto sostiene lo sviluppo del sistema di qualità e del risk management, sia in termini di professionisti che di strutture, coinvolgendo la maggior parte delle categorie dipendenti e delle figure professionali di supporto alle cure nonché le associazioni di pazienti e di tutela dei loro diritti, nell'ottica di un empowerment del paziente (coinvolgimento attivo nel percorso diagnostico-terapeutico). L'Istituto promuove un sistema di controllo in grado di perseguire azioni strategiche passando dal mero government (la logica dei divieti e delle regole) alla governance (costruzione del consenso per attuare la politica sanitaria attraverso la responsabilità e la cultura dell'apprendimento a tutti i livelli). Pilastri di questa strategia sono i riferimenti alla medicina basata sull'evidenza (EBM), al nursing basato sull'evidenza (EBN) ed all'assistenza sanitaria basata sull'evidenza (EBHC) nonché l'HTA e la gestione della proprietà intellettuale.

Approccio multidisciplinare alla malattia tumorale e continuous care

L'Istituto persegue il modello di presa in carico globale del paziente secondo un approccio multidisciplinare omnicomprensivo rispetto ai bisogni del paziente stesso.



Tale modello comprende:

- la prevenzione con gestione e coordinamento degli screening oncologici ed il Registro Tumori Regionale;
- l'inquadramento clinico-diagnostico, con i servizi organizzati in team multidisciplinari;
- il management e trattamenti, con integrazione e personalizzazione di terapie chirurgiche, mediche e radianti;
- il supporto e follow-up per il monitoraggio domiciliare di pazienti in remissione e la presa in carico di coloro che necessitano di cure palliative.

L'approccio multidisciplinare garantisce, inoltre, l'ottimale gestione del paziente nel tempo anche attraverso il coinvolgimento di operatori di cure palliative e di supporto non esclusivamente in ambiente ospedaliero.

3.2.2.5 Come operiamo

L'Istituto, in qualità di ente pubblico, fonda la propria attività su criteri di efficacia, efficienza, trasparenza e integrità nella gestione. L'efficacia gestionale è perseguita sia attraverso l'assegnazione di obiettivi raggiungibili e coerenti con le risorse assegnate, sia attraverso l'utilizzo di meccanismi di partecipazione e coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni all'Istituto, che hanno contribuito fortemente alla diffusione della cultura della trasparenza. L'efficienza gestionale è perseguita mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione per lo svolgimento delle attività, mentre, l'economicità di gestione è perseguita attraverso una maggiore ottimizzazione dei costi.

Una delle potenzialità di miglioramento dell'attività clinica prevede il passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sull'efficienza ad una più orientata all'efficacia, all'outcome, attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico/terapeutici/assistenziali interdisciplinari in grado di permettere la vera

e completa presa in carico del paziente, dal momento del primo approccio alla struttura sanitaria sino al termine del suo iter, favorevole o meno che esso sia. L'organizzazione per processi e la definizione dei percorsi come standard di riferimento per lo sviluppo delle attività aziendali e come modo d'essere dell'azienda, rappresentano strumenti indispensabili per governare la domanda di prestazioni sanitarie (siano esse specialistiche ambulatoriali o di ricovero), per incidere sull'appropriatezza del ricorso alle prestazioni sanitarie, dell'uso delle risorse disponibili e anche sul tasso di ospedalizzazione.

L'adozione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) permette di:

- Migliorare la qualità dell'assistenza;
- Ridurre i rischi;
- Migliorare la soddisfazione dei pazienti;
- Favorire l'uso efficiente delle risorse.

In tale ottica la Direzione Generale dell'Istituto ha sviluppato i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie trattate:

- Neoplasia polmonare;
- Neoplasie della mammella;
- Sarcomi;
- Neoplasie del colon retto;
- Carcinoma alla prostata;
- Cervice uterina;
- Melanoma maligno e tumori maligni della pelle;
- Valutazione Cure palliative e simultanee.

I percorsi sopra riportati sono da tempo prassi consolidata all'interno dell'Istituto e come tali rispettati al fine di garantire al paziente la massima qualità nei livelli di assistenza. I PDTA sono sottoposti ad aggiornamenti periodici per adeguarli a nuove linee guida internazionali che consentono un miglioramento complessivo della qualità. I PDTA sono stati elaborati con una logica di assoluta trasversalità e sono frutto di una pianificazione condivisa da tutte le articolazioni organizzative interessate al percorso clinico assistenziale.

I PDTA, dopo la validazione del Direttore Sanitario e la definitiva approvazione da parte della Direzione Generale, vengono pubblicati e resi attuabili sotto la responsabilità del Direttore Sanitario, dei Direttori di Dipartimento e delle UU.OO. cointeressate all'*outcome* finale. I PDTA costituiscono pertanto documenti fondamentali del sistema di pianificazione e gestione della qualità dell'Istituto ed in quanto tali sono sottoposti a gestione controllata ed aggiornamento periodico.

3.2.2.6 Organizzazione aziendale

La Direzione Aziendale dell'Istituto, ha definito ed approvato il proprio Atto Aziendale con Delibera del DG n. 2024/00160 del 15/03/2024, successivamente approvato con DGR n. 202400274 del 05/04/2024.

Si riporta di seguito una breve sintesi delle strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici stabilite dal nuovo Atto Aziendale.

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (U.O.C.)	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (U.O.S.D.)	STRUTTURE SEMPLICI (U.O.S.)
DIREZIONE SANITARIA	SCREENING ONCOLOGICI REGIONALI E PREVENZIONE ONCOLOGICA		
		QUALITA', RISCHIO CLINICO, ACCREDITAMENTO E MEDICINA LEGALE	
		COORDINAMENTO PDTA E GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI	
		FISICA MEDICA	
DIPARTIMENTO MEDICO	EMATOLOGIA E TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI		DAY HOSPITAL EMATOLOGICO
	ONCOLOGIA MEDICA CON HOSPICE		DAY HOSPITAL ONCOLOGICO
	RADIOTERAPIA (SIC con ASM e AOR San Carlo)		
	MEDICINA NUCLEARE		DEGENZE CON POSTI LETTO PROTETTI
			CARDIO-ONCOLOGIA E TOSSICITA' CARDIOVASCOLARE
DIPARTIMENTO CHIRURGICO		PSICO-ONCOLOGIA	
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE, TERAPIA DEL DOLORE E PICC CENTER		
	CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI-INVASIVA		
	CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA E SKIN CANCER UNIT		
	CHIRURGIA SENOLOGICA "BREAST UNIT"		
	CHIRURGIA TORACICA		CHIRURGIA TORACOSCOPICA VIDEO ASSISTITA
	UROLOGIA ONCOLOGICA		ENDOUROLOGIA
		CHIRURGIA TIRODEA	
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		ONCO-GINECOLOGIA	
	ANATOMIA PATOLOGICA (SIC con AOR San Carlo)		CITOPATOLOGIA
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
			DIAGNOSTICA SENOLOGICA
	LABORATORIO ANALISI CLINICHE		
	FARMACIA		
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		

Di seguito si riportano le strutture non soggette alle indicazioni del DM 70/2015

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (U.O.C.)	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (U.O.S.D.)	STRUTTURE SEMPLICI (U.O.S.)
DIREZIONE SCIENTIFICA	EPIDEMIOLOGIA E REGISTRO TUMORI REGIONALE		BIOSTATISTICA E BIOINFORMATICA

	ONCO-EMATOLOGIA SPERIMENTALE		
		DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	

DIPARTIMENTO	UNITA' OPERATIVE COMPLESSE (U.O.C.)	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (U.O.S.D.)
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	AFFARI GENERALI E PERSONALE	
	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE, INGEGNERIA CLINICA E HTA	
	SERVIZIO INFORMATIVO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	
		PROVVEDITORATO ED ECONOMATO
		GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA E BILANCIO

Il nuovo modello organizzativo verrà gradualmente implementato con l'obiettivo di traguardarlo pienamente entro il 31/12/2026.

Con delibera del DG n.258/2024 del 02/05/2024 la Direzione aziendale ha definito la gestione transitoria verso il nuovo modello aziendale, pertanto, per il 2024 i Centri di responsabilità sono i seguenti:

UNITA' OPERATIVE
UOC Registro tumori regionale, epidemiologia clinica e biostatistica
UOSD Coordinamento attività e gruppi oncologici multidisciplinari
UOSD Farmacia
UOSD Psico-Oncologia
UOC Oncologia Medica
UOC Ematologia e trapianto di cellule staminali
UOC Anestesia e rianimazione e Terapia del dolore
UOC Chirurgia Senologica
UOC Chirurgia addominale e mininvasiva
UOC Chirurgia toracica
UOC Chirurgia plastica e ricostruttiva
UOC Urologia Oncologica
UOSD Endoscopia
UOSD Chirurgia onco-ginecologica
UOC Anatomia Patologica (SIC con SAN CARLO)
UOC Diagnostica per immagini
UOC Laboratorio analisi cliniche
UOC Medicina Nucleare
UOC Radioterapia
UOC Affari generali e personale
UOC Gestione tecnico-patrimoniale
UOSD Controllo di gestione e ICT

3.2.2.7 Risorse, efficienza ed economicità

La programmazione economico-finanziaria per il triennio 2024-2026 è stata approvata con Delibera del D.G. n. 455 del 07/08/2024.

Il Bilancio economico preventivo è stato sviluppato recependo le indicazioni della Regione Basilicata per il contenimento della spesa nel biennio 2024-2025.

Pertanto, la previsione del fabbisogno annuo di prodotti farmaceutici ed emoderivati per l'anno 2024 è stata calcolata in base all'analisi della spesa di prodotti farmaceutici nel 2023, alle indicazioni ricevute dai Direttori di Dipartimento, alla programmazione delle attività sanitarie e alle indicazioni della regione Basilicata.

La previsione di spesa prevede un valore complessivo pari a euro 13.077.442 suddiviso per Centro di Responsabilità come di seguito riportato:

CdR	Pre consuntivo consumi F 2023	Previsione consumi F 2024
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	€ 2.791	€ 3.217
SCREENING	€ 7.532	€ 8.682
NEFROLOGIA E DIALISI	€ 63.458	€ 73.146
EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI	€ 3.132.284	€ 3.610.518
ONCOLOGIA MEDICA	€ 6.016.991	€ 6.935.659
HOSPICE	€ 31.099	€ 35.848
CARDIO-ONCOLOGIA	€ 209	€ 241
DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	€ 193	€ 223
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 75.230	€ 86.716
TERAPIA DEL DOLORE	€ 46.523	€ 53.626
CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI INVASIVA	€ 20.267	€ 23.361
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	€ 10.325	€ 11.901
CHIRURGIA SENOLOGICA	€ 7.920	€ 9.129
CHIRURGIA TORACICA	€ 27.617	€ 31.833
UROLOGIA	€ 8.581	€ 9.892
ENDOSCOPIA DISGESTIVA	€ 7.988	€ 9.207
CHIRURGIA ONCO GINECOLOGICA	€ 97	€ 112
ANATOMIA PATOLOGICA	€ 20	€ 23
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 240.233	€ 276.912
LABORATORIO ANALISI CLINICHE	€ 662	€ 763
MEDICINA NUCLEARE	€ 1.611.808	€ 1.857.897
RADIOTERAPIA	€ 17.459	€ 20.125
GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	€ 15.973	€ 18.412
IRCCS CROB	€ 11.345.259	€ 13.077.442

Gli incrementi economicamente più significativi sono previsti per i centri di responsabilità, oncologia medica ematologia e medicina nucleare, in cui si utilizzano, per la cura delle malattie oncologiche, prevalentemente farmaci innovativi ad alto costo.

Per le altre UU.OO. l'incremento dei consumi è proporzionato all'incremento o al decremento delle attività prevista.

La previsione del fabbisogno annuo di dispositivi medici per l'anno 2024 è stata calcolata in base all'analisi della spesa dei presidi medici nel 2023, alle indicazioni ricevute dai Direttori di Dipartimento, alla programmazione delle attività sanitarie. Il fabbisogno annuo tiene conto, inoltre, del tetto di spesa definito

dalla Regione Basilicata con la D.D. n 13BE.2024/D.00110 del 05.04.2024 pari a circa 3,7 MI€. Da tale tetto sono esclusi i consumi dei laboratori di ricerca che sono finanziati direttamente da fondi del Ministero della Salute.

La previsione di spesa prevede un valore complessivo pari a euro € 3.741.983 suddiviso per Centro di Responsabilità come di seguito riportato:

CdR	Pre consuntivo consumi P 2023	Previsione consumi P 2024
BIOBANCA	€ 60.987	€ 54.990
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	€ 18.589	€ 16.761
SCREENING	€ 193.221	€ 174.221
NEFROLOGIA E DIALISI	€ 172.357	€ 155.408
EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI	€ 51.445	€ 46.386
ONCOLOGIA MEDICA	€ 144.983	€ 130.726
HOSPICE	€ 25.620	€ 23.101
CARDIO-ONCOLOGIA	€ 3.977	€ 3.586
DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	€ 2.556	€ 2.305
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 130.955	€ 118.078
TERAPIA DEL DOLORE	€ 39.580	€ 35.688
CHIRURGIA ADDOMINALE E MINI INVASIVA	€ 188.498	€ 169.962
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	€ 211.150	€ 190.386
CHIRURGIA SENOLOGICA	€ 134.025	€ 120.846
CHIRURGIA TORACICA	€ 447.745	€ 403.716
UROLOGIA	€ 74.602	€ 67.266
ENDOSCOPIA DISGESTIVA	€ 139.635	€ 125.904
CHIRURGIA ONCO GINECOLOGICA	€ 10.319	€ 9.304
ANATOMIA PATOLOGICA	€ 738.698	€ 666.058
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 110.497	€ 99.631
LABORATORIO ANALISI CLINICHE	€ 1.122.466	€ 1.012.087
MEDICINA NUCLEARE	€ 90.741	€ 81.818
RADIOTERAPIA	€ 37.436	€ 33.755
IRCCS CROB	€ 4.150.084	€ 3.741.983

3.2.2.8 I dati di attività sanitaria 2023 e previsioni di budget 2024

Al fine di consentire un quadro completo dell'attività assistenziale dell'Istituto, nelle pagine successive viene fornita una sintesi dei principali dati di attività sanitaria dell'anno 2023 nonché la previsione di budget sviluppata per il 2024. I dati rappresentati, relativi al 2024, non sono ancora definitivi in quanto sono ancora in corso le attività di verifica di tutti i flussi informativi (ricoveri, specialistica, hospice, Flusso F) da parte dei competenti uffici regionali. Inoltre, i ricavi di specialistica ambulatoriale sono parziali in quanto non ancora disponibili i consuntivi relativi alle prestazioni rese ad altre aziende del SSR.

L'attività sanitaria del 2023 ha registrato un sostanziale incremento dei volumi rispetto al 2022. I dati più significativi registrati nel 2023 sono i seguenti:

- Il numero dei ricoveri ordinari (RO) registra, rispetto al 2022, un incremento del 5% con corrispondente incremento dei ricavi di circa il 6%;
- Il numero dei Day Hospital registra, rispetto al 2022, una lieve diminuzione nel numero di dimissioni di circa il 2% con un correlata diminuzione del numero di accessi di circa il 4%;
- Il numero di Day Surgery, rispetto al 2022, è incrementato di circa il 6% con un aumento dei ricavi del 14%;
- I ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale sono incrementati del 21% con un valore di oltre 17,4 MI€;
- I ricavi per File F sono incrementati del 10%.

Il dettaglio dei principali indicatori di attività è di seguito rappresentato

Totale IRCCS

DATI ECONOMICI	Anno 2021		Anno 2022		Anno 2023		Δ '22-'23
	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	
Ricoveri in acuzie	15.269.793	39%	14.622.143	38%	14.744.620	35%	→ 1%
- ordinari	10.674.368	28%	9.701.726	25%	10.259.913	24%	→ 6%
- diurni	4.595.425	12%	4.920.417	13%	4.484.707	11%	→ -9%
Ricoveri in Hospice	655.480€	2%	545.440€	1%	462.560€	1%	↓ -15%
Specialistica ambulatoriale	14.329.072€	37%	14.504.628€	38%	17.480.222€	42%	↑ 21%
- prestazioni da CUP	14.045.155€	36%	14.504.628€	38%	16.865.725€	40%	↑ 16%
- prestazioni verso altre strutture	283.917€	1%	0€	0%	614.497€	1%	→ 0%
File F	8.510.967€	22%	8.396.644€	22%	9.241.187€	22%	↑ 10%
Valore produzione sanitaria	38.765.311€	100%	38.068.855€	100%	41.928.589€	100%	↑ 10%

PRINCIPALI DATI DI ATTIVITA'

Assistenza	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Δ '22-'23
Numero pazienti dimessi in acuzie (casi):	5.220	5.084	5.179	↑ 2%
Peso medio	1,23	1,22	1,25	↑ 3%
Casi oncologici	82,2%	81,7%	87,6%	↑ 7%
Visite e prest. ambulatoriali per esterni	14.329.072€	14.504.628€	17.480.222€	↑ 21%
Visite e prest. ambulatoriali per interni	2.817.060€	2.957.727€	2.837.991€	↓ -4%

Ricerca	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Δ '22-'23
Pubblicazioni (numero)	44	36	34	↓ -6%
Impact Factor Calcolato (normalizzato)	210,6	195,9	143,9	↓ -27%

Il numero di dimissioni (5.179 casi) è incrementato complessivamente del 2% rispetto all'anno precedente con un incremento dei ricavi di circa 122 K€.

I dati di dettaglio relativi ai ricoveri ordinari e diurni sono rappresentati nelle tabelle successive.

Degenza Ordinaria	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Posti letto (num medio)	64,0	62,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	↑ 3%
Numero pazienti dimessi (casi):	2.037	1.936	527	489	487	525	2.028	↑ 5%
- Casi medici	980	941	252	254	254	269	1.029	↑ 9%
- Casi chirurgici	1.057	995	275	235	233	256	999	→ 0%
Casi 0-1 giorni	20	26	13	5	6	3	27	↑ 4%
- di cui chirurgici	7	15	5	1	2		8	↓ -47%
% Casi chirurgici	51,9%	51,4%	52,2%	48,1%	47,8%	48,8%	49,3%	↓ -4%
Num casi - rischio inappropriatazza	333	327	80	86	81	97	344	↑ 5%
% casi a rischio di inappropriatazza	16,4%	16,9%	15,2%	17,6%	16,6%	18,5%	17,0%	→ 0%
% casi oncologici	90,3%	88,8%	94,1%	94,9%	94,7%	95,1%	94,7%	↑ 7%
Peso medio	1,59	1,54	1,56	1,57	1,48	1,59	1,55	↑ 1%
- peso medio casi medici	1,27	1,33	1,39	1,36	1,38	1,35	1,37	↑ 3%
- peso medio casi chirurgici	1,88	1,74	1,71	1,80	1,58	1,85	1,74	→ 0%
Giorni di ricovero dei pazienti dimessi	12.400	11.304	2.946	2.882	2.854	3.207	11.889	↑ 5%
Degenza media	6,1	5,8	5,6	5,9	5,9	6,1	5,9	→ 0%
Degenza media - casi >1 giorno	5,8	5,5	5,3	5,5	5,4	5,6	5,5	↓ -1%
Tasso di occupazione	53,1%	50,0%	51,2%	49,5%	48,5%	54,5%	50,9%	↑ 2%
Indice di turn over	5,38	5,85	5,34	6,02	6,23	5,11	5,66	↓ -3%
Ricavi	10.674.368€	9.701.726€	2.637.276€	2.515.115€	2.358.829€	2.748.693€	10.259.913€	↑ 6%
Ricavo medio per caso	5.240€	5.011€	5.004€	5.143€	4.844€	5.236€	5.059€	↑ 1%
Ricavi per posto letto	166.787€	156.479€	41.207€	39.299€	36.857€	42.948€	160.311€	↑ 2%
Pazienti Accettati	2.030	1.942	546	490	488	502	2.026	↑ 4%
Giornate consumate nel periodo	12.341	11.286	2.995	2.943	2.890	3.032	11.860	↑ 5%
Tasso di occupazione reale	52,8%	49,9%	52,0%	50,5%	49,1%	51,5%	50,8%	↑ 2%

Day Hospital	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Posti letto (num medio)	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	23,0	0%
Numero pazienti dimessi (casi):	2.428	2.343	365	362	443	1.125	2.295	-2%
Numero accessi	13.564	12.986	777	1.566	2.012	8.164	12.519	-4%
Accessi medi per caso	5,59	5,54	2,13	4,33	4,54	7,26	5,45	-2%
Tasso di occupazione	230,4%	223,2%	52,8%	109,8%	136,7%	581,9%	216,9%	-3%
Peso medio	0,94	0,93	0,93	0,92	0,97	0,92	0,93	1%
Casi oncologici %	87,5%	87,1%	84,7%	90,1%	92,1%	92,5%	90,8%	4%
Valore ricoveri	3.057.170€	3.216.786€	195.073€	322.398€	465.102€	1.564.746€	2.547.319€	-21%
Valore medio per caso	1.259€	1.373€	534€	891€	1.050€	1.391€	1.110€	-19%
Valore medio per accesso	225€	248€	251€	206€	231€	192€	203€	-18%
Pazienti Accettati	2.428	2.345	1.156	453	346	340	2.295	-2%
Giornate consumate nel periodo	13.514	12.971	3.227	3.218	2.963	3.107	12.515	-4%
Tasso di occupazione reale	229,5%	222,9%	219,2%	225,7%	201,3%	221,5%	216,8%	-3%
Day Surgery	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Posti letto (num medio)								
Numero pazienti dimessi (casi):	755	805	235	194	193	234	856	6%
Casi oncologici %	43,3%	48,6%	60,9%	66,0%	64,8%	58,6%	62,3%	28%
Peso medio	1,24	1,28	1,38	1,36	1,45	1,35	1,38	8%
Valore ricoveri	1.538.255€	1.703.631€	530.614€	429.157€	458.748€	518.869€	1.937.388€	14%
Valore medio per caso	2.037€	2.116€	2.258€	2.212€	2.377€	2.217€	2.263€	7%

Per quanto concerne i ricoveri ordinari si evidenzia quanto segue:

- peso medio 1,55, che rispetto l'anno precedente ha subito un lieve incremento del 1%;
- l'appropriatezza oncologica sale al 94,7%, con un incremento del 7% rispetto al 2022;
- la degenza media è di 5,9 gg, in linea con l'anno precedente;
- il numero di casi 0-1 gg (ricoveri brevi) è pari a 27, in linea con l'anno precedente.

Per quanto concerne i ricoveri diurni, il numero di dimissioni è diminuito per i day hospital (- 2% con 2.295 casi) ed incrementato per i day surgery (+ 6% con 856 casi). Il numero di accessi per day hospital resta particolarmente significativo con 12.519 giornate di degenza ed un tasso di occupazione medio di circa il 216%.

Le tabelle successive riportano la casistica trattata nell'Istituto, con il relativo DRG e il numero dei casi, distinta per regime di ricovero ordinario e diurno.

CASISTICA TRATTATA IN RICOVERO - ORDINARI (primi 15 DRG)

DRG - Descrizione	Casi	Frequenza	Peso	Tariffa media
(408) ALTERAZ. MIELOPROLIFERATIVE. O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIARE CON ALTRI INTERVENTI	299	15%	1,5	4.419
(409) RADIOTERAPIA	168	8%	0,9	1.471
(203) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	136	7%	1,3	4.085
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	125	6%	0,8	1.841
(075) INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	109	5%	2,4	8.816
(082) NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	107	5%	1,3	4.054
(239) FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUT	95	5%	1,1	3.651
(473) LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI ETÀ > 17	85	4%	4,2	15.531
(402) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI NO CC	76	4%	1,4	3.912
(260) MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	74	4%	0,9	2.354
(403) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	67	3%	1,9	6.991
(401) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	66	3%	3,0	11.719
(311) INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE NO CC	64	3%	0,7	2.350
(290) INTERVENTI SULLA TIROIDE	44	2%	1,0	3.370
(172) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	35	2%	1,5	4.598

I dati evidenziano per i RO una complessità media sufficientemente alta rispetto agli standard previsti per il mantenimento del carattere scientifico con 661 casi con peso $\geq 1,5$ tra i primi 15 DRG.

CASISTICA TRATTATA IN RICOVERO - DIURNI (primi 15 DRG)

DRG - Descrizione	Casi	Frequenza	Peso	Tariffa media
(410) CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	968	31%	0,8	1.579
(404) LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	654	21%	1,1	813
(408) ALTERAZ. MIELOPROLIFERATIVE. O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIARE CON ALTRI INTERVENTI	463	15%	1,5	2.427
(461) INTERVENTI CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON IL SERVIZIO SANITARIO	252	8%	1,5	2.537
(399) DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLO ENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	168	5%	0,7	437
(395) ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETÀ > 17	98	3%	0,9	824
(411) ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	98	3%	0,5	303
(239) FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUT	72	2%	1,1	794
(082) NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	41	1%	1,3	525
(473) LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI ETÀ > 17	33	1%	4,2	1.397
(262) BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	28	1%	0,6	1.162
(260) MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	26	1%	0,9	1.362
(364) DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	26	1%	0,5	1.019
(173) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC	20	1%	0,9	466
(203) NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	17	1%	1,3	794

I dati evidenziano, per ricoveri diurni, una complessità media sufficientemente alta rispetto alla media nazionale con 1.532 casi con peso > 1 tra i primi 15 DRG.

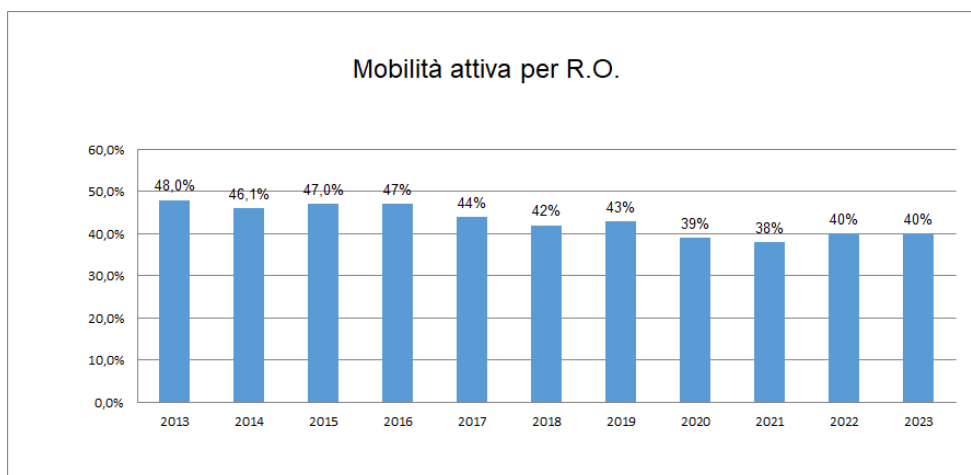
Uno degli obiettivi primari dell'Istituto è il miglioramento del saldo regionale di mobilità oncologica. Pertanto, le azioni dell'Istituto in tal senso sono finalizzate, innanzi tutto, al contenimento della mobilità passiva attraverso la condivisione, con le altre Aziende Sanitarie Regionali dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) e il potenziamento dell'oncologia del territorio (specialisti ospedalieri del CROB che erogano prestazioni di controllo e prima visita in altre strutture sanitarie territoriali) e in subordine al miglioramento della mobilità attiva.

Nelle tabelle successive sono rappresentati i dati della sola mobilità attiva del 2023, in quanto il dato del saldo della mobilità oncologica regionale sarà elaborato e pubblicato dalla Regione Basilicata tra qualche mese, al termine delle attività di verifica interregionale del flusso dei ricoveri.

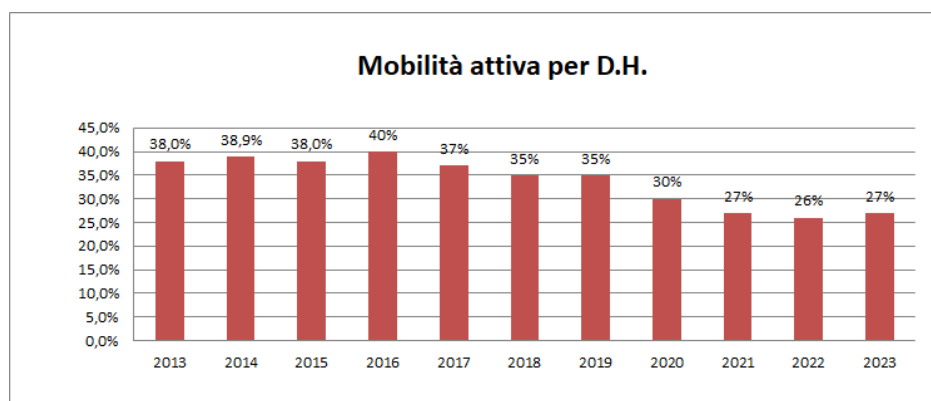
PROVENIENZA PAZIENTI

ORDINARI	Casi	Frequenza	% casi potenzialmente inappropriati	% casi oncologici
BASILICATA	1.224	60%	13%	95%
Potenza	948	77%	11%	95%
Matera	276	23%	16%	96%
CAMPANIA	451	22%	18%	96%
Salemo	289	64%	17%	97%
Avellino	137	30%	19%	94%
Napoli	17	4%	24%	94%
Benevento	5	1%	0%	80%
Caserta	3	1%	0%	100%
PUGLIA	165	8%	46%	96%
Foggia	79	48%	34%	97%
Bari	62	38%	60%	95%
Taranto	10	6%	30%	90%
Brindisi	7	4%	43%	100%
Lecce	7	4%	86%	100%
CALABRIA	133	7%	17%	86%
Regione non indicata	37	2%	30%	97%
MOLISE	5	0%	20%	80%
SARDEGNA	4	0%	0%	100%
EMILIA ROMAGNA	2	0%	0%	100%
LAZIO	2	0%	0%	100%
LOMBARDIA	2	0%	50%	100%
TOSCANA	2	0%	0%	100%
SICILIA	1	0%	0%	0%

Nel 2023 la mobilità attiva per R.O. è di circa il 40%. L'andamento della mobilità attiva per R.O. negli anni è riportato nei grafici successivi.



DIURNI	Casi	Frequenza	% casi oncologici
BASILICATA	2.296	73%	82%
Potenza	1.907	83%	82%
Matera	389	17%	80%
CAMPANIA	572	18%	88%
Salerno	341	60%	90%
Avellino	197	34%	85%
Benevento	21	4%	90%
Napoli	12	2%	83%
Caserta	1	0%	0%
PUGLIA	123	4%	87%
Foggia	84	68%	87%
Bari	17	14%	76%
Taranto	16	13%	94%
Lecce	5	4%	100%
Brindisi	1	1%	100%
CALABRIA	80	3%	90%
Regione non indicata	52	2%	71%
MOLISE	10	0%	100%
EMILIA ROMAGNA	4	0%	75%
LAZIO	4	0%	75%
ABRUZZO	3	0%	100%
TOSCANA	3	0%	100%
LOMBARDIA	1	0%	0%
MARCHE	1	0%	100%
PROV. AUTON. BOLZANO	1	0%	100%



Per i ricoveri diurni la casistica relativa a pazienti extra regione è di circa il 27%.

Pertanto, il dato complessivo di mobilità attiva del 2023 conferma il trend che testimonia l'attrattività dell'Istituto verso pazienti delle regioni limitrofe. Oltre alle prestazioni di ricovero, l'Istituto assicura una significativa offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali a prova di un forte impegno di promozione dell'appropriatezza organizzativa.

L'assistenza ambulatoriale ha un ruolo centrale nello svolgimento dei percorsi assistenziali erogati dall'Istituto, infatti, in tale setting assistenziale, viene effettuato l'arruolamento e la presa in carico degli utenti con sospetto di cancro o diagnosi accertata, nell'ambito dei gruppi oncologici multidisciplinari; sempre

nel regime di assistenza specialistica ambulatoriale sono assicurati i processi di stadiazione, i trattamenti di radioterapia, e infine i controlli.

In termini di appropriatezza organizzativa si sottolinea che l'ampia offerta ambulatoriale è stata pianificata per evitare il ricorso improprio ai ricoveri diagnostici.

I dati di sintesi di attività delle prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno 2023 sono riportati nella tabella seguente.

Totale IRCCS SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRESTAZIONI PER ESTERNI (da CUP)	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Numero visite	28.346	29.418	7.950	8.214	7.920	7.249	31.333	↑ 7%
Valore visite	481.769€	499.242€	135.346€	140.222€	132.555€	123.105€	531.229€	↑ 6%
Numero prestazioni ed esami	342.922	351.828	108.031	95.418	96.253	92.152	391.854	↑ 11%
Valore prestazioni ed esami	13.563.386€	14.005.385€	4.298.247€	4.053.247€	3.936.173€	4.046.830€	16.334.496€	↑ 17%
Ricavo medio per prestazione	40€	40€	40€	42€	41€	44€	42€	↑ 5%
Valore totale visite, prestazioni ed esami	14.045.155€	14.504.628€	4.433.593€	4.193.469€	4.068.728€	4.169.934€	16.865.725€	↑ 16%
PRESTAZIONI PER STRUTTURE SSR	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Numero	7.203		3.153	2.824	2.454	3.034	11.465	
Valore	283.917€		155.813€	154.953€	146.875€	156.856€	614.497€	
Valore medio	39		49	55	60	52	54	
% su totale erogate dal SSR	2,0%	0,0%	3,5%	3,7%	3,6%	3,8%	3,6%	→ 0%
TOTALE PRESTAZIONI PER ESTERNI	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Valore totale prestazioni per esterni (in Euro)	14.329.072€	14.504.628€	4.589.406€	4.348.422€	4.215.603€	4.326.790€	17.480.222€	↑ 21%

I valori evidenziano per l'attività istituzionale (prestazioni per esterni da CUP) un incremento, sia del numero di visite (7%) sia del numero delle prestazioni ed esami diagnostici (+11%) rispetto al dato dell'anno precedente con un complessivo incremento del valore della produzione di circa del 16% pari a circa 2,36 MI di euro.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	Anno 2021	Anno 2022	1° Tri 2023	2° Tri 2023	3° Tri 2023	4° Tri 2023	Anno 2023	Δ '22-'23
Numero visite	564	467	179	101	123	124	527	↑ 13%
Valore visite	60.105€	55.179€	19.979€	12.363€	14.954€	13.796€	61.092€	↑ 11%
Valore medio	106,6€	118,2€	111,6€	122,4€	121,6€	111,3€	115,9€	↓ -2%
% su totale numero erogate dal SSR	2,0%	1,6%	2,3%	1,2%	1,6%	1,7%	1,7%	↑ 6%
Numero prestazioni ed esami	220	225	70	62	52	57	241	↑ 7%
Valore prestazioni ed esami	45.306€	47.045€	14.519€	12.203€	10.424€	11.638€	48.784€	↑ 4%
Valore medio	205,9€	209,1€	207,4€	196,8€	200,5€	204,2€	202,4€	↓ -3%
% su totale valore erogate dal SSR	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	↓ -12%

Il volume complessivo dell'attività resa in libera professione resta sempre molto più basso rispetto alle prestazioni rese nell'ambito delle attività istituzionale, con un valore medio annuo pari allo 0,3%.

Una parte significativa delle terapie antineoplastiche è sviluppata con l'utilizzo di "farmaci intelligenti". Infatti, nel corso degli ultimi anni la ricerca sui meccanismi molecolari alla base dello sviluppo, della crescita e della diffusione del cancro ha permesso di sviluppare le cosiddette "terapie a bersaglio molecolare" ossia terapie mirate, che agiscono in maniera selettiva su alcuni di processi cellulari.

Le target therapy rappresentano uno dei più importanti strumenti della medicina personalizzata, in quanto la cura non è più scelta solo in base alla sede di sviluppo del tumore, ma anche in relazione alle sue caratteristiche molecolari, che possono essere diverse da paziente a paziente.

L'utilizzo sempre più diffuso in Istituto di protocolli clinici basati su terapie a bersaglio molecolare con farmaci ad alto costo è testimoniato anche dal valore del File F che di circa 9,2 Ml di euro.

DATI ECONOMICI	Anno 2021		Anno 2022		Anno 2023		Δ '22-'23
	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	importo	%Val Prod	
File F	8.510.967€	22%	8.396.644€	22%	9.241.187€	22%	↑ 10%

È importante sottolineare che il File F non è assimilabile ad una voce contabile di ricavo ma è un meccanismo di mero rimborso per l'acquisto già sostenuto per farmaci ad alto costo.

3.2.3 La programmazione sanitaria 2024

La programmazione dell'attività sanitaria dell'anno 2024 è stata sviluppata dalla Direzione dell'Istituto in base ai dati epidemiologici, agli atti di programmazione aziendale e della Regione Basilicata ed ai fattori produttivi disponibili per il 2024.

La stima dei valori economici della produzione sanitaria è stata elaborata inoltre, considerando, i dati consuntivi 2023. Tra i principali obiettivi per l'anno 2024 c'è lo sviluppo delle attività di chirurgia oncologica, l'avviamento della Rete oncologica di Basilicata e il contenimento dei tempi di attesa attraverso il potenziamento del capitale umano e del parco tecnologico che si auspica possa determinare un incremento quali-quantitativo dei livelli di produzione.

I servizi sanitari dell'Istituto si sviluppano attraverso i seguenti setting assistenziali:

- Ricoveri Ordinari;
- Ricoveri Diurni (Day Hospital e Day Surgery);
- Prestazioni Ambulatoriali;
- Prestazione di somministrazione Farmaci in File F;
- Attività di screening oncologico.

Il potenziamento del capitale umano nel settore sanitario congiuntamente alla disponibilità di nuove tecnologie sanitarie si prevede possano consentire un miglioramento dell'offerta di prestazioni di diagnostica ambulatoriale e di ricovero in grado di rispondere in modo più puntuale e tempestivo ai fabbisogni dei pazienti oncologici.

I nuovi assetti organizzativi, determinati dall'avviamento della Rete Oncologica di Basilicata (ROB) con l'integrazione funzionale delle attività territoriali di prevenzione secondaria e diagnosi precoce, dalla istituzione di Punti di accesso e supporto (PAS) distribuiti sul territorio regionale, determineranno verosimilmente una presa in carico più tempestiva dei pazienti con una prevedibile riduzione della mobilità sanitaria passiva nella disciplina oncologica.

In sintesi, le azioni che l'Istituto intende attuare nel 2024 possono essere sintetizzate come di seguito descritto.

Dipartimento Medico

L'area dell'onco-ematologia rappresenta certamente il fulcro dell'attività dell'Istituto e il Dipartimento Medico rappresenta l'area aziendale in cui si sono concentrate le principali modifiche organizzative declinate nel nuovo atto aziendale.

Infatti, nel dipartimento Medico sono confluite le unità operative complesse di Radioterapia e di Medicina Nucleare (con posti letto) al fine di garantire la gestione unitaria e coordinata dei servizi medici. In quest'ottica, la struttura di Hospice viene aggregata alla UOC di Oncologia medica per garantire una gestione più efficiente dei servizi erogati ottimizzando le risorse di posti letto e personale.

Il nuovo modello organizzativo verrà pienamente trapiantato nel 2025.

Nell'ambito dei servizi erogati si prevede l'attivazione di prestazioni di terapie combinate in cui si effettuano contemporaneamente diverse modalità di trattamento, come la chemioterapia e la radioterapia, soluzione che può migliorare i risultati terapeutici in quanto massimizza l'efficacia e minimizza gli effetti collaterali.

Le azioni per il 2024 mirano ad un rafforzamento della dotazione di personale medico ed infermieristico in tutte le strutture del dipartimento al fine di rispondere in modo più tempestivo ad una crescente domanda e per supportare l'avviamento a regime della ROB attraverso il potenziamento dei servizi oncologici del territorio e l'attivazione di nuovi servizi e setting assistenziali.

I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della chirurgia, i nuovi approcci di cura, le nuove terapie stanno portando sempre più ad un'evoluzione positiva nel decorso della malattia allungando la vita dei malati anche senza speranze di guarigione. In questo scenario il concetto di presa in carico della patologia oncologica comporta una necessaria revisione organizzativa dei sistemi assistenziali che includa i nuovi strumenti di contrasto, quali ad esempio i Molecular Tumor Board e i sistemi di NGS (Next Generation Sequencing), e i nuovi setting assistenziali basati sulla telemedicina.

Per un coerente utilizzo delle risorse disponibili assume un'importanza sempre maggiore il coordinamento tra gli specialisti dell'Istituto con i servizi territoriali, infatti, oltre allo sviluppo della ROB, occorre un ulteriore sforzo per coinvolgere e supportare la medicina del territorio nella cogestione dei pazienti oncologici cronici. Il futuro dell'oncologia lucana, attraverso la piena implementazione della ROB, dovrà essere condiviso tra ospedale e territorio attraverso nuovi setting assistenziali che permettano di definire al meglio tutto il percorso di cura del paziente che dovrà avere uno stesso governo.

Pertanto, con il piano dei fabbisogni di personale nel 2024 si prevede, oltre l'eventuale sostituzione del personale cessante, il potenziamento con l'inserimento delle seguenti figure professionali:

- n.1 Direttore di Oncologia medica;
- n.1 Dirigente medico di Radioterapia;
- n.1 Dirigente medico di Ematologia;
- n. 1 Dirigente medico di Cardiologia;

Il potenziamento tecnologico previsto con il Tecno-CROB prevede l'acquisizione delle seguenti tecnologie sanitarie, della UO Medicina Nucleare con n.1 PET/TC e n. SPECT/CT, della radioterapia con n.1 Acceleratore Lineare di ultima generazione.

Dipartimento di chirurgia traslazionale

L'area chirurgica è quella su cui la Direzione ha ritenuto investire prioritariamente per incrementare i volumi di attività al fine di raggiungere i target definiti da AGENAS per l'Istituto.

Il potenziamento del capitale umano per il 2024, oltre l'eventuale sostituzione del personale cessante, prevede le seguenti figure professionali:

- n. 1 Direttore di struttura complessa di Urologia;
- n. 1 Direttore di struttura complessa di Chirurgia generale indirizzo addominale;
- n. 1 Direttore di struttura complessa di Chirurgia generale indirizzo senologico;
- n. 5 Dirigente medico di Anestesia;

- n. 2 Dirigente medico di Chirurgia Addominale;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Senologica;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Plastica;
- n. 1 Dirigente medico di Dermatologia;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Toracica;
- n. 1 Dirigente medico di Ginecologia;
- n. 1 Dirigente medico di Urologia.

L'inserimento di n.5 Anestesisti intende promuovere un efficientamento del percorso chirurgico al fine di aumentare e ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie del blocco operatorio principale e di incrementare i servizi di day surgery per gli interventi a più bassa complessità. La disponibilità di ulteriori anestesisti consentirà anche il potenziamento delle attività di Terapia del dolore, sia per prestazioni per pazienti oncologici sia nell'ambito delle funzioni dell'istituto, quale nodo della rete regionale di terapia del dolore.

Il personale del Dipartimento chirurgico sarà incrementato con l'inserimento di ulteriori infermieri e OSS al fine di assicurare le risorse necessarie per l'attivazione di nuovi posti letto da allocare negli spazi resi disponibili al termine dei lavori di ristrutturazione.

A ciò si aggiunge la piena realizzazione del piano di potenziamento delle tecnologie sanitarie previste per il biennio 2023-2024 che prevede anche l'acquisto di un robot chirurgico per garantire interventi di chirurgia mininvasiva con alti livelli di precisione ed accuratezza del gesto chirurgico. Le caratteristiche tecniche del robot consentiranno l'utilizzo dello stesso in diversi ambiti chirurgici, dall'urologia alla ginecologia, dalla chirurgia toracica alla chirurgia addominale. I principali vantaggi della chirurgia robot-assistita sono:

- maggior radicalità oncologica;
- maggior conservazione dei tessuti sani e delle funzionalità degli organi;
- minor perdita di sangue e relativo ricorso a trasfusioni;
- ripresa più rapida nel post-operatorio.

Dipartimento dei servizi

Il Dipartimento dei servizi è interessato da significativi interventi di potenziamento relativi a tecnologie sanitarie. Infatti, con il progetto Tecno-CROB è stato finanziato l'acquisto di un insieme di innovative tecnologie sanitarie che consentiranno diagnosi più accurate.

Nello specifico gli interventi programmati nel biennio 2024-2025 prevedono il potenziamento della UO Diagnostica per immagini con n.1 Angiografo, e della UO Anatomia patologica con n.1 sequenziatore NextSeq per la diagnostica dei tumori solidi.

Nell'ambito della ROB è prevista altresì l'attivazione di un Molecular Tumor Board regionale, con sede presso il CROB, in cui siano integrate le competenze oncologiche, ematologiche, della biologia molecolare, delle anatomie patologiche, delle farmacie ospedaliere e territoriali per poter governare i processi clinici e decisionali di appropriatezza, attraverso:

- la stadiazione delle sequenze di trattamento del tumore secondo linee guida nazionali e internazionali;

- le mutazioni genetiche e le mutazioni driver che codificano per lo sviluppo del tumore, il pathway delle mutazioni e il valore predittivo del Tmb (carico mutazionale tumorale);
- l'analisi e la valutazione del report del genomic profile-Ngs del paziente;
- la scelta dei farmaci oncologici più appropriati in commercio o in fase di registrazione o per indicazioni attualmente off-label;
- la raccolta sistematica dei dati clinici e della genomica per consolidare le conoscenze e per sviluppare attività di ricerca in un settore in cui le evidenze non sono ancora consolidate, pur esprimendo un valore aggiuntivo clinicamente rilevante.

Il potenziamento del capitale umano per il 2024, oltre l'eventuale sostituzione del personale cessante, è così definito:

- n. 1 Dirigente medico di Anatomia Patologica;
- n. 3 Dirigente medico di Diagnostica per Immagini;

È previsto, inoltre, il potenziamento del personale sanitario con l'inserimento in pianta organica di ulteriori infermieri, e tecnici di laboratorio e OSS.

Le stime dei volumi di attività attesi per il 2024 e dei relativi valori economici, organizzati per setting assistenziale e centro di responsabilità, sono riportati nelle tabelle successive.

Ricoveri Ordinari

UUOO	Posti Letto medi annui		Numero di casi		Ricavi	
	pre consuntivo 2023	preventivo 2024	precons 2023	Budget 2024	Ricavi precons 2023	Ricavi preventivo 2024
Anestesia Rianimazione Terapia a	2	2	4	4	€ 31.915,00	31.915
Terapia Antalgica	1	1	19	22	€ 91.459,00	105.178
Chirurgia Toracica	7	8	171	200	€ 1.276.529,00	1.493.539
Urologia	3	3	102	200	€ 280.051,00	548.900
Chirurgia Addominale	12	8	75	116	€ 618.125,00	958.094
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	5	6	298	319	€ 1.347.362,00	1.441.677
Ginecologia Oncologica	1	1	0	-	€ -	-
Chirurgia Senologica	5	5	152	160	€ 460.078,00	483.082
Chirurgia Tiroidea	0	2	44	-	€ 149.950,00	-
Ematologia	9	9	354	354	€ 3.387.803,00	3.387.803
Oncologia Medica	16	16	642	655	€ 2.372.755,00	2.420.210
Medicina Nucleare	3	3	167	200	€ 248.271,00	297.925
Cure Palliative	8	8	118	118	462.560	462.560
IRCCS CROB	72	72	2.146	2.348	10.726.858	11.630.883

Ricoveri Diurni

UU.OO.	PL diurni pre cons 2023	PL diurni prev 2024	precons 2023 - num. casi	preventivo 2024 - casi	Ricavi precons 2023	Ricavi preventivo 2024
Terapia antalgica	1	1	254	272	€ 639.776	€ 684.560
Chirurgia Toracica	0	0	9	9	€ 5.575	€ 5.575
Urologia	1	1	26	39	€ 24.834	€ 37.251
Chirurgia Addominale	2	2	17	26	€ 6.445	€ 9.668
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	1	1	456	479	€ 1.106.018	€ 1.161.319
Ginecologia Oncologica	1	1	47	47	€ 68.402	€ 68.402
Chirurgia Senologica	1	1	69	69	€ 87.304	€ 87.304
Ematologia	3	3	1.074	1.074	€ 1.136.467	€ 1.136.467
Oncologia Medica	12	12	1.199	1.271	€ 1.409.532	€ 1.494.104
Medicina Nucleare	1	1	0	-	€ -	€ -
Cure Palliative	0	0	0	-	€ -	€ -
IRCCS CROB	23	23	3.151	3.285	4.484.353	4.684.650

Specialistica ambulatoriale

UUOO	2023 preconsuntivo		2024 preventivo	
	num.	ricavo	num.	ricavo
Anestesia Rianimazione e Terapia antalgica	2.107	43.634	2.107	€ 43.634
Chirurgia Toracica	144	10.285	144	€ 2.160
Endoscopia	5.162	417.327	5.162	€ 417.327
Urologia	3.416	99.005	3.518	€ 101.975
Chirurgia Addominale	208	3.972	208	€ 3.972
Chirurgia Senologica	352	6.372	352	€ 6.372
Chirurgia Plastica	1.025	16.993	1.025	€ 16.993
Oncologica Ginecologica	1.693	41.095	1.693	€ 41.095
Hospice e Cure Palliative	0	0	0	€ -
Ematologia	1.321	21.196	1.321	€ 21.196
Oncologia Medica	6.416	112.612	6.416	€ 112.612
Dermatologia	2.355	45.922	2.355	€ 45.922
Cardio oncologia	451	13.140	451	€ 13.140
Anatomia Patologica	12.281	734.022	12.281	€ 734.022
Laboratorio Analisi Cliniche	206.279	762.270	206.279	€ 762.270
Diagnostica per Immagini	38.589	3.425.247	39.747	€ 3.528.004
Medicina Nucleare	6.715	3.188.882	6.715	€ 3.188.882
Radioterapia	110.636	6.769.973	113.955	€ 6.973.073
Nefrologia e dialisi	21.746	1.116.818	21.746	€ 1.116.818
Direzione Sanitaria	2.304	37.656	2.304	€ 37.656
IRCCS CROB	423.200	16.866.422	427.779	€ 17.167.124

File F

UU.OO.	2023 Pre Consuntivo	2024 Preventivo
AMBULATORIO EMATOLOGIA E CELLULE STAMINALI	357.233,27 €	380.225 €
AMBULATORIO ONCOLOGIA MEDICA	502.950,76 €	543.187 €
RICOVERO CURE PALLIATIVE		- €
DAY HOSPITAL EMATOLOGIA E CELLULE STAMINALI	2.049.375,58 €	2.989.585 €
DAY HOSPITAL ONCOLOGIA MEDICA	5.801.556,49 €	6.611.947 €
DEGENZA EMATOLOGIA	833,98 €	8.975 €
DEGENZA ONCOLOGIA MEDICA	11.303,02 €	6.536 €
AMBULATORIO MEDICINA NUCLEARE	29.178,45 €	38.905 €
AMBULATORIO RADIOTERAPIA	14.995,33 €	50.265 €
DEGENZE MEDICINA NUCLEARE	267.817,32 €	911.926 €
DIALISI	26.100,65 €	28.298 €
	9.061.345 €	11.569.847 €

3.2.4 Ricerca Corrente

La programmazione annuale della ricerca corrente prevede il mantenimento delle attuali linee di ricerca, così come con programmato per il biennio 2024-2026 in attesa della nomina ministeriale del nuovo Direttore Scientifico.

Le linee di ricerca attive sono:

- 1) Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione e la caratterizzazione di approcci terapeutici innovativi in oncologia;
- 2) Ricerca preclinica, traslazionale e clinica per l'identificazione di nuovi biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi in oncologia;
- 3) Nuovi modelli organizzativi: presa in carico del paziente, multidisciplinarietà, telemedicina e integrazione con il territorio in oncologia.

Ad oggi si è in attesa delle relazioni di attività dei progetti di ricerca corrente attivi da rendicontare sul workflow della ricerca, previsto dal Ministero per gli IRCCS, e si è provveduto a richiedere a tutte le Strutture dell'Istituto la presentazione di nuovi progetti di ricerca corrente laddove fossero ritenuti utili e fattibili con le risorse attuali, ovviamente secondo la modulistica prevista dal ministero e negli ambiti previsti dalle linee di ricerca, raccomandando in entrambi i casi la puntualità essendo cogente la scadenza del 31 marzo.

Per quanto riguarda il "Riparto Fondi Piramide 2023" con messaggio workflow ID n. 2023023249 del 29/11/2023, acquisito al protocollo interno al n. 2023-0008453 nella medesima data, il Ministero della Salute ha comunicato all'Istituto la mancata assegnazione per l'esercizio corrente della quota piramide, ai sensi della Legge 27 dicembre 2017 n.205 art. 1 comma 424, al fine di utilizzare gli accantonamenti realizzati negli esercizi precedenti con le risorse assegnate e non spese. Al 31 dicembre 2023 sono presenti in Istituto 48 unità di personale distinto tra ricercatore sanitario e personale di supporto.

Il numero di ricercatori esiguo e un ancora più ristretto numero di ricercatori, che per competenza ed autonomia, possono essere definiti 'senior' è un punto di debolezza la cui soluzione è fondamentale per iniziare un percorso virtuoso che consenta di raggiungere i parametri definiti dal Ministero per la riconferma di IRCCS alla prossima valutazione.

Il reclutamento di nuovi ricercatori attraverso la cosiddetta 'piramide' porta alla contrattualizzazione di ricercatori sostanzialmente 'junior' che difficilmente potranno avere tutte le competenze di un ricercatore senior. Ciò si rifletterà sulla produzione scientifica e sui tempi di realizzazione della stessa e renderà necessaria la presenza di 'tutor'.

Questa semplice distinzione ha di fatto condizionato la quantità di impact factor atteso prodotto per anno che può essere tra i 5 ed i 10 punti per un ricercatore 'junior' e superiore ai 30 per un 'senior', ricordando che tali valori andranno contestualizzati secondo le progettualità in corso o da intraprendere.

È necessario prevedere e programmare attività di tutoraggio e di formazione per i nuovi ricercatori al fine di maturare competenze da ricercatore senior quali la capacità di Analisi del contesto, di Ricerca di soggetti finanziatori, di Elaborazione di progetti di ricerca, di Sviluppo di attività di ricerca e di Collaborare alla messa a punto di procedure amministrativo-burocratiche e alla rendicontazione delle attività di ricerca realizzate.

Questo empowerment individuale e di gruppo consentirebbe anche di ottenere finanziamenti competitivi su fondi europei e da enti esteri, oltre che da privati, che al momento il CROB difficilmente riesce ad ottenere.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche nel reclutamento di personale delle strutture sanitarie considerando il carattere della ricerca di un IRCCS che è per sua natura translazionale ovvero al letto del malato affinché non solo le posizioni apicali abbiano indicatori bibliometrici (es H-Index) sufficiente a partecipare a bandi di ricerca competitivi.

Le note difficoltà nel reclutamento di medici testimoniate dal fatto che ai concorsi possono partecipare gli specializzandi e che nel caso di un IRCCS dovranno non solo completare la loro formazione nel loro campo di specializzazione ma anche assumere competenze nel campo della ricerca, rende estremamente delicata la fase di programmazione nei prossimi anni.

I dati ministeriali evidenziano, inoltre, relativamente alla qualità dell'assistenza, l'incremento di trials multicentrici e numero di pazienti inseriti in trials clinici.

Ciò condiziona sia la fase di valutazione per il riconoscimento del carattere scientifico che la possibilità di offrire a pazienti selezionati cure sperimentali di probabile migliore efficacia o certamente con efficacia pari alle terapie standard.

3.2.5 Prospettive future- azioni di potenziamento 2024-2026

La Giunta Regionale con propria Delibera n. 358 del 16 giugno 2023 aveva approvato il documento AGENAS di potenziamento dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, operando un rilancio dell'attività clinica e di ricerca dell'Istituto, nell'ambito di una rinnovata Rete Oncologica Regionale in collegamento con le reti oncologiche Nazionali ed Internazionali.

La IV Commissione regionale permanente nella seduta del 27 luglio 2023, anche a seguito di audizioni sul tema eseguite, tra cui quella del CIV dell'Istituto, ha espresso alcune osservazioni invitando la Giunta Regionale a prevedere alcune modifiche al Piano di potenziamento dell'IRCCS CROB alla luce delle richieste inviate, cosa avvenuta con DGR n. 831 del 15.12.2023.

Nello stesso atto veniva dato mandato al Direttore Generale dell'IRCCS CROB di tener conto nel redigendo nuovo Atto Aziendale sia del Documento "Agenas" che delle osservazioni effettuate dalla IV Commissione Regionale permanente e dal CIV dell'Istituto.

La Direzione Generale, pertanto, elaborava e approvava la proposta di nuovo Atto Aziendale che la Regione Basilicata ha definitivamente approvato con DGR n. 274 del 05.04.2024. Il nuovo Atto prevede delle azioni di potenziamento così come riportate testualmente in corsivo nelle prossime pagine.

"La proposta di potenziamento di questa Direzione Generale verterà sulle seguenti direttrici:

a) OBIETTIVI GENERALI:

- *Mettere a regime la dotazione e raggiungere volumi ed esiti qualificanti;*
- *Potenziare la produzione scientifica e ottemperare ai requisiti degli IRCCS;*
- *Coordinare la Rete Oncologica Regionale (ROB);*
- *Partecipare a reti oncologiche nazionali ed internazionali;*
- *Adeguare la Rete Oncologica di Basilicata e avviare un progetto pilota con la sperimentazione integrata del PDTA mammella e polmone tra IRCCS CROB e Azienda Sanitaria di Matera;*

b) OBIETTIVI SPECIFICI che riguardano in particolare le attività e i posti letto dell'Istituto:

Volumi:

- *Per i reparti chirurgici: almeno 1400 interventi chirurgici annui. Vengono previsti circa 400 interventi l'anno per tumore mammella che implica una scelta regionale di accorpare tutte le attività regionali in una unica "breast unit" presso l'IRCCS CROB; inoltre 100 interventi/anno per tumore polmone, 200 per tumore colon retto e 50 per melanoma.*
- *Per i reparti medici: degenza media di 7-10 gg con tasso di occupazione del 90% e casi di tumore rari trattati come provider o come user;*
- *numero di trapianti autologhi o allogenici effettuati in numero di 20;*

Esiti:

valori compresi nell'area ottimale degli indicatori del PNE;

Produzione scientifica:

il raggiungimento degli standard fissati dal D.L.vo 200/2022;

Posti letto:

- *I posti letto passerebbero dalla situazione attuale di 87 p.l. attivi per acuti a quella nuova a regime di 124 p.l. così distribuiti:*
 - *Discipline di area chirurgica n. 56 posti letto di cui 10 di Day Surgery;*
 - *Discipline di area medica, comprensivi dei posti "protetti" di medicina nucleare e di day Hospital di Riabilitazione, n. 60 posti letto, di cui 24 di Day Hospital;*
 - *Disciplina di area intensiva n. 8 posti letto;*

AFO Chirurgia	
Denominazione	
Chirurgia Senologica "Breast Unit"	14
Chirurgia addominale e mininvasiva	10
Chirurgia plastica ricostruttiva e Skin Cancer Unit	8
Chirurgia Toracica	10
Onco Ginecologia	4
Chirurgia Tiroidea	2
Urologia Oncologica	8
TOTALE AFO CHIRURGIA	56 (46 ordinari e 10 Day Surgery)
AFO Medica	
Denominazione	
Ematologia e Trapianto cellule staminali	18
Oncologia Medica	39
Medicina Nucleare	3
TOTALE AFO MEDICA	60 (di cui 36 ordinari e 24 di Day Hospital)
AFO Emergenza	
Denominazione	
Anestesia e Rianimazione, terapia del dolore e PICC Center	8
TOTALE AFO EMERGENZA	8
TOTALE POSTI LETTO	124

Descrizione	Situazione attuale	Potenziamento 2024-2026
Posti letto ordinari	62	82
Posti day Surgery e Day Hospital	23	34
Posti letto terapia Intensiva	2	4
Posti letto terapia Sub Intensiva		4
Totale posti letto	87	124
Ulteriori implementazioni		
Sale operatorie	5	5
Poltrone per chemioterapia ambulatoriale		10
Sala operatoria ambulatoriale "Skin Cancer Unit"		1
Sala operatoria ambulatoriale "Angiografica"		1

Nell'ambito dell'AFO medica verranno attivati alcuni posti letto di cure intermedie ossia un'area multi-specialistica per pazienti a media complessità clinico assistenziale o da sottoporre a trattamenti concomitanti chemioterapici/radioterapici.

L'allocazione dei posti letto per struttura, come previsto dalla DGR 831/2023, potrà essere gestita in modo flessibile per assicurare l'opportuna dinamicità organizzativa rispetto alla domanda di prestazioni.

I posti di day hospital e di day surgery di ciascuna area saranno assegnati dalla Direzione Generale dell'Istituto alle singole discipline.

UNITA' OPERATIVE

La D.G.R. n. 1259/2017 assegna al CROB, al fine del periodo transitorio e ai sensi del DM 70/2015, n.14 unità operative complesse e n.19 semplici e semplici dipartimentali.

Va precisato che la normativa vigente prevede che le strutture complesse e semplici afferenti alla Direzione Scientifica e quelle di tipo amministrativo sono escluse dal computo delle strutture aziendali.

Alla luce della nomina e insediamento di questa direzione avvenuta a fine anno 2023, il presente Piano avrà durata triennale a partire dal mese di gennaio 2024 e scadenza 31 dicembre 2026.

Tenuto conto, inoltre, che il Piano di Rilancio prevede anche un aumento di attività, di personale, di risorse tecnologiche, si ritiene che la nuova organizzazione verrà attuata in modo graduale e pienamente riguardata entro la fine del 2026.

Pertanto, a regime, l'organizzazione in termini di strutture complesse sarà la seguente:

Unità operative clinico assistenziali con posti letto	
Mediche	Chirurgiche
Oncologia medica con hospice	Chirurgia Senologica "Breast Unit";
Ematologia e trapianto di cellule staminali	Chirurgia Plastica ricostruttiva e "Skin Cancer Unit"
Medicina Nucleare con posti letto "protetti "	Chirurgia Toracica
	Chirurgia Addominale e mininvasiva
	Urologia Oncologica
Terapia Intensiva e Sub Intensiva	
Anestesia e rianimazione, Terapia del dolore, PICC Center	
Unità operative clinico assistenziali senza posti letto	
Anatomia Patologica (SIC con AOR San Carlo)	
Diagnostica per immagini	
Laboratorio analisi cliniche	
Radioterapia (SIC con ASM e AOR San Carlo)	
Unità operative di Staff	
Screening oncologici regionali e prevenzione oncologica	
Unità Operative Complesse della Direzione Scientifica	
Epidemiologia e Registro Tumori Regionale	
Onco-ematologia sperimentale	
Unità operative complesse amministrative e tecniche	
Affari Generali e Personale	
Gestione Tecnico Patrimoniale	
Servizio informativo, programmazione e controllo di gestione	

RISORSE UMANE

La messa a regime delle dotazioni richiede un adeguamento della dotazione di personale da 467 unità ad oggi presenti a 562 comprensivi dei ricercatori.

Il personale aggiuntivo, necessario ad efficientare il sistema verso il potenziamento ed il rilancio delle attività dell'IRCCS CROB, è il seguente:

Figura professionale	Unità necessarie	Costo base	Costo totale
Dirigenti medici	35	€ 71.872	€ 2.515.520
Dirigenti Fisici	3	€ 69.147	€ 207.441
Fisioterapista	4	€ 34.041	€ 136.141
Infermieri	30	€ 34.041	€ 1.021.230
Tecnici Sanitari	10	€ 34.041	€ 340.410
OSS	10	€ 28.340	€ 283.400
Ingegneri (clinici, informatici e gestionali)	3	€ 34.041	€ 102,123
Totale	95		€ 4.606.288

Dotazione personale della ricerca

L'Istituto si avvale di personale dedicato alla ricerca compreso quello del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria di cui all'art. 1, co. 424, L. 27.12.2017, n. 205. Tale personale rappresenta, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del decreto di riordino degli IRCCS (D.lgs. n. 200/2022), la specifica sezione per le funzioni di ricerca.

Nello specifico ad oggi il personale a tempo indeterminato, stabilizzato ai sensi dell'art. 3 ter del D.L. n.51/2023 convertito con la Legge 87/2023, dedicato esclusivamente alla ricerca (personale afferente alla Direzione Scientifica) è costituito da n. 16 unità, incluso il personale di supporto alla ricerca (composto da 5 unità). Altri 29 ricercatori sanitari e 6 collaboratori professionali di supporto alla ricerca sono presenti in Istituto con contratti a tempo determinato cosiddetta "Piramide della Ricerca".

Con la Delibera n.392/2023 con oggetto 'Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2025' approvata con DGR di Basilicata n.824/2023 è prevista l'assunzione con contratto a tempo indeterminato di ulteriori 15 ricercatori sanitari (biologi, biotecnologi, farmacisti) e di 5 collaboratori professionali di supporto alla ricerca entro il 2025.

RETE REGIONALE ONCOLOGICA DI BASILICATA (ROB)

La rete oncologica regionale verrà attuata in conformità alle indicazioni recate dal presente Piano di rilancio. Il primo step per avviare la ROB è rappresentato dalla sperimentazione integrata dei PDTA della Mammella e del Polmone.

La scelta delle due patologie per l'avvio della sperimentazione della ROB è correlata ai dati epidemiologici oltreché alle scelte di programmazione sanitaria regionale e nazionale di cui di seguito si riportano gli ultimi interventi in materia:

- Decreto del Ministero della Salute del 8/11/2021 di istituzione della "Rete italiana screening polmonare" che prevede il coinvolgimento di 18 centri italiani d'eccellenza per un programma di prevenzione e monitoraggio del tumore al polmone e di cui il CROB è il riferimento per la Basilicata;
- DGR 2021/671 relativa ai test genomici per patologia mammaria neoplastica in stadio precoce istologicamente diagnosticata.

I riferimenti normativi regionali relativi alla Rete Oncologica di Basilicata sono di seguito riportati:

- DGR 144/2021 del 03/03/2021 con cui è stata istituita la Rete Oncologica e Coordinamento Centrale della ROB;
- DD 13A2.2021/D.00100 del 24/03/2021 Costituzione del Coordinamento Centrale della Rete Oncologica di Basilicata (ROB);
- DD 13AN.2021/D.00466 del 26/10/2021 Approvazione dei documenti prodotti dal Coordinamento Centrale della Rete Oncologica di Basilicata (ROB);
- DGR 358/2023" Potenziamento dell'IRCCS-CROB in Rionero in Vulture".

La sperimentazione prevede l'applicazione dei modelli organizzativi già descritti nei documenti "PDTA della mammella" e "PDTA del polmone" redatti dal Comitato di Coordinamento della ROB e approvati con determina regionale dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria n.466 del 26/10/2021.

L'organizzazione della rete regionale prevede al CROB lo svolgimento di alcune attività quale Centro Unico Regionale e nello specifico:

- Chirurgia della mammella (breast unit);
- Chirurgia addominale oncologica (escluso fegato e pancreas);
- Chirurgia toracica oncologica;
- Tumori rari;
- Centro melanomi e tumori cutanei;
- Riabilitazione oncologica;

Per quest'ultima attività prevista, Riabilitazione oncologica, si chiarisce quanto segue.

MEDICINA RIABILITATIVA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

Mission della struttura è prevenire, diagnosticare e trattare precocemente le disabilità secondarie alla neoplasia e/o alle terapie antineoplastiche per garantire a ciascun paziente oncologico il miglior recupero funzionale e la migliore qualità di vita possibili per lo stadio di malattia, il mantenimento dell'autonomia personale e del ruolo familiare e sociale. Essa opera integrando i trattamenti riabilitativi nei percorsi di cura dei Dipartimenti di ricerca ed assistenziali.

A tali fine svolge le seguenti attività:

- *attività cliniche: indirizzate ai pazienti in ricovero ordinario e Day Hospital dell'Istituto con effettuazione di consulenze e Progetti Riabilitativi Individuali i cui programmi sono svolti dalle professioni sanitarie della riabilitazione;*
- *partecipazione ai principali GOM dell'Istituto e della ROB;*
- *attività di ricerca sia con studi in cui è centro coordinatore, promossi dall'Istituto e finanziati da enti nazionali ed internazionali, sia con la partecipazione in collaborazione a studi promossi da qualificati enti e gruppi di ricerca nazionali ed internazionali.*

Saranno previsti nel piano di potenziamento riferito al personale n. 4 unità di fisioterapisti che saranno affiancati da fisiatři incardinati al CROB e di altre Aziende Sanitarie regionali con rapporto di convenzione con il CROB.

PDTA MAMMELLA E POLMONE – il Progetto pilota

Nell'ambito della rete Oncologica regionale il primo step è rappresentato dalla sperimentazione integrata dei PDTA della Mammella e del Polmone. La scelta delle due patologie per l'avvio della sperimentazione della ROB è correlata ai dati epidemiologici oltreché alle scelte di programmazione sanitaria regionale e nazionale di cui di seguito si riportano gli ultimi interventi in materia:

- *Decreto del Ministero della Salute del 8/11/2021 di istituzione della "Rete italiana screening polmonare" che prevede il coinvolgimento di 18 centri italiani d'eccellenza per un programma di prevenzione e monitoraggio del tumore al polmone e di cui il CROB è il riferimento per la Basilicata;*
- *DGR 2021/671 relativa ai test genomici per patologia mammaria neoplastica in stadio precoce istologicamente diagnosticata.*

I riferimenti normativi regionali relativi alla Rete Oncologica di Basilicata sono di seguito riportati:

- *DGR 144/2021 del 03/03/2021 con cui è stata istituita la Rete Oncologica e Coordinamento Centrale della ROB;*
- *DD 13A2.2021/D.00100 del 24/03/2021 Costituzione del Coordinamento Centrale della Rete Oncologica di Basilicata (ROB);*
- *DD 13AN.2021/D.00466 del 26/10/2021 Approvazione dei documenti prodotti dal Coordinamento Centrale della Rete Oncologica di Basilicata (ROB). La sperimentazione prevede l'applicazione dei modelli organizzativi già descritti nei documenti "PDTA della mammella" "PDTA del polmone" redatti dal Comitato di Coordinamento della ROB e approvati con determina regionale dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria n.466 del 26/10/2021;*
- *DGR 358/2023" Potenziamento dell'IRCCS-CROB in Rionero in Vulture";*

Il progetto pilota vede coinvolti i team di professionisti medici, infermieri, tecnici delle due strutture sanitarie CROB ed ASM per l'attivazione della rete oncologica regionale. In particolare, si attiveranno di n.2 PAS (Punto Accoglienza e Supporto), rispettivamente, presso l'ASM di Matera – Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera e Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Policoro.

TELEMEDICINA ONCOLOGICA

In Regione Basilicata, il sovraffollamento ospedaliero, la mancanza di personale specializzato e l'impegno verso il miglioramento continuo volto alla salute ed alla qualità di vita del paziente hanno evidenziato la necessità di trasferire le cure dall'ospedale verso il territorio. L'obiettivo è quello di creare un network patient-centered che metta in comunicazione vari attori del Sistema Sanitario Regionale.

La telemedicina, come da definizione del Ministero della Salute “...offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto per:

- **accrescere l'equità nell'accesso ai servizi sociosanitari nei territori remoti**, grazie al decentramento ed alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile da forme innovative di assistenza domiciliare;
- **ridistribuire le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi**, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali, spesso carenti, ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio...”

In quest'ottica, l'applicazione del servizio di telemedicina nella cura dei tumori ha lo scopo di garantire:

- **accesso ad un percorso diagnostico-terapeutico ottimale**, definito nell'ambito di incontri multidisciplinari;
- **prescrizione, in tempi adeguati, di trattamenti e terapie di supporto ai pazienti con difficoltà a raggiungere il centro di riferimento**, a causa di condizioni cliniche scadute o difficoltà logistiche;
- **miglioramento della qualità di vita del paziente oncologico**;
- **riduzione del rischio di ospedalizzazione, con conseguente riduzione di costi sociali**.

La televisita non sostituisce le visite in presenza, ma può essere utilizzata e risulta conveniente quando non è indispensabile la presenza fisica in ambulatorio e per pazienti ritenuti idonei dall'oncologo di riferimento, sulla base della valutazione delle condizioni cliniche, della compliance e delle necessità del paziente stesso. Inoltre, non può essere utilizzata per erogare la prima visita, che andrà svolta in ogni caso in presenza.

L'esito di una visita oncologica telematica viene registrato in una piattaforma web dedicata, in modo tale che sia sempre a disposizione dello specialista un quadro completo ed aggiornato dei dati clinici del paziente, garantendo la tracciabilità del percorso di cura e lo scambio sicuro di dati e documenti clinici (terapie, prescrizioni, risultati diagnostici, ecc.).

Terapie oncologiche domiciliari

Nell'ultimo decennio, le terapie domiciliari per la cura dei tumori si sono sempre più diffuse, come testimoniato dall'immissione in commercio di nuovi farmaci ad uso orale autorizzati sia da EMA che da FDA. Questi comprendono sia chemioterapici che molecole a bersaglio mirato che agiscono su diverse pathways cellulari.

Si stima che oltre il 25% delle nuove molecole antiblastiche in fase di studio presenta formulazioni da somministrare per via orale, rappresentando una valida alternativa alla infusione endovenosa. Tale realtà si rispecchia anche nel nostro Istituto, in cui vengono utilizzati circa il 30% dei principi attivi formulati per somministrazione orale sul totale delle molecole in uso in oncologia, con un significativo impatto economico, considerando che il centro prescrittore fornisce il solo primo ciclo di terapia, mentre le dispensazioni successive sono di pertinenza del distretto di appartenenza.

Vantaggi:

- **incentivare l'uso di formulazioni che si prestano alla somministrazione domiciliare oncologica delle terapie attuali**;
- **assunzione del farmaco al domicilio ed in maniera autonoma, evita il trattamento endovenoso che ha una durata piuttosto variabile, senza modificare le abitudini quotidiane del paziente**;
- **riduzione dei rischi legati alla somministrazione endovenosa (es. stravasi, flebiti)**;
- **ridurre gli accessi non necessari alle strutture ospedaliere**;
- **garantire la prossimità di cure, accessibili e di qualità**;

- usufruire della rete di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) già attiva sul territorio;
- rendere omogeneo il percorso terapeutico domiciliare sull'intero territorio regionale.

I servizi di oncologia previsti ne progetto di telemedicina comprendono:

- **Controlli di terapie oncologiche domiciliari:** si pratica un teleconsulto con pazienti in trattamento con terapie oncologiche a domicilio, mediante controllo degli esami ematochimici (inviati precedentemente dal paziente), valutazione dell'andamento del programma di cura e monitoraggio dell'eventuale comparsa di effetti collaterali.

Segue l'indicazione dell'oncologo a prosecuzione del trattamento con invio del piano terapeutico o a temporanea sospensione della terapia per effetti collaterali con prescrizione di terapia di supporto.

Dopo programmazione di nuovo appuntamento, il referto della visita viene inoltrato al paziente e registrato sulla piattaforma, in modo da essere sempre disponibile alla consultazione dello specialista.

- **Consulto di livello preliminare:** il medico di medicina generale può richiedere un teleconsulto:
 - per i pazienti con anamnesi di tumore maligno, in caso di ipotesi diagnostica del MMG di ripresa di malattia, si pratica teleconsulto con il paziente e con il MMG con valutazione della documentazione clinica disponibile e prescrizione di eventuali esami di approfondimento.
 - per i pazienti con sospetto di prima diagnosi di tumore maligno, si pratica un teleconsulto con il MMG per una valutazione della documentazione clinica disponibile e la prescrizione di eventuali altri esami preliminari alla prima visita oncologica, che verrà effettuata successivamente in presenza dal paziente.
- **Follow-up di pazienti candidati a best supportive care:** il medico referente o l'infermiere dell'ADI possono richiedere un teleconsulto in caso sia necessario supporto medico/infermieristico specialistico per la gestione clinica del paziente oncologico candidato a sola terapia palliativa.

TECNOCROB

L'Istituto con il progetto Tecnocrob si propone di dare soddisfazione, ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, nel rispetto della dignità della persona e in condizioni di sicurezza, garantendo prestazioni di prevenzione e cura ottimali e attuando al meglio percorsi clinico-assistenziali appropriati.

Negli ultimi anni c'è stato un notevole sviluppo tecnologico in oncologia che ha riguardato tutti gli ambiti dalla diagnostica alla terapia ed ha radicalmente trasformato la gestione del paziente neoplastico.

Il CROB, come IRCCS, è innanzitutto un ospedale che deve garantire prestazioni di ricovero e cura di alta specialità ed altre attività (comprese quelle diagnostiche) aventi i caratteri di eccellenza. Quindi, il maggiore sforzo è quello di potenziare in primis le capacità diagnostiche e terapeutiche dell'Istituto e in secondo luogo le esigenze della ricerca scientifica.

Il progetto Tecnocrob mira a raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- 1. implementare l'attività di diagnostica avanzata;*
- 2. potenziare la diagnostica onco-ematologica;*
- 3. attivare ed implementare la chirurgia robotica;*
- 4. implementare l'attività di radioterapia.*

In particolare, si è previsto di dotarsi delle seguenti tecnologie sanitarie:

- **un robot che permetta di implementare la chirurgia robotica in tutti gli ambiti in cui la stessa è applicabile.**

La chirurgia robotica ha conosciuto nel corso dell'ultimo ventennio una continua e progressiva diffusione nel mondo con un costante incremento negli anni dei paesi che ne usufruiscono e del numero di interventi effettuati. Nell'ultimo anno sono stati eseguiti più di un milione di interventi nel mondo. Il robot chirurgico consente di eseguire interventi mininvasivi complessi e ad alta precisione con il vantaggio di non lasciare cicatrici estese, ridurre i tempi di degenza e consentire una più rapida ripresa post-operatoria. I principali campi di applicazione comprendono la chirurgia urologica, ginecologica, toracica e trans-orale e sempre più spesso i pazienti scelgono la struttura sanitaria cui affidarsi per un intervento chirurgico in questi ambiti in base alla disponibilità del robot che, ormai, non può più mancare in un ospedale come il CROB che mira a garantire ai suoi pazienti prestazioni chirurgiche all'avanguardia e di eccellenza. I vantaggi della chirurgia robotica riguardano sia il chirurgo che il paziente. Esso, infatti, permette di eseguire interventi di estrema precisione grazie alle sue due caratteristiche tecniche principali. La prima è la qualità delle immagini, tridimensionali, fisse, senza alcuna alterazione da movimento, con la possibilità di riprodurre fedelmente agli occhi del chirurgo l'anatomia su cui interviene, ingrandendo di dieci volte l'immagine, con esaltazione dei dettagli e dei contrasti, al fine di poter eseguire una dissezione estremamente precisa dei tessuti, grazie alla fedeltà ed alla fissità dell'immagine. Il secondo vantaggio è quello della funzionalità degli strumenti chirurgici, cosiddetti endowrist, che sono progettati per eseguire movimenti su sette assi e su tutti i piani, al fine di riprodurre ancor più delle possibilità di movimento del polso umano, con una facile articolazione attraverso anelli in cui vengono inserite le dita della mano, realizzandosi così la possibilità di una gamma completa di movimenti senza alcun affaticamento.

L'acquisizione del robot permetterà ai ricercatori/chirurghi del CROB di partecipare a studi clinici che prevedono la chirurgia robotica, di contribuire alla ottimizzazione delle procedure di chirurgia

robotica e a realizzare studi di comparazione di efficacia fra questa e la chirurgia tradizionale laparoscopica. I vantaggi tecnici si traducono in vantaggi clinici per il paziente.

I campi di utilizzo abbracciano diverse branche della chirurgia che potranno essere implementate al CROB. Ad oggi la branca in cui il robot è più utilizzato è l'Urologia, seguita dalla Ginecologia, dalla Chirurgia Generale, dalla Chirurgia Toracica e dalla Chirurgia ORL. Oltre il 60% dell'utilizzo attuale del robot in Italia e nel mondo è appannaggio della Chirurgia Urologica, con la prostatectomia radicale robotica che risulta essere l'intervento di gran lunga più eseguito. La Chirurgia Generale (organi addominali, chirurgia della parete addominale, chirurgia tiroidea) incide per il 16-17% circa, la Ginecologia per circa il 15%, seguono Chirurgia Toracica e ORL.

- **un nuovo tomografo PET/CT digitale e la sostituzione della tecnologia esistente SPECT/TC con un tomografo di nuova generazione per migliorare le capacità diagnostiche.**

Nello specifico, si intende procedere all'acquisizione di una nuova SPECT/TC che sostituisca quella esistente ormai datata che rappresenta una tecnologia cruciale per l'imaging oncologico. La presenza di una macchina altamente performante consentirebbe di migliorare l'offerta qualitativa ma anche quantitativa dato che con tempi di acquisizione ridotti si potranno effettuare più esami. La tecnologia richiesta è essenziale per una medicina nucleare di riferimento. Inoltre, in base alla normativa che sta andando in vigore in termini di radio-esposizione e dosimetria sarà obbligatorio ottemperare ad alcune stringenti regole che costringerebbero, senza questa nuova tecnologia, di ridurre l'offerta. Il valore aggiunto dei sistemi SPECT/TC consiste nel poter fornire, insieme alle immagini funzionali SPECT, anche le immagini sovrapponibili a ogni sezione ricostruita delle strutture anatomiche corrispondenti. Questo contribuisce notevolmente al processo di diagnosi fornendo informazioni morfologiche complementari che, vista la risoluzione spaziale relativamente bassa e la natura intrinsecamente funzionale della tecnica SPECT, non erano presenti nell'immagine a emissione. A voler ribadire l'importanza di ottimizzare la radioesposizione, il sistema SPECT/TC permette un rilascio di dose inferiore al paziente, in modo da non aumentare significativamente la dose rispetto alla sola SPECT.

E' previsto anche di acquisire un secondo tomografo PET/CT con l'obiettivo di migliorare l'offerta, per il potenziale, notevole, rendimento economico e per la implementazione di protocolli di ricerca.

A differenza delle altre metodiche di diagnostica per immagini che mostrano le sole alterazioni morfologiche degli organi, la PET/TC consente di rilevare alterazioni funzionali, e quindi anche molto precoci, di organi e apparati. La funzione degli organi, infatti, si altera molto prima della loro forma, per questo la PET è un valido strumento per la diagnosi precoce soprattutto delle neoplasie. In considerazione della mission oncologica dell'IRCCS CROB, le possibili applicazioni della PET/TC in oncologia riguardano pressoché tutti i tipi di neoplasie, utilizzando radiofarmaci idonei per ogni istotipo. Entrambe queste apparecchiature favoriranno la partecipazione dei ricercatori del CROB a studi clinici basati sull'utilizzo di queste apparecchiature.

- **N. 2 apparecchi TAC e di un angiografo nell'ottica di un potenziamento delle capacità diagnostiche.**

Sono state acquisite con tale progetto n. 2 nuove apparecchiature TC tecnologicamente avanzate da impiegare sia per il potenziamento dell'attività di ricerca che per ottimizzare l'attività ordinaria, garantendo alla U.O. di erogare prestazioni in tempi brevi. La disponibilità delle 2 macchine consentirà di utilizzare in backup una delle due in caso di avaria, garantendo la continuità assistenziale. Le apparecchiature in questione sono al top di gamma dei sistemi tomografici computerizzati di ultima generazione, veloci nelle acquisizioni, rapidi nella fase di ricostruzione delle immagini, e con applicazioni di "intelligenza artificiale". Tale tecnologia garantisce, infatti, tramite algoritmi dedicati, una elevata risoluzione spaziale consentendo una finezza diagnostica elevata, con riduzione del rischio di errore diagnostico, precisione nelle procedure terapeutico-interventistiche e limitando, altresì, la dose di radiazioni erogata. Sono possibili con tali apparecchiature procedure interventistiche più fini e precise, essendo i nuovi apparecchi dotati di software che integrano le immagini in sistemi 3D, adatti a rendere più sicure ed efficaci i trattamenti diagnostico-terapeutici. Le nuove applicazioni permetteranno, inoltre, al nostro Istituto di partecipare a programmi di screening del tumore del polmone, vista la rapidità e la bassa dose/paziente erogata con le nuove tecnologie. I ricercatori del CROB, infatti, già partecipano al Progetto RISP-Rete Italiana per lo Screening Polmonare, un progetto coordinato dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano destinato alla messa a punto e validazione di tecniche ottimali di screening in soggetti ad alto rischio per il cancro polmonare e basato sull'utilizzo di apparecchi TAC di ultima generazione.

Un ulteriore attrezzatura che è stata recentemente acquisita ed è in fase di montaggio è un apparecchio per angiografia che costituisce una vera necessità per una UO di Radiologia di un centro oncologico qual è il CROB in quanto permette di integrare le attuali possibilità diagnostico-terapeutiche. L'apparecchio dovrà essere di nuovissima generazione e rappresentare lo stato dell'arte delle tecnologie utilizzate nelle sale di interventistica più evolute. Gli apparecchi di nuova generazione permettono la integrazione di imaging con le altre metodiche, e con la TAC in particolare, modalità essenziale nel corso di procedure interventistiche su lesioni epatiche o polmonari.

- **Un acceleratore lineare per il potenziamento della radioterapia.**

La richiesta di acquisire nuove tecnologie per la U.O. di Radioterapia sottende la necessità di migliorare le apparecchiature attualmente disponibili considerato che la rapida evoluzione tecnologica consente oggi, per le neoplasie di molteplici distretti corporei, percorsi di cura più efficienti ed efficaci basati sulla radioterapia, con una notevole riduzione dell'impatto sul paziente ed un miglioramento complessivo del trattamento che, grazie alla minore invasività, contribuisce non solo ad un aumento del risultato clinico, ma anche al contenimento della spesa. L'attuale Radioterapia è dotata di 3 acceleratori lineari (LINAC) che devono essere sostituiti con macchinari di ultimissima generazione, che possano consentire trattamenti ultraspecialistici erogabili in tempi più brevi (es. tecnologia FFF, Micro-MLC, SRS per il trattamento contemporaneo di lesioni multiple cerebrali con un minor numero di sedute, SGRT, etc.) e con una maggiore sicurezza, efficienza ed efficacia che contribuiranno ad una maggiore attrattività. L'acquisizione di un tale apparecchiatura, di ultimissima generazione, consentirebbe al CROB di porsi all'avanguardia nei trattamenti radioterapici dei pazienti oncologici e di competere alla pari con i migliori centri nazionali ed

internazionali favorendo la partecipazione dei ricercatori del CROB a studi clinici e progetti di ricerca in ambito radioterapico.

- **un sequenziatore di nuova generazione (NGS) dotato di marcatura CE-IVD che contribuirà al potenziamento sia della diagnostica molecolare che la ricerca in ambito onco-ematologico.**

L'introduzione della tecnologia del sequenziamento di nuova generazione (NGS) in campo oncologico ha avuto un enorme impatto sia sulla ricerca che sulla diagnostica ed ha contribuito ad arricchire le conoscenze nell'ambito della biologia del tumore favorendo lo sviluppo di una medicina sempre più personalizzata. Recentemente, grazie alla sua elevata sensibilità, la tecnologia NGS ha trovato applicazione anche nell'ambito della biopsia liquida ed è essenziale per le attività dei Molecular Tumor Board. Al CROB sono attivi numerosi progetti di ricerca che hanno tra gli obiettivi l'analisi genomica ed epigenetica nell'ambito di differenti tumori per individuare nuovi target terapeutici e nuovi biomarcatori per la diagnosi e il monitoraggio della malattia neoplastica, e per studiare i meccanismi responsabili della resistenza farmacologica. Oltre all'attività di ricerca, lo strumento che si intende acquistare sarà utile per l'implementazione della diagnostica molecolare sia nei tumori solidi che in quelli ematologici che è ormai essenziale per guidare correttamente la pianificazione terapeutica e permettere la cosiddetta "medicina di precisione" basata, appunto, sulle caratteristiche genomico-molecolari dei tumori.

PIANO EDILIZIO

I principali interventi già programmati ed avviati per il biennio 2024-2025 per ampliare gli spazi dedicati all'assistenza sanitaria sono i seguenti:

- *Realizzazione Day Hospital onco-ematologico presso Day Center;*
- *Lavori di ristrutturazione del reparto ala ovest 3° piano;*
- *Lavori di ristrutturazione del reparto ala ovest 1° piano;*
- *Ristrutturazione reparto dialisi.*

Sono altresì previsti una serie di interventi per la sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico che riguardano aree afferenti alla Radioterapia, Medicina Nucleare e blocco edilizio accesso pazienti non deambulanti."

3.2.6 Piano della Performance

Il piano delle performance è elaborato sulla base delle indicazioni regionali del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi di mandato per il Direttore Generale, degli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Basilicata alla Direzione Generale, integrati con esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno.

L'insieme degli elementi sopracitati sono tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi gestionali (budget operativo) assegnati a ciascun responsabile di Centro di Responsabilità.

L'articolazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi avviene attraverso il Comitato di *Budget*, cui compete la negoziazione degli obiettivi con i Responsabili di ciascun Centro di Responsabilità. Si definiscono, in questa fase, gli obiettivi operativi e i relativi indicatori di *performance* per i Direttori di Dipartimento, per i Direttori di Unità Operativa e per i responsabili di Unità Operativa Semplice. Con l'approvazione del *budget*, tali obiettivi vengono assegnati a ciascun Direttore/Responsabile "a cascata" e a tutti i dirigenti in forza alle unità operative come obiettivi individuali.

La valutazione degli obiettivi individuali avviene all'interno dei processi di misurazione e valutazione della performance che si conclude con l'attribuzione della retribuzione di risultato. Assegnati gli obiettivi operativi con i relativi indicatori di misurazione, concluso l'anno solare, si avviano i processi di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale; la prima è finalizzata alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Istituto e alle strutture organizzative, mentre la seconda è finalizzata alla valutazione degli obiettivi assegnati individualmente al personale.

Il processo si conclude con la redazione e l'approvazione di un documento di rendicontazione della performance denominato "Relazione sulla *Performance*".

In prima istanza sono state pertanto individuate le aree strategiche in cui l'Istituto intende operare, nel triennio 2024-2026 e nell'ambito di ciascuna area sono definiti gli obiettivi che sono poi stati articolati in più obiettivi operativi.

L'intero impianto è stato costruito nell'ambito del processo di analisi del contesto normativo, demografico, sociale, economico e di struttura dell'Istituto che ha fornito le linee guida per l'individuazione dell'iter strategico e operativo da seguire.

Il ciclo gestionale della performance si sviluppa, inoltre, in maniera coerente con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, il piano triennale dei fabbisogni di personale e con il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

3.2.6.5 Obiettivi Strategici

L'IRCCS CROB, nel triennio 2024-2026, si propone di intervenire sulle seguenti macroaree, non elencate necessariamente in ordine di rilevanza:

- 1) **Obiettivi strategici regionali:** assicurare la piena aderenza alla programmazione regionale secondo quanto definito dalla DGR 136/2023 "DGR 287 del 16.4.2021 come modificata ed integrata dalla DGR 272/2022- Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le direzioni generali delle aziende ASP, ASM E AOR SAN CARLO DI POTENZA e per la direzione generale dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture – anni 2021-2023- Modifica ed integrazione anno 2023";
- 2) **Performance organizzative e cliniche:** migliorare gli standard quali/quantitativi assicurando la centralità del cittadino utente e perseguire obiettivi strategici aziendali;
- 3) **Gestione economico finanziaria:** migliorare l'efficienza nell'impiego delle risorse garantendo l'equilibrio economico-finanziario nella gestione;
- 4) **Ricerca e obiettivi ministeriali definiti dal D.Lgs. n.200/2022 per il riconoscimento del carattere scientifico** (rif. Allegato 3 del D.Lgs 200/2022): sviluppare e potenziare la Ricerca Traslationale in ambito oncologico per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neoplastiche;
- 5) **Trasparenza e prevenzione della corruzione:** implementare processi finalizzati all'*accountability* ossia la responsabilità, da parte del personale che impiega risorse finanziarie pubbliche, di rendicontarne l'uso sia sul piano della regolarità dei conti sia su quello dell'efficacia della gestione e adempiere a tutte le misure di prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza previsti nel piano aziendale
- 6) **Obiettivi di mandato:** che saranno assegnati al Direttore Generale con il conferimento dell'incarico.

Per il perseguimento di tali obiettivi, oltre alle strategie ed agli interventi aziendali, la Regione Basilicata individua, con atti propri, gli indirizzi fondamentali, le traiettorie di sviluppo e le azioni prioritarie per le Aziende Sanitarie monitorando i principali risultati di attività ed i principali standard qualitativi delle prestazioni erogate con particolare riferimento agli *outcome* (in particolare in termini di appropriatezza, efficacia, tempestività).

Tanto premesso, la programmazione aziendale è pertanto finalizzata all'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA, in condizioni di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza, con il vincolo che le azioni da mettere in campo sono vincolate alla sostenibilità economica, declinata nel rispetto della programmazione regionale sui costi di produzione, nell'equilibrio economico-finanziario, nel sistema di controllo interno di, revisione di bilancio e di adempimenti informativi relativi alla contabilità analitica Regionale.

Aree Obiettivi regionali, performance organizzative e cliniche e gestione economico finanziaria.

La Regione Basilicata con D.G.R. n.287/2021 successivamente aggiornata dalla D.G.R. 136/2023 ha stabilito un sistema di valutazione degli obiettivi delle AA.SS. regionali articolato nelle seguenti aree di risultato:

- Tutela della salute
- Performance organizzative e cliniche aziendali
- Gestione economico finanziaria
- Conseguimento di obiettivi strategici regionali.

Per ciascuna area di risultato sono declinati obiettivi assegnati a ciascuna Azienda Sanitaria in relazione alle specifiche missioni. Per il CROB sono stati individuati 25 obiettivi che nell'ambito della programmazione aziendale del budget sono condivisi ed assegnati a ciascun Centri di Responsabilità in relazione alle proprie specificità, nonché le direttive stabilite a livello Nazionale definite con la Legge n. 145 del 31.12.2018 all'articolo 1 comma 510 e seguenti, finalizzati a monitorare e garantire l'efficienza operativa.

Nell'ambito delle Performance organizzative e cliniche, oltre agli obiettivi regionali l'Istituto intende migliorare gli standard qualitativi e quantitativi assicurando la centralità del cittadino utente.

In particolare, si intende perseguire il miglioramento degli standard qualitativi sviluppando un'attenzione diffusa sul tema dell'appropriatezza delle prestazioni e del governo clinico e privilegiando la gestione per processi. Pertanto, è necessario rafforzare ulteriormente, oltre quanto già realizzato, i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e le attività dei GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari); i primi sono intesi come la contestualizzazione di linee guida relative ad una patologia tumorale nella specifica realtà organizzativa del IRCCS CROB; i GOM rappresentano l'approccio multidisciplinare alla malattia oncologica e sono finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

L'IRCCS CROB riconosce nei percorsi assistenziali lo strumento essenziale attraverso cui garantire la corretta gestione del paziente oncologico, assicurandone la presa in carico globale. In tal senso, l'Istituto promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA, intesi, in senso più ampio, quali modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi alle specifiche patologie oncologiche. Per favorire il conseguimento di tale obiettivo, l'Istituto agisce assicurando la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli attori interessati, anche mediante l'impiego degli strumenti della negoziazione di budget, dotandosi altresì delle soluzioni organizzative e tecnologiche più opportune.

Nell'ambito della gestione economico finanziaria, in un contesto come quello sanitario nazionale e regionale, caratterizzato da disponibilità contingentata delle risorse, la miglior risposta al bisogno deve essere perseguita soprattutto attraverso l'efficienza organizzativa finalizzata ad individuare ed assicurare il percorso più appropriato per il paziente.

Il punto focale è che, indipendentemente da quante risorse siano complessivamente disponibili, l'attenzione deve essere rivolta ad impiegare nel modo migliore possibile le risorse disponibili con le conseguenti implicazioni per l'efficienza e l'equità.

In tal senso, l'Istituto intende focalizzare l'attenzione sull'efficienza organizzativa intesa come la capacità di massimizzare, a parità di altre condizioni, il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti.

L'equilibrio economico di bilancio, il rispetto delle procedure amministrativo-contabili rappresentano una priorità di gestione, pertanto a ciascun responsabile di CdR viene assegnato un budget di spesa ed alle strutture amministrative preposte viene assegnata la responsabilità del periodico monitoraggio della spesa e degli scostamenti rispetto al budget.

Are e – Ricerca e obiettivi ministeriali definiti dal D.Lgs. n.200/2022 per il riconoscimento del carattere scientifico

La ricerca rappresenta un elemento centrale della *Mission* dell'Istituto. In quanto IRCCS, l'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale e si caratterizza per l'assoluta integrazione tra la ricerca sperimentale e la pratica clinica. Attualmente l'attività di ricerca corrente dell'IRCCS-CROB è incardinata su tre linee di ricerca. I dati degli ultimi anni evidenziano la necessità di un sostanziale sviluppo dell'attività di ricerca che persegua nel medio periodo gli obiettivi minimali della conferma di IRCCS.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario almeno la piena implementazione del piano di potenziamento e rilancio dell'Istituto descritto nei paragrafi precedenti.

Tuttavia, già a partire dal 2024, la direzione aziendale ritiene, per attuare un cambio di rotta, di assegnare a ciascun CdR, in aggiunta a quanto previsto dalla Regione Basilicata, un obiettivo finalizzato a sensibilizzare il personale sanitario sulla necessità del potenziamento dell'attività scientifica.

Tale obiettivo e i relativi target sono di seguito descritti:

Contribuzione del CdR alla produzione scientifica dell'Istituto (IFCdR)

IFCdR= Valore di IF per CdR/Totale IF aziendale

se IFCdR \leq 2% risultato 0;

se $2 < \text{IFCdR} \leq 7\%$ risultato 35%;

se $7 < \text{IFCdR} \leq 10\%$ risultato 70%;

se IFCdR $> 10\%$ risultato 100%.

Area: Trasparenza, prevenzione della corruzione ed accountability

È universalmente riconosciuto che trasparenza, prevenzione della corruzione e più in generale l'accountability costituiscono i maggiori driver per il miglioramento della qualità dei sistemi sanitari.

Infatti, l'accountability di una azienda sanitaria pubblica è diventata nel corso degli ultimi anni un concetto che veicola altri significati ed altre finalità quali indirizzare le scelte dei cittadini, introdurre elementi di competitività tra i servizi, orientare i comportamenti dei professionisti ed utilizza la "trasparenza" quale presupposto e condizione necessaria per affermarsi.

Sebbene la sua applicazione non sia priva di aspetti problematici, l'Istituto intende rafforzare la propria accountability attraverso il progressivo rafforzamento dei meccanismi e delle procedure mediante le quali rendiconta pubblicamente il proprio operato. Le responsabilità gestionali a tutti i livelli dell'Istituto devono trovare in questo processo un utile strumento per interloquire con i cittadini, rendere efficiente l'uso delle risorse e sfruttare la tensione esistente tra il principio di trasparenza assunta a valore assoluto e la possibilità di far sviluppare, all'interno della propria organizzazione, efficaci sistemi per il miglioramento della qualità.

Gli obiettivi e le misure adottate per la prevenzione della corruzione e della trasparenza sono definiti nella Sezione dedicata del presente documento e sono state integralmente correlate agli obiettivi di budget di ciascun Centri di Responsabilità.

Area Obiettivi di mandato

Con DGR n.777 del 22/11/2023 è stato nominato Direttore Generale il Dott. Massimo De Fino che s'insedia, quale Direttore Generale, a far data dal 15/12/2023. All'atto di nomina del Direttore Generale sono stati assegnati così come stabilito dall'art. 2, commi 2 e ss. D.Lgs. n. 171/2016 e s.m.i.: i seguenti obiettivi di mandato:

- 1. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).** Garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e garantire gli adempimenti finalizzati al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti medesimi previsti nel questionario ministeriale relativo alla erogazione dei LEA.
- 2. Equilibrio Economico-Finanziario.** Garantire l'equilibrio economico in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo, nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi e garantire il rispetto delle procedure amministrative e contabili.
- 3. Governo dei tempi di attesa.** Rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); rispetto delle prescrizioni contenute nei provvedimenti regionali e in particolare nella DGR n. 570 del 7/8/2019 e smi, recante il piano attuativo regionale per il governo delle liste d'attesa relativo al triennio 2019-2021.
- 4. Ricerca.** Elaborazione di un dettagliato programma esecutivo per il rilancio delle attività di ricerca in campo oncologico da realizzare in Istituto anche mediante la collaborazione con la rete degli IRCCS oncologici dell'Italia meridionale, in coerenza con le previsioni del Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, per il mantenimento dei requisiti per il riconoscimento in Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico.
- 5. Garanzia del rispetto del debito informativo.** garantire il corretto, costante, completo e tempestivo adempimento del debito informativo, con particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali (debito informativo intesa Stato Regioni del 23.3.2005 e smi) e regionali.
- 6. Rete Oncologica.** Sviluppo e coordinamento della rete oncologica in linea con gli indirizzi regionali e nazionali.
- 7. Sanità Digitale.** Garantire la piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel rispetto della tempistica definita a livello nazionale e completare il processo di dematerializzazione di tutta la documentazione clinico-medica e delle prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

8. **Cure di Prossimità.** Garantire attraverso il programma Atlante il protocollo operativo per le Dimissioni Protette per l'avvio alle cure di prossimità ai pazienti oncologici in area critica.
9. **Mobilità Sanitaria Oncologica.** Incremento in miglioramento del 4% rispetto all'anno precedente del saldo della mobilità regionale per i pazienti oncologici
10. **Piano Regionale di Prevenzione.** Attuazione, con riferimento all'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, e in integrazione con le altre Aziende Sanitarie regionali, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare attenzione alle connessioni con il programma regionale degli screening oncologici, procedendo altresì alla organizzazione efficace di questi ultimi e al monitoraggio delle attività.
11. **Trasparenza e Lotta alla Corruzione.** Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, nonché mettere in atto tutte le azioni previste del Piano Aziendale di lotta alla Corruzione, provvedendo altresì al suo ordinario aggiornamento.

3.2.6.6 Obiettivi Gestionali

La strategia di un ente si traduce in operatività virtuosa quando viene applicato un approccio coerente, in grado di fare perno sulla programmazione e di tradurre le linee programmatiche del mandato in obiettivi ben individuati prima e in azioni conseguenti poi, correlandoli alle risorse disponibili e al contesto operativo interno ed esterno.

Gli obiettivi gestionali assegnati per il corrente anno riguardano tutte le macrostrutture aziendali e le strutture titolari di budget e si caratterizzano per essere:

- Coerenti, rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte politiche e strategiche dell'azienda;
- pertinenti, misurabili, chiari e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riferibili ad un arco temporale annuale;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'albero della performance, che rappresenta l'insieme degli obiettivi aziendali da assegnare ai responsabili dei CdR, è di seguito riportato:

Codice	Area Strategica	Obiettivo	Indicatore di misura	Formula/Note per l'elaborazione	Target
2.a.9	Performance Organizzative e cliniche	Appropriatezza Area Clinica	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella		Più di 80: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 70 e 80: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 70: obiettivo non raggiunto.
2.a.10	Performance Organizzative e cliniche	Appropriatezza Area Clinica	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella / n. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Meno di 25: obiettivo raggiunto al 100% Tra 25 e 30: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 30 e 35: obiettivo raggiunto al 50%; Più di 35: obiettivo non raggiunto
2.b.1	Performance Organizzative e cliniche	Appropriatezza Organizzativa	Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri	n. ricoveri con diagnosi principale o secondaria tumorale/N. di Ricoveri Per diagnosi tumorale si considerano i seguenti codici ICD9CM (2007) >= 140 e <=2399, oppure V580 oppure V5811. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 90: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 90 e 85: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 85 e 80: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 80: obiettivo non raggiunto
3.a.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari	Note per l'elaborazione: Si considerano al numeratore e al denominatore le unità posologiche relative ai biosimilari dell'ATC 5° livello. Numeratore: Totale unità posologiche solo biosimilari Denominatore: Totale unità posologiche (biosimilari + originator) (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 65: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 65 e 55: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 55 e 45: obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 45: obiettivo non raggiunto
4.a.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Filed Weighted Citation Impact (FWCI) per Dirigenti	Somma dei FWCI dei Dirigenti Medici dell'Azienda/N. Dirigenti Medici Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nel Data Base Scopus nel triennio precedente (per esempio per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022) L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) così come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della salute. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 2 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 2 e 1.5: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 1,6 e 1: obiettivo raggiunto al 50% Meno di 1: obiettivo non raggiunto
4.a.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Numero medio pubblicazioni per dirigente	Totale Pubblicazioni/N. Dirigenti Medici Si considerano le pubblicazioni (articles e review articles, letters, proceedings, papers), indicizzate nel Data Base Scopus nel triennio precedente (per esempio per la valutazione 2022 si considera il triennio 2020-2022) L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale dirigente sanitario (medici e non medici) così come individuato per il CROB di Rionero nel workflow della ricerca del Ministero della salute. (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 2 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 2 e 1.5: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 1,6 e 1: obiettivo raggiunto al 50% Meno di 1: obiettivo non raggiunto
4.a.3	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Valutazione Ricerca	Percentuale di dirigenti medici produttivi	Note per l'elaborazione: Il dato sui dirigenti medici produttivi è ricavato da SciVal, mentre il dato sul numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'azienda è fornito dall'Azienda stessa. Con "produttivo" si intende un dirigente medico che, al contempo, sia in possesso di un codice univoco Scopus ed abbia pubblicato almeno un prodotto a partire dall'anno 1996. Numeratore: Numero di dirigenti medici dell'ADU con codice univoco Scopus e almeno un prodotto pubblicato a partire dal 1996 Denominatore: N. dirigenti medici impiegati al 1 gennaio dell'anno di valutazione (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 70 obiettivo raggiunto al 100%; Tra 70 e 60: Obiettivo raggiunto al 75% Tra 50 e 50: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 50: Obiettivo non raggiunto
4.c.4	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	Numeratore: Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti Denominatore: Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi (Per il calcolo si fariferimento alla DGR 287/2021 e s.m.l.)	Più di 35: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 35 e 30: Obiettivo raggiunto al 750%; Tra 29 e 25: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 25: Obiettivo non raggiunto

4.c.5	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Utilizzo dei flussi informativi	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici	Numeratore: Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal "flusso consumi" ministeriale NSIS Denominatore: Costi rilevati dal Modello di conto economico (Per il calcolo si farferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Più di 95: Obiettivo raggiunto al 100%; Tra 95 e 84: Obiettivo raggiunto al 75%; Tra 85 e 80: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 80: Obiettivo non raggiunto
4.d.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha adottato/aggiornato e inviato entro il 30 giugno (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli Atti regionali di programmazione. Il Piano aziendale deve necessariamente contenere almeno tutte le seguenti condizioni: - implementazione delle raccomandazioni ministeriali (almeno 80% di quelle potenzialmente applicabili in Azienda, tenendo conto delle peculiarità dei contesti aziendali) - implementazione delle procedure per la riduzione delle infezioni legate all'assistenza (compreso il contesto delle residenze), - attuazione dei contenuti del piano nazionale di contrasto alla antibiotico resistenza (accordo REP atti 188 del 2.11.2017) La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha adottato/aggiornato e inviato entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il proprio piano aziendale oppure anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate. (Per il calcolo si farferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Adozione/invio del Piano nei tempi Target raggiunto: 100% Adozione/invio del Piano nei due mesi successivi al 30/6 Target raggiunto: 75% Adozione/invio nei 4 mesi successivi al 30/6 Target raggiunto: 50% Nessun invio del Piano Target non raggiunto: 0%
4.d.2	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico	Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso entro il 28/02 dell'anno successivo la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti al Dipartimento Politiche della Persona. La relazione dovrà contenere specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo dell'anno di riferimento la relazione sullo stato di attuazione del piano e non contiene specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano. (Per il calcolo si farferimento alla DGR 287/2021 e s.m.i.)	Trasmissione Relazione nei tempi Target raggiunto: 100% Trasmissione Relazione nei due mesi successivi al 28/2 Target raggiunto: 75% Trasmissione Relazione nei 4 mesi successivi al 28/2 Target raggiunto: 50% Nessun invio della relazione Target non raggiunto: 0%
4.d.3.	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Risk management	Attivazione del monitoraggio del consumo di gel idroalcolico secondo le indicazioni del PNCAR	tutte le Aziende del SSR produrranno una relazione semestrale a partire dal II semestre 2022 - all'ufficio Pianificazione sanitaria sull'uso del prodotto, sulle azioni messi in campo e i risultati raggiunti. La relazione dovrà contenere i dati di consumo espressi secondo le indicazioni dell'OMS per singolo presidio. Calcolo: Numeratore: prodotti contenuti gel Idroalcolico consumati per l'igiene delle mani espresso in CC Denominatore: N, giornate di degenza singolo P.O.	meno di 14 cc per giornate di degenza - 0% da 15 a 17 cc per giornate di degenza - 75% da 18 a 19 cc per giornate di degenza - 50% uguale o maggiore di 20 cc per giornate di degenza - 100%
4.e.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Controllo cartelle cliniche	Verifica del programma delle cartelle cliniche		Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
4.l.1	Conseguimento di obiettivi strategici regionali	Percorso paziente chirurgico programmato	Attuazione dei contenuti dell'Intesa 100/CSR del 9 luglio 2020 paziente chirurgico programmato	Calcolo: presenza dei report di monitoraggio sugli indicatori contenuti nelle linee guida (Per il calcolo si fa riferimento alla DGR 875/2020)	Target raggiunto: 100% Target non raggiunto: 0%
A.1.0	Performance Organizzative e cliniche	Rispetto del budget e monitoraggio della spesa per beni sanitari	Spesa per farmaci rispetto al valore di budget assegnato	Spesa a consuntivo per farmaci del CdR/Budget assegnato	Minore di 1: obiettivo raggiunto al 100%; Uguale ad 1: obiettivo raggiunto al 50% Maggiore di 1: obiettivo non raggiunto Il presente obiettivo si sterilizza se l'obiettivo A.1.3 è raggiunto al 100%
A.1.1	Performance Organizzative e cliniche	Rispetto del budget e monitoraggio della spesa per beni sanitari	Spesa per dispositivi medici rispetto al valore di budget assegnato	Spesa a consuntivo per dispositivi medici del CdR/Budget assegnato	Minore di 1: obiettivo raggiunto al 100%; Uguale ad 1: obiettivo raggiunto al 50% Maggiore di 1: obiettivo non raggiunto Il presente obiettivo si sterilizza se l'obiettivo A.1.3 è raggiunto al 100%
A.1.2	Performance Organizzative e cliniche	Valore della produzione sanitaria	Valore della produzione sanitaria >= del budget assegnato	Valore della produzione sanitaria (Ricavi per ricovero + Ricavi per prestazioni ambulatoriali SSN + Ricavi per File F) >= Budget assegnato al CDR	Minore di 1: obiettivo raggiunto al 100%; Uguale ad 1: obiettivo raggiunto al 50% Maggiore di 1: obiettivo non raggiunto
A.1.3	Performance Organizzative e cliniche	Margine di contribuzione	Mantenimento dell'equilibrio economico finanziario	I Margine di contribuzione anno corrente >= I Margine di contribuzione anno t-1	MdC ac > 80% MdC a t-1 Target raggiunto: 100% MdC ac > 60% MdC a t-1 Target raggiunto: 75% MdC ac > 30% MdC a t-1 Target raggiunto: 50% MdC ac < MdC a t-1 Target non raggiunto: 0%
A.1.4	Performance Organizzative e cliniche	Efficienza mobilità ospedaliera	Recupero della mobilità passiva ospedaliera Codice 3.d.1	Incremento del numero dei ricoveri per residenti in Basilicata con DRG rispetto all'anno precedente	N. ricoveri residenti Basilicata (Anno corrente) > N. ricoveri residenti Basilicata (anno precedente): 481 Trapianto di midollo osseo 075 Interventi maggiori sul torace 149 Interventi maggiori su intestino crasso 569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta 570 Interventi maggiori su intestino crasso e
A.1.7	Performance Organizzative e cliniche	GOM	Partecipazione attiva al GOM	% di Partecipazione al GOM di pertinenza (Il tasso di partecipazione verrà fornito dal responsabile del GOM)	Più di 80: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 80 e 50: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 50 e 30: obiettivo raggiunto al 50% Meno di 30: obiettivo non raggiunto
A.1.8.	Ricerca	Potenziamento della Ricerca scientifica	Produzione scientifica espressa in IF	Contribuzione del CdR alla produzione scientifica dell'Istituto calcolato come di seguito descritto: IFCdR = Valore di IF per CdR/Totale IF aziendale	se IFCdR <= 2% risultato 0 se 2 < IFCdR <= 7% risultato 35% se 7 < IFCdR <= 10% risultato 70% se IFCdR > 10% risultato 100%
A.1.9.	Trasparenza e prevenzione della corruzione	Rispetto degli adempimenti previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Garantire il rispetto degli adempimenti previsti in capo alla U.O. del Piano aziendale triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.	Assenza di rilievi da parte della Direzione aziendale o del RPCT	Assenza di rilievi da parte della Direzione aziendale o del RPCT 100% Rilievi sanati nei tempi previsti dal RPCT 50% Rilievi non sanati o non sanati nei tempi previsti dal RPCT 0%
A.1.10.	Obiettivi di Mandato	Rispetto dei tempi di attesa per Agende in Priorità (RAO)	Numero di agende RAO con tempi di attesa che rispettano gli standard previsti	Numero di agende RAO con tempi di attesa che rispettano gli standard previsti/Numero di agende RAO complessive	Più di 80: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 80 e 50: obiettivo raggiunto al 75%; Tra 50 e 30: obiettivo raggiunto al 50% Meno di 30: obiettivo non raggiunto
A.1.11.	Performance organizzative e cliniche aziendali	Appropriatezza Area Clinica	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui / numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella (Per il calcolo si farferimento al Protocollo PNE)	Maggiore o uguale a 150 casi: obiettivo raggiunto al 100%; Tra 135 e 149: Obiettivo raggiunto al 80%; Tra 134 e 120: Obiettivo raggiunto al 50%; Meno di 120: Obiettivo non raggiunto

3.3 Rischi corruttivi e trasparenza

3.3.2 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aggiornamento 2024-2026, è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 30/01/2024 ed è disponibile al seguente indirizzo URL:

https://www.crob.it/delibere_determine/approvazione-piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-triennio-2024-2026/

3.3.3 Misure di prevenzione 2024

Le misure di prevenzione 2024 sono riportate in Allegato n.1 al PTPTC.

3.3.4 Elenco degli obblighi di pubblicazione

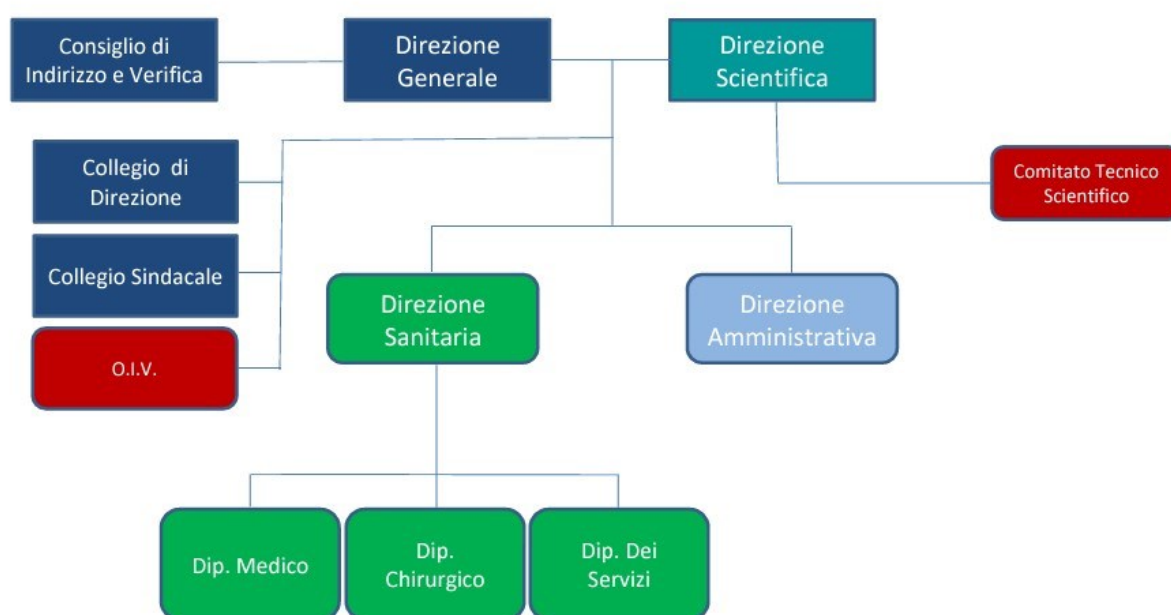
L'elenco degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2024 sono riportati in Allegato n.2 al PTPTC.

4 Sezione III – Organizzazione e Capitale Umano

4.2 Organizzazione

L'Istituto ha una organizzazione di tipo Dipartimentale. I Dipartimenti sono la sede in cui si esercita il governo clinico e hanno la caratteristica di gestire le risorse ad essi attribuite sia di personale che di beni e servizi, perseguendo finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. La gestione del Dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. 502/92, e ss.mm.ii. è affidata al Direttore di Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento garantisce il coordinamento delle attività di programmazione, realizzazione e monitoraggio delle attività dipartimentali ed è responsabile dell'appropriato utilizzo delle risorse assegnate al Dipartimento stesso. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa del Dipartimento e mantiene di norma la direzione della Unità Operativa di origine. I responsabili di Unità Operativa Complessa e di Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale rispondono direttamente al Direttore di Dipartimento e sono nominati dal Direttore Generale.

Di seguito si riporta l'Organigramma Aziendale definito nell'atto aziendale di cui alla Delibera del DG n. 2024/00160 del 15/03/2024 e successivamente approvato dalla regione Basilicata con DGR n. 2024/274 del 05/04/2024.



L'Istituto con delibera del D.G. n.258/2024 del 02/05/2024 a preso atto dell'approvazione dell'atto aziendale da parte della Regione Basilicata e ha definito il disciplinante intermedio fino alla piena attuazione del nuovo modello organizzativo.

4.3 Risorse Umane

Il personale dell'Istituto ha sviluppato una forte attenzione al paziente sia negli aspetti dell'accoglienza che negli aspetti clinici, le attività svolte sono improntate alle buone pratiche cliniche e orientate agli aspetti della ricerca più avanzata. I buoni risultati ottenuti dall'Istituto in termini di rapporto operatore-paziente sono imputabili all'impegno profuso quotidianamente dal personale che agisce con entusiasmo e passione ed all'attenzione posta dal management sulla gestione dell'operatività quotidiana.

La rilevazione in termini di unità di personale presenti al 31.12 del 2023 e del 2022 è riportata nella tabella seguente.

I valori di differenza negativi sono legati a personale cessato e non ancora sostituito. Per il personale dedicato alla ricerca si registra un significativo incremento di 21 unità pari a circa + 28%.

La grafica che segue riporta la composizione del personale.

	PERSONALE IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 31/12/2023 (al netto dei dipendenti in aspettativa e/o comando e/o distacco)	PERSONALE IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 31/12/2022 (al netto dei dipendenti in aspettativa e/o comando e/o distacco)	Diff. 2023 vs 2022
DIRIGENZA			
Dirigenza Sanitaria	17	16	1
Dirigenza Medica	63	68	-5
Dirigenza Amministrativa	3	3	0
Dirigenza Professionale	2	2	0
Totale personale della Dirigenza	85	89	-4
COMPARTO			
Ruolo Tecnico e Ruolo Socio Sanitario	80	85	-5
Ruolo Amministrativo	44	44	0
Ruolo Professionale	1	1	0
Ruolo Sanitario	205	203	2
Totale Personale del Comparto	330	333	-3
Totale Dirigenza e Comparto	415	422	-7
COMPARTO RICERCA (Piramide)	0	0	0
Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	11	9	2
Ricercatore sanitario	37	18	19
Totale Personale del Comparto Ricerca	48	27	21
TOTALE GENERALE	463	449	14

La programmazione dei fabbisogni del personale per il triennio 2023-2025 è stata sviluppata con i seguenti atti:

- Deliberazione n. 478 del 19/12/2023 "DGR DI BASILICATA N. 824 DEL 30.11.2023 - ART. 6 D.LGS. N. 165/2001 – D.M.8/5/2018 – DGR 799/2019-APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 – PRESA D'ATTO - ADOZIONE DEFINITIVA";
- Deliberazione del Direttore Generale F.F. n. 392 del 02/11/2023 "PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2024- 2026"

La programmazione dei fabbisogni di personale per l'anno 2024 prevede quanto di seguito riportato:

a) Nuove assunzioni:

- n. 1 Direttore di struttura complessa di Oncologia;
- n. 1 Direttore di struttura complessa di Urologia;
- n. 1 Direttore di struttura complessa di Chirurgia generale indirizzo addominale;
- n. 1 Direttore di struttura complessa di Chirurgia generale indirizzo senologico;
- n. 1 Dirigente medico di Anatomia Patologica;
- n. 5 Dirigente medico di Anestesia;
- n. 1 Dirigente medico di Cardiologia;
- n. 2 Dirigente medico di Chirurgia Addominale;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Senologica;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Plastica;
- n. 1 Dirigente medico di Chirurgia Toracica;
- n. 1 Dirigente medico di Radioterapia;
- n. 1 Dirigente medico di Dermatologia;
- n. 3 Dirigente medico di Diagnostica per Immagini;
- n. 1 Dirigente medico di Direzione Sanitaria;
- n. 1 Dirigente medico di Ematologia;
- n. 1 Dirigente medico di Ginecologia;
- n. 1 Dirigente medico di Medicina Legale;
- n. 1 Dirigente medico di Nefrologia;
- n. 1 Dirigente medico di Urologia;
- n. 6 Dirigente biologo per Direzione Scientifica;
- n. 1 Dirigente Professionale;
- n. 1 Dirigente Amministrativo;
- n.1 Collaboratore Tecnico Ingegnere informatico cat.D;
- n.7 Collaboratori amministrativi (sono riservati n.2 posti per le progressioni tra le aree, di cui l'art. 20 del CCNL 2019/2021);
- n.8 C.P.S. Tecnico Sanitario di Radiologia Medica;
- n. 4 Tecnico Laboratorio biomedico;
- n. 12 Infermieri;
- n.9 OSS.

4.4 Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)

La legislazione nazionale, con l'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, propone di promuovere il lavoro agile «quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro».

Con la Direttiva n. 3 del 2017 in materia di lavoro agile a firma del Presidente del Consiglio dei Ministri e della Ministra Madia possiamo dire che si è avviata ufficialmente la stagione del “lavoro agile” nelle Pubbliche Amministrazioni.

Con direttiva del 29 dicembre 2023, il Ministro per la Pubblica Amministrazione invita gli Enti pubblici ad attenersi a quanto definito dal CCNL in tema di lavoro agile, che deve essere regolato da appositi contratti individuali sottoscritti dal dipendente e dal proprio Responsabile. Viene comunque garantita la possibilità per i lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, a svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Sulla base della normativa in essere, l'Istituto ha adottato il Regolamento d'Istituto in materia di lavoro agile con Deliberazione del Direttore Generale n.204 del 28.03.2024 successivamente integrato e modificato con Deliberazione del Direttore Generale n.365 del 25.06.2024.

4.5 Formazione

Il Piano di formazione aziendale per l'anno 2024 è in fase di definizione.

5 Sezione IV – Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio dei risultati conseguiti. Il monitoraggio coinvolge le diverse componenti dell'Istituto e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009.

Come previsto dal SMVP (sistema di misurazione e valutazione delle performance) l'Istituto avvia un monitoraggio intermedio sul grado di attuazione degli obiettivi di performance istituzionali rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di adottare tempestivamente, in corso d'anno, eventuali azioni correttive al fine di evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati. Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate all' OIV.

Il monitoraggio e le verifiche relative agli obiettivi di performance rientrano tra le competenze di ciascun responsabile/direttore di CdR con il supporto del controllo di gestione aziendale.

La Direzione Aziendale monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso un cruscotto di indicatori reso disponibile sul sistema datawarehouse aziendale.

Tra gli strumenti di supporto per il monitoraggio periodico relativo al raggiungimento degli obiettivi aziendali e dei CdR c'è inoltre il Rapporto di Controllo di Gestione pubblicato trimestralmente e la reportistica ad hoc elaborata dal Controllo di Gestione.

Il ciclo della performance si chiude annualmente con la Relazione sulla Performance che riporta, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione sulla performance è redatta dal Controllo di Gestione entro il 30 giugno di ciascun anno.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base annuale da parte dell'OIV. Infatti, secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009, l'OIV svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Istituto rispetto agli obiettivi programmati, segnalando alla Direzione Aziendale l'eventuale esigenza di interventi correttivi; valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance verificando la corretta attuazione di quanto previsto nel SMVP.

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è effettuata secondo le indicazioni di ANAC. In particolare, il RPCT e i referenti di supporto alle attività del RPCT assicurano:

- il monitoraggio periodico del PTPC, al fine di verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione ivi previste e la loro idoneità;
- un'attività di controllo sull'attuazione da parte delle strutture dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- la segnalazione dei casi di inadempimento, ritardato adempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione al RPCT;
- la segnalazione al RPCT delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Per quanto concerne il raggiungimento degli obiettivi di performance inerenti la prevenzione della corruzione, il monitoraggio avviene all'interno dei processi specifici previsti dal Sistema di Misurazione e Valutazione della performance aziendale.

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla legge n. 190/2012 e ss.mm.ii., e rappresenta essa stessa l'oggetto di una complessa disciplina normativa.

Il RPCT assicura il monitoraggio periodico del rispetto del piano della trasparenza verificando l'effettiva pubblicazione degli obblighi di trasparenza in capo all'Istituto, inoltre entro il 31/01 di ciascun anno redige una relazione a consuntivo circa l'attuazione di quanto previsto dal PTT.

L'OIV svolge il monitoraggio annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza così come previsto dalle linee guide ANAC in materia.