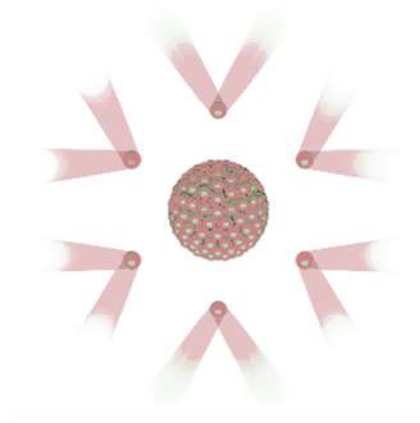
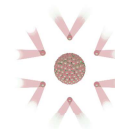


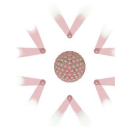
Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione
dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari
per il triennio 2022-2024.



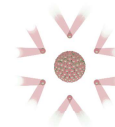


Indice

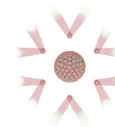
1.	Introduzione	8
1.1.	Premessa	8
1.2.	Contenuti	11
2.	Sezione di presentazione dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari	17
3.	Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione	20
3.1.	Sottosezione Valore Pubblico	20
3.2.	Sottosezione Performance	34
3.2.1.	Analisi generale assistenza in regime di ricovero	34
3.2.1.1.	Analisi Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico	40
3.2.1.2.	Analisi Chirurgia Toracica	42
3.2.1.3.	Analisi Ematologia	45
3.2.1.4.	Analisi Oncologia Interventistica	48
3.2.1.5.	Analisi Oncologia Medica	51
3.2.1.6.	Analisi Chirurgia Oncologica Indirizzo Senologico	54
3.2.1.7.	Analisi Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	57
3.2.1.8.	Analisi Ginecologia Oncologica Clinicizzata	60
3.2.1.9.	Analisi Oncologia Medica Patologa Polmonare	62
3.2.1.10.	Analisi Otorinolaringoiatria	64
3.2.1.11.	Analisi Urologia	67
3.2.1.12.	Analisi Anestesia e TIPO	70
3.2.2.	Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale	74
3.2.3.	Analisi generale sull’equilibrio economico-finanziario	82
3.3.	Un piano di rilancio dell’Istituto	86
3.4.	Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività	99
3.4.1.	Gli obiettivi strategici	100
3.4.1.1.	Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.	100
3.4.1.2.	Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022	102
3.4.1.3.	Obiettivi di performance assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica	104
3.4.2.	Le azioni e gli obiettivi conseguenti	105
3.4.2.1.	Conservazione dell’equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	105



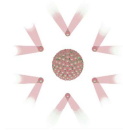
3.4.2.1.1.	Dipartimento Chirurgico	105
3.4.2.1.2.	Dipartimento Medico	106
3.4.2.1.3.	Dipartimento Terapia e Diagnostica per Immagini.....	107
3.4.2.1.4.	Dipartimento dei Servizi	107
3.4.2.1.5.	Dipartimento di Staff e della Gestione.....	108
3.4.2.1.6.	Potenziamento della ricerca	109
3.4.2.1.7.	Miglioramento organizzativo	110
3.4.2.1.8.	Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta	111
3.4.2.1.9.	Obiettivi concernenti il miglioramento della qualità percepita.....	114
3.4.2.1.10.	Obiettivi concernenti la Sanità Elettronica e la transizione digitale.....	114
3.4.2.1.11.	Obiettivi concernenti la Trasparenza ed Anticorruzione.....	115
3.4.2.1.12.	Obiettivi concernenti le «Good Practices» nel trattamento del personale.....	115
3.5.	Misurazione e valutazione della Performance	116
3.5.1.	Premessa	116
3.5.2.	La valutazione della performance organizzativa	121
3.5.3.	Le fasi relative al ciclo della performance.....	122
3.5.4.	L'attribuzione degli obiettivi	123
3.5.5.	La misurazione degli obiettivi.....	124
3.5.6.	La valutazione partecipativa.....	125
3.5.7.	La valutazione della performance organizzativa	126
3.5.8.	La valutazione della performance individuale	126
3.5.9.	Valutazione non condivisa.....	131
3.5.10.	Procedura Conciliativa.....	131
3.5.11.	Valutazione negativa	132
3.6.	Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	132
3.6.1.	Introduzione.....	132
3.6.2.	Procedimento di elaborazione e adozione del Piano "Rischi Corruttivi e Trasparenza"	133
3.6.3.	Obiettivi strategici	134
3.6.4.	Coordinamento con il Piano delle Performance.....	134
3.6.5.	Analisi del contesto esterno	135
3.6.5.1.	Assistenza Clinica	136
3.6.5.2.	Ricerca	136
3.6.5.3.	Formazione e didattica	137



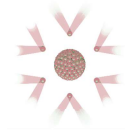
3.6.5.4.	Sperimentazione	137
3.6.5.5.	Indice demografico	139
3.6.5.6.	Indice occupazione/disoccupazione (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)	140
3.6.5.7.	Indice criminalità	142
3.6.5.8.	Emergenza Epidemiologica	143
3.6.6.	Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione	143
3.6.6.1.	Direttore Generale	143
3.6.6.2.	Responsabile RPCT	144
3.6.6.3.	Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.	144
3.6.6.4.	Network Sanità	144
3.6.6.5.	O.I.V.	145
3.6.6.6.	Referenti interni	145
3.6.6.7.	Ufficio Procedimenti Disciplinari	145
3.6.6.8.	Dipendenti e Collaboratori	146
3.6.6.9.	Consiglio di indirizzo e verifica	146
3.6.6.10.	Comitato Etico	147
3.6.6.11.	Comitato Unico di garanzia	147
3.6.6.12.	Collegio Sindacale	148
3.6.6.13.	Comitato Consultivo Misto	148
3.6.6.14.	Collegio di Direzione	148
3.6.7.	Contesto interno	149
3.6.8.	Mappatura processi	151
3.6.9.	10. Valutazione del rischio	152
3.6.10.	Monitoraggio e riesame	156
3.6.11.	Stato di attuazione delle misure	157
3.6.12.	Misure generali e specifiche	157
3.6.13.	Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)	158
3.6.14.	Incarichi extra-istituzionali (MG-02)	159
3.6.15.	Incompatibilità successiva (MG-03)	159
3.6.16.	Astensione per conflitto di interessi (MG-04)	160
3.6.17.	Rotazione del personale (MG-05)	162
3.6.18.	Codice di Comportamento (MG-06)	163
3.6.19.	Segnalazioni illecite (MG-07)	164
3.6.20.	Formazione del personale (MG-08)	165
3.6.21.	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)	165



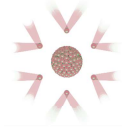
3.6.22.	Gestore segnalazioni UIF (MG-10).....	166
3.6.23.	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11).....	166
3.6.24.	Patto di integrità (MG-12)	167
3.6.25.	Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01).....	167
3.6.26.	Sponsorizzazioni (MS-02).....	169
3.6.27.	Sperimentazioni (MS-03).....	170
3.6.28.	Attività conseguenti al decesso (MS-04).....	171
3.6.29.	Donazioni e comodati d'uso (MS-05).....	171
3.6.30.	ALPI e Liste di attesa (MS-06)	171
3.6.31.	Alienazione immobili (MS-07)	172
3.6.32.	Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)	172
3.6.33.	Benessere organizzativo	173
3.6.34.	Azioni di coinvolgimento della società civile	174
3.6.35.	Emergenza epidemiologica Covid-19	174
3.6.36.	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	175
3.6.37.	Trasparenza amministrativa (MG-13)	175
3.6.38.	Accesso Civico semplice e generalizzato	177
3.6.39.	Trasparenza e Privacy	178
4.	Sezione Organizzazione e Capitale Umano	179
4.1.	Sottosezione Organizzazione.....	179
4.1.1.	Il modello organizzativo.....	179
4.1.2.	Dipartimento Area Chirurgica.	184
4.1.2.1.	Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.	184
4.1.2.2.	Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.....	185
4.1.2.3.	Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria.	185
4.1.2.4.	Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.....	186
4.1.2.5.	Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico. .	187
4.1.2.6.	Struttura Semplice Dipartimentale di Ginecologia Oncologica.....	187
4.1.2.7.	Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.	188
4.1.2.8.	Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.....	188
4.1.2.9.	Struttura Semplice Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. ...	189
4.1.2.10.	Struttura Semplice di Otorinolaringoiatra e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.	189
4.1.3.	Dipartimento Area Medica.	190
4.1.3.1.	Struttura Complessa di Ematologia.....	190



4.1.3.2.	Struttura Complessa di Oncologia Medica.....	191
4.1.3.3.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica....	191
4.1.3.4.	Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.	192
4.1.3.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.	192
4.1.4.	Dipartimento Diagnostica e Terapia per Immagini.	193
4.1.4.1.	Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica.....	193
4.1.4.2.	Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica.....	195
4.1.4.3.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica.....	196
4.1.4.4.	Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica.....	196
4.1.4.5.	Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria.....	197
4.1.5.	Dipartimento dei Servizi.....	197
4.1.5.1.	Struttura Complessa di Anatomia Patologica.....	198
4.1.5.2.	Struttura Complessa di Oncologia Sperimentale e Biobanca.....	199
4.1.5.3.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica.....	199
4.1.5.4.	Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica.....	200
4.1.5.5.	Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica.....	201
4.1.6.	Dipartimento di Staff.....	201
4.1.6.1.	Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.	201
4.1.6.2.	Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali.....	202
4.1.6.3.	Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità.....	202
4.1.6.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie.....	203
4.1.6.5.	Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione.....	203
4.1.6.6.	Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione.....	203
4.1.7.	Dipartimento della Gestione.....	203
4.1.7.1.	Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici.....	204
4.1.7.2.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie.....	204
4.1.7.3.	Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane.....	204
4.1.7.4.	Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti.	204
4.2.	Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile.....	205
4.2.1.	Introduzione.....	205
4.3.	Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale.....	206
4.3.1.	Generalità.....	206
4.3.2.	Analisi del fabbisogno di personale.....	206



4.3.3.	La pianificazione del fabbisogno	209
4.3.4.	Il fabbisogno formativo	216
4.3.5.	Il bilancio di genere ed il Piano delle Azioni Positive	228
5.	Sezione Monitoraggio	234



1. Introduzione

1.1. Premessa

Il Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017 aveva sinora previsto la predisposizione del cosiddetto Piano della Performance.

In aderenza all'art. 10 del citato D.Lgs. n.150/2009, il Piano della Performance veniva adottato in coerenza con il ciclo della programmazione economico-finanziaria, di Bilancio dell'Istituto e con quello della programmazione strategica. La finalità era quella di assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale e rendere partecipe il personale e gli utenti.

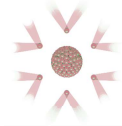
Secondo quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, difatti, il Piano riportava:

- gli indirizzi e gli obiettivi generali e specifici dell'Istituto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori.

Il recente D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", entrato in vigore in data 10 giugno 2021 e convertito in Legge n. 113 il 6 agosto 2021, all'art. 6 ha modificato tale disposizione prevedendo che ***“per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, (...) adottano il Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO)*** nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il contenuto di tale PIAO che ha la medesima copertura triennale a scorrimento annuale del Piano Triennale della Performance è chiarito sempre all'art. 6, dove si potrà ben osservare che esso ingloba, in una visione sinottica ed integrata, anche i contenuti di ulteriori pianificazioni della Pubblica Amministrazione previste dalla vigente normativa:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze



tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

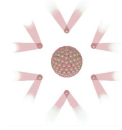
- c. compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e. l'elenco delle procedure da semplificare e reinquadrare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

9

In altri termini, nel PIAO si prevede la confluenza oltre che del Piano triennale della Performance, anche di altre pianificazioni previste dall'attuale normativa:

- il Programma Operativo del Lavoro Agile di cui all'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui al Comma 2-bis dell'art. 1 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e ss. mm. ii.;
- Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale di cui al Comma 2 dell'art 6 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e ss. mm. ii.;

di altre specifiche pianificazioni, la cui integrazione nel "Piano della Performance" era già stata stabilita:



- Art. 12 del D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 “Codice dell'amministrazione digitale” per l’attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione e della Circolare n. 3 del 1 ottobre 2018 del Ministro per la Pubblica Amministrazione;
- Art. 48 del DECRETO LEGISLATIVO 11 aprile 2006, n. 198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna”

ed infine del risultato del Piano Aziendale di Formazione annuale o pluriennale da trasmettere all’Organismo Regionale per la Formazione in Sanità ex Deliberazione di Giunta Regionale n. 394 del 5 marzo 2012 ed oggi sicuramente rientrante nel PIAO.

Una siffatta visione è sicuramente armonizzata e finalizzata alla concreta implementazione del miglioramento continuo della Pubblica Amministrazione dove il servizio al cittadino è al centro dell’attenzione e la semplificazione ed efficienza dei procedimenti, la trasparenza e l’etica dei comportamenti sono i paradigmi irrinunciabili del loop di programmazione, implementazione, verifica ed adeguamento organizzativo.

Ciò è di particolare valenza proprio nel settore della Sanità dove risorse esigue, aumento dei costi delle cure e prolungamento dell’aspettativa di vita pongono sfide in cui l’organizzazione necessita di rapida evoluzione ed adattamento.

Il Comma 6 del citato Art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 prevede inoltre che, **con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione**, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, entro il 31 marzo 2022, sarebbe stato adottato un PIAO “tipo” in cui fossero definite modalità semplificate ed esemplificate, quale strumento di supporto per l’adozione da parte delle pubbliche amministrazioni.

Difatti, in data 2 dicembre 2022 il Ministero della funzione pubblica ha ricevuto l’approvazione del PIAO “tipo” presentato alla Conferenza Unificata ed è in fase di preparazione il relativo decreto.

Inoltre, sempre all’art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, comma 6-bis, è previsto che *“in sede di prima applicazione il PIAO delle PP.AA. è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:*

a) *articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;*

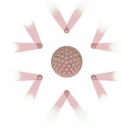
b) *articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124;*

di divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano della Performance;

c) *articolo 6, comma 6, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.*

di blocco delle assunzioni del personale a qualsiasi titolo.

Ritenendo comunque che, in virtù del nulla osta già emesso dalla Conferenza Unificata sulle *“Linee Guida per la compilazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)”*, a queste ultime non potranno essere apportate variazioni significative, la Direzione Strategica dell’Istituto ha inteso comunque redigere il presente Piano secondo lo schema di riferimento del futuro PIAO, ferma restando la sua revisione obbligatoria una volta che il Decreto Ministeriale sarà definitivamente pubblicato.



1.2. Contenuti

Il presente Piano è pertanto articolato in 4 sezioni:

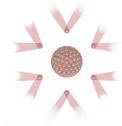
- Sezione 1 - L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari
- Sezione 2 – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, a sua volta articolata in 3 sottosezioni:
 - Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico
 - Sottosezione 2.2 - Performance
 - Sottosezione 2.3 - Rischi Corruttivi e Trasparenza
- Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano, a sua volta articolata in 3 sottosezioni:
 - Sottosezione 3.1 - Struttura organizzativa
 - Sottosezione 3.2 - Organizzazione del lavoro agile
 - Sottosezione 3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale
- Sezione 4 - Monitoraggio

La **Sezione 1** contiene le informazioni utili ad identificare l'Istituto, la sua peculiare natura e le sue specifiche attività. Ne descrive sommariamente la storia e la sua collocazione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale nonché della Ricerca Traslazionale quale Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico.

Nella **Sezione 2**, la **Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico** descrive gli **obiettivi strategici** del Piano in una prospettiva di Valore Pubblico ossia dell'impiego delle risorse per il servizio istituzionale ai cittadini, la tutela della Salute, principalmente dei pazienti oncologici, nel caso di specie.

Tutto il Piano ed in particolare questa Sottosezione e la seguente - praticamente corrispondenti al precedente Piano Triennale della Performance – è redatto secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, già ampiamente recepite negli anni precedenti, che si ispirano ai seguenti principi generali:

- **Trasparenza**: l'Istituto pubblica il Piano sul proprio sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" e lo presenta nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, nell'ambito di apposite giornate dedicate alla trasparenza, alle associazioni degli utenti e alle organizzazioni sindacali;
- **Immediata intellegibilità**: al fine di garantire facilità di comprensione agli stakeholders esterni (istituzioni, utenti, cittadini, associazioni di categoria, ecc.) il piano viene proposto in forma schematica;
- **Veridicità e verificabilità**: per ciascun indicatore di misurazione e di valutazione della performance individuato nel piano, viene indicato la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tutti tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi, e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni o eventi straordinari. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico-amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli;



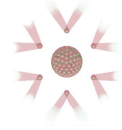
- **Partecipazione:** il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholders esterni, dei quali vengono individuate, raccolte e recepite aspettative ed attese, al fine di favorire la promozione partecipativa, le pari opportunità ed il miglioramento del benessere organizzativo nonché gli esiti attesi dell'attività assistenziale erogata;
- **Coerenza interna ed esterna:** al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interne);
- **Orizzonte pluriennale:** l'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto degli anni del Piano con la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1 lettera b), del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., che evidenzia a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali conseguiti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, con la rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

Gli obiettivi strategici riprendono completamente – integrandoli in un razionale compiuto – quelli assegnati alla Direzione Strategica da parte del Comitato di Indirizzo e Vigilanza, quelli di performance ed economico – gestionali definiti per le Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. da parte della Regione Puglia, gli obiettivi vincolanti di mandato e quelli previsti dal contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dal Direttore Generale pro – tempore, gli obiettivi L.E.A. nonché dagli interventi operativi previsti dalle norme emergenziali nazionali e/o regionali a seguito dell'attuale andamento della pandemia per SARS-Cov-2 e relative azioni di contrasto della diffusione.

Tale descrizione, secondo linea guida, è resa con linguaggio semplice attraverso la risposta alle seguenti domande:

- a) Identificazione del Valore Pubblico principale ed eventuali Valori Pubblici secondari
- b) Individuazione degli obiettivi strategici atti a favorire la creazione/incremento dei Valori Pubblici
- c) Soggetti cui è indirizzato il servizio pubblico ed eventuali altri "stakeholders"
- d) Tempistiche di implementazione e milestones delle strategie?
- e) Indicatori di conseguimento globale o parziale degli obiettivi in termini di Valore Pubblico e loro misurazione con individuazione del valore di partenza (baseline) di arrivo (target) e delle fonti informative per la misurazione degli stessi.

Gli obiettivi generali e specifici individuati dall'Istituto Tumori mirano a migliorare la qualità della vita e di salute del cittadino/paziente, fine ultimo cui devono essere orientati tutti gli sforzi di miglioramento delle performance dell'Istituto ed a cui devono essere sempre orientati gli obiettivi specifici-operativi di cui alla Sottosezione 2.2.



L'Istituto vigilerà sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli outcome di tutto il processo organizzativo cui il presente documento sottende.

Anche la **Sottosezione 2.2 - Performance**, secondo linee guida, **ripercorre la struttura dei precedenti Piani Triennali della Performance**, (cfr. Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento delle Funzioni Pubbliche – Ufficio per la valutazione della performance).

In essa viene descritto, il **contesto esterno ed interno** nel quale l'Istituto si trova ad operare, con particolare riferimento alla **struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati**. Il **contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite**, la **descrizione dell'attuale assetto organizzativo** e dei principi di riferimento.

Partendo da tale base, sono descritti:

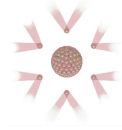
- a) La declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi;
- b) Le attività che si reputano necessarie al conseguimento degli obiettivi operativi;
- c) L'attribuzione di tali obiettivi operativi ai Direttori di Struttura Complessa o Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale (eventualmente in condivisione o con il contributo di soggetti esterni), secondo il principio di competenza;
- d) Soggetti cui è indirizzato il risultato dell'obiettivo operativo ed eventuali altri "stakeholders";
- e) Tempistiche di implementazione e milestones degli obiettivi operativi;
- f) Indicatori di conseguimento globale o parziale degli obiettivi operativi e loro misurazione con individuazione del valore di partenza (baseline) di arrivo (target) e delle fonti informative per la misurazione degli stessi.

In essa sono inclusi gli obiettivi operativi connessi alla transizione digitale, alla semplificazione e re-ingegnerizzazione procedurale, alla piena accessibilità in presenza e virtuale dei servizi, alla parità di genere.

Infine, la Sottosezione descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti e all'individuazione di azioni di miglioramento del processo, nonché gli strumenti per la valutazione del personale.

La **Sottosezione 2.3 - Rischi Corruttivi e Trasparenza**, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti, ai sensi della legge n. 190 del 2012, dall'organo di indirizzo, sono formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

La Sottosezione contiene, secondo le indicazioni del Piano nazionale anticorruzione (PNA) e degli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

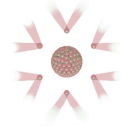


Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e contenere rischi corruttivi, sulla base delle indicazioni del PNA, sono i seguenti:

- Valutazione di impatto del contesto esterno per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- Valutazione di impatto del contesto interno per evidenziare se la mission dell'Istituto e/o la sua struttura organizzativa, possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa;
- Mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti (quindi analizzati e ponderati con esiti positivo).
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. Individuati i rischi corruttivi le amministrazioni programmano le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Devono essere privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Particolare favore va rivolto alla predisposizione di misure di digitalizzazione.
- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.
- Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.

Nella **Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano**, la **Sottosezione 3.1 – Struttura Organizzativa** descrive il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente mediante:

- L'organigramma;
- La descrizione delle funzioni organizzative svolte da ciascuna Struttura Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale ed i livelli di responsabilità organizzativa, nonché le fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali ed assimilabili (posizioni organizzative);
- L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio distinte tra dirigenza e comparto, tipologia e specializzazione;
- Le specificità del modello organizzativo connesse alla funzione della ricerca;
- Gli interventi ed azioni necessarie ad assicurare la coerenza organizzativa con gli obiettivi di valore pubblico identificati.



La **Sottosezione 3.2 – Organizzazione del lavoro agile** descrive la strategia di implementazione nell'Istituto delle prestazioni lavorative in regime di telelavoro, la cui applicazione era già stata autorizzata dall'art. 18 comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, e che in corso di emergenza pandemica si è trasformata nella modalità ordinaria di prestazione in virtù dell'articolo 87, comma 1, del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020, ritornata poi modalità speciale a seguito della pubblicazione del D.P.C.M. del 23 settembre 2021 e successivamente sottoposta ad un regime di revisione con le specifiche Linee Guida per le pubbliche amministrazioni promulgate con Decreto del Ministro della P.A. dell'8 ottobre 2021, in attesa di specifica contrattazione collettiva nazionale al riguardo.

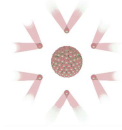
La sottosezione descrive quindi il sistema di garanzie che da una parte tutelino la capacità di erogazione di servizi da parte dell'Istituto in termini di efficacia ed efficienza laddove alcune prestazioni lavorative vengano erogate in regime di telelavoro rispetto a quello in presenza e dall'altra forniscano ampie tutele dei diritti dei lavoratori e degli utenti in tale differente modalità.

Nella Sottosezione sono quindi individuate le attività, gli approntamenti e gli obiettivi corrispondenti, per l'armonizzazione tecnologico-organizzativa dell'Istituto alle precitate "Linee Guida", onde implementare un sistema organizzativo del telelavoro che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze dei lavoratori con le esigenze organizzative dell'Istituto, consentendo, allo stesso tempo anche il miglioramento dei servizi pubblici e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

La Sottosezione comprende una prima parte indicata come "condizionalità e fattori abilitanti" che descrive l'evoluzione prospettata del sistema tecnologico-organizzativo dall'attuale situazione a quella maggiormente conforme alle citate Linee Guida, con particolare riguardo a:

- dotazioni tecnologiche individuali;
- sistemi per la sicurezza e resilienza della connettività;
- sistemi di autenticazione ed autorizzazione all'accesso;
- protocolli e modalità di collegamento alla Postazione di lavoro ed agli strumenti condivisi di produttività;
- revisione e verifica dei criteri di redazione degli accordi individuali;
- individuazione delle prestazioni erogabili in "telelavoro" per singole strutture e coefficienti di contemporaneità del personale in lavoro agile;
- attività formative abilitanti (dirigenti: strumenti informatici, tecniche di organizzazione del lavoro e di verifica, comparto: strumenti informatici e sicurezza del lavoro).

La seconda parte della Sottosezione declina invece gli specifici obiettivi connessi all'erogazione di servizi in telelavoro sia di tipo amministrativo, ma anche e non certo

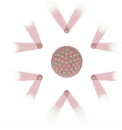


trascurabili, per le potenzialità di efficientamento, quelli relativi ai servizi di telemedicina, ed individuazione delle misurazioni delle performance relative.

La terza parte della Sottosezione 3.2 pertanto, proprio in virtù di tali elevatissime potenzialità, indirizza i potenziali contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione).

Ultima delle Sottosezioni della Sezione 3 è la **Sottosezione 3.3 - Piano triennale dei fabbisogni di personale**, la quale riporta:

- La rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno 2021, accompagnata dalla descrizione del personale in servizio suddiviso in relazione ai profili professionali presenti ed alla tipologia contrattuale;
- La programmazione strategica triennale delle risorse umane, la quale descrive la distribuzione della capacità assunzionale e l'allocazione mirata delle professionalità disponibili in correlazione all'ottimale conseguimento degli obiettivi di valore pubblico e di performance designati nelle precedenti parti del PIAO, sia in termini di servizi, ma anche di cambiamento dei modelli organizzativi. Vengono naturalmente tenuti in debito conto vincoli e criteri connessi a:
 - Capacità assunzionale, vincolata dalle normative e limiti di spesa;
 - Trend delle cessazioni, tenendo conto dei pensionamenti e delle cessazioni volontarie;
 - Previsioni dell'evoluzione dei bisogni, in funzione di:
 - Potenziamento e dismissione di servizi/attività/funzioni;
 - Esternalizzazioni e internalizzazioni di servizi/attività/funzioni;
 - Digitalizzazione di processi, introduzione di modificazioni organizzative, di tecniche e tecnologie emergenti o altri fattori interni/esterni che richiedono (riduzione/aumento del numero degli addetti e/o individuazione di addetti con competenze diversamente qualificate);
 - La strategia di copertura del fabbisogno sulla base delle prioritizzazioni strategiche, mediante:
 - Trasformazione dell'allocazione delle risorse: trasferimenti, assegnazioni condivise, fra servizi/settori/aree;
 - Modificazioni di livello/inquadramento del personale: progressione di carriera, riqualificazione funzionale (formazione/TOTJ), job enlargement, stabilizzazioni, ricorso a forme flessibili di lavoro;;
 - Soluzioni esterne: mobilità esterna in/out o altre forme di assegnazione temporanea di personale tra PPAA(comandi e distacchi) e con il mondo privato (convenzioni), concorsi;
 - La formazione del personale, indicando:



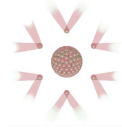
- le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;
- le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative;
- le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione);
- gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo.

Chiude il PIAO, la **Sezione 4 relativa al Monitoraggio del Piano** stesso. In essa sono descritti gli strumenti (fonti informative), le modalità (indicatori), i valori di riferimento (target) ed i responsabili del monitoraggio stesso. In particolare, il monitoraggio:

- della "Sottosezione – Valore Pubblico" verrà effettuato sugli esiti della strategia descritta rispetto ai benchmark di salute che a livello nazionale fanno riferimento al Piano Nazionale Esiti ed al Sistema di rilevazione del MES -Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, mentre al livello regionale si verificherà la "compliance" con gli obiettivi strategici assegnati ed il relativo posizionamento tramite il Sistema Direzionale Regionale Edotto;
- della "Sottosezione – Performance" secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, attraverso l'individuazione, per ogni struttura complessa o semplice a valenza dipartimentale, della matrice di declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi specifici, oggettivamente ricadenti nell'ambito di responsabilità "controllabile" del Dirigente di struttura, con indicazione delle fonti informative, degli indicatori, dei valori "target" per il conseguimento completo o parziale dell'obiettivo, dei responsabili del monitoraggio e della percentuale della performance complessiva attribuita;
- della "Sottosezione - Rischi corruttivi e trasparenza" secondo le indicazioni dell'ANAC;
- della "Sezione - Organizzazione e capitale umano" attraverso valutazione della coerenza con gli obiettivi strategici su base triennale da parte dell'OIV/Nucleo di valutazione.

2. Sezione di presentazione dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), persona giuridica di diritto pubblico, di rilevanza nazionale nella specializzazione disciplinare ONCOLOGIA, non trasformato in fondazione, confermato con



D.M. Salute del 30 maggio 2014 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19-6-2014, e successivo D.M. Salute del 06 maggio 2019 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 130 del 05 giugno 2019

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori, gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori istituito con Decreto Prefettizio del 19 gennaio 1933, n. 264243. Successivamente, con decreto del Presidente della Regione Puglia n.1058 del 20 maggio 1976 è stato costituito quale Ente Ospedaliero e dichiarato Ospedale Specializzato in Oncologia e con decreto interministeriale del 13 maggio 1985 l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

L'Istituto ha la propria sede di proprietà nell'ex Ospedale "DOMENICO COTUGNO" sito in Bari, in via Orazio Flacco, n. 65.

L'Istituto persegue gli obiettivi di ricerca stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale. Esso si pone quale polo di eccellenza per le attività di ricerca pre-clinica, traslazionale e clinica, e di assistenza per le patologie oncologiche ed ematologiche.

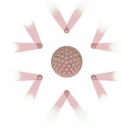
L'inscindibilità, la reciprocità e il continuum funzionale tra clinica e ricerca costituisce un plusvalore di indubbia positiva portata, la cui presenza simultanea riconosce all'Istituto la certificazione, (con data di emissione del certificato di accreditamento il giorno 12 febbraio 2015), di Clinical Cancer Center, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECI).

L'accreditamento internazionale conferma che l'Istituto rispetta gli standards internazionali in specifico per la multidisciplinarietà, la ricerca/innovazione e la qualità delle prestazioni assistenziali che caratterizzano la sua attività giornaliera.

La salvaguardia della dignità e della salute complessiva della persona, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, è il riferimento valoriale condiviso di tutte le sue attività.

La "mission" dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono l'approccio multidisciplinare alla patologia e la creazione di una rete di collaborazione/condivisione tra le strutture Oncologiche della Regione Puglia, Nazionali e Internazionali.

L'Istituto è un soggetto strutturale del Servizio Sanitario Regionale e risponde alla missione indicata dalla Regione Puglia ... di "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di supportare le autorità regionali nella formulazione dei programmi, nella standardizzazione di metodiche diagnostico - terapeutiche per la validazione dei protocolli.



Presso l'Istituto ha altresì sede il Centro di Coordinamento del Registro Tumori Puglia, istituito con DGR 1500/2008.

L'istituto, in conformità ai principi stabiliti dal D. Lgs. n. 288/03, nonché alle norme e disposizioni nazionali e regionali di programmazione sanitaria, persegue le seguenti finalità:

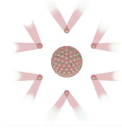
- svolgere, nella disciplina di oncologia, attività di assistenza sanitaria di tipo clinico e traslazionale e di ricerca scientifica biomedica e sanitaria, integrandole strategicamente in funzione della natura di Istituto a carattere scientifico della struttura;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- sviluppare, in adesione alla rete nazionale degli IRCCS oncologici, criteri condivisi per la scelta, l'utilizzo e la valutazione di programmi di Valutazione Esterna della Qualità degli Istituti Oncologici Integrati;
- promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali;
- promuovere la ricerca in campo biomedico e biotecnologico, e sui servizi sanitari in oncologia, al fine di trasferirne i risultati nei processi assistenziali del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale;
- supportare, mediante idonee modalità ed appositi accordi con le Università, percorsi di istruzione e formazione pre e post-laurea negli ambiti delle scienze mediche e sanitarie, della ricerca biomedica, delle discipline infermieristiche e delle professioni sanitarie, delle discipline giuridico-economiche e tecniche.

19

Il logo dell'Istituto è rappresentato dall'immagine storicamente utilizzata della cellula tumorale aggredita dalla "terapia", che rappresenta la mission delle attività assistenziali e di ricerca.



In virtù della recente emissione delle Linee Guida sull'Hospitality da parte della Regione Puglia, le quali impongono un'immagine standardizzata e ben riconoscibile per tutti i presidi del Servizio Sanitario Regionale, esso è stato affiancato su tutti i documenti dall'intestazione grafica seguente:



3. Sezione Valore Pubblico, Performance ed Anticorruzione

3.1. Sottosezione Valore Pubblico

Stante la specifica vocazione dell'Istituto verso la prevenzione, diagnosi, terapia medica, chirurgica e riabilitativa dei tumori perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e la designazione dell'Istituto - soggetto pubblico strutturale del Servizio Sanitario Regionale – quale "Centro di riferimento oncologico regionale", il suo Valore Pubblico deve essere commisurato al bisogno espresso dalla popolazione regionale di riferimento riguardo alle patologie tumorali ed assimilabili.

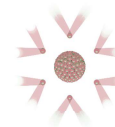
La valutazione di tale bisogno deve necessariamente fondarsi sulle analisi più recenti condotte dal Registro Tumori Regionale, istituito con DGR 1500/2008, unico in Italia a nascere prevedendo una copertura regionale, con Centro di Coordinamento collocato proprio presso questo Istituto e sezioni periferiche in ciascuna delle ASL pugliesi.

Nel report più recente pubblicato dal Registro Tumori Regionale vengono rilevate l'incidenza in termini di nuovi casi di tumore per anno, e la mortalità, misurata in decessi aventi causa principale di morte il tumore sempre in un anno, in entrambi i casi espresse in riferimento a centomila abitanti, suddivisa per sede di insediamento della malattia.

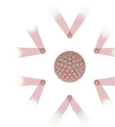
Tale rilevazione, basata sui registri tumori di 4 ASL territoriali accreditate AIRTUM, ed annualità che vanno dal 2006 al 2008, hanno consentito di costituire il cosiddetto "pool puglia" di dati che include circa il 53% della popolazione pugliese residente. Su tale base, è stata prodotta una stima del tasso di incidenza tumorale per l'intera Regione Puglia usando i tassi del Pool Puglia per il 53% della popolazione e, applicando alla restante parte (47%), i medesimi tassi del Pool aggiustati per un fattore che ha tenuto conto dell'ospedalizzazione nelle aree non coperte (Foggia e Bari): in particolare, il fattore correttivo utilizzato ha incorporato l'ospedalizzazione di Foggia e Bari rapportata all'ospedalizzazione del Pool Puglia.

Oltre ai nuovi casi di tumore maligno, sono stati analizzati i decessi per tumore riscontrati nella popolazione pugliese residente nel periodo 2006-2013 (fonte ISTAT). La popolazione a rischio utilizzata in tale rapporto è rappresentata dalla popolazione residente nelle quattro province suddette (fonte ISTAT), calcolata come media della popolazione intercensuaria per gli anni di incidenza e mortalità disponibili.

I criteri per la definizione dell'incidenza neoplastica sono stati i seguenti:



Incidenza					
Sede	Aggregazione	Topografia ICD-O-3	Morfologia ICD-O-3	Malignità	ICD9 ICD9-CM
Labbro	Testa e collo	C00	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	140
Lingua	Testa e collo	C01-C02	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	141
Bocca	Testa e collo	C03-C06	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	143-145
Ghiandole salivari	Testa e collo	C07-C08	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	142
Orofaringe	Testa e collo	C09-C10	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	146
Rinofaringe	Testa e collo	C11	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	147
Ipofaringe	Testa e collo	C12-C13	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	148
Faringe NAS	Testa e collo	C14	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	149
Stomaco		C16	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	151
Colon	Colon-retto	C18	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	153
Retto	Colon-retto	C19-C21	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	154
Fegato		C22	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	155
Pancreas		C25	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	157
Cavità nasale	Testa e collo	C30-C31	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	160
Laringe	Testa e collo	C32	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	161
Polmone		C33-C34	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	162
Pelle, melanomi		C44	8720-8790	/3	172
Pelle, non melanomi (a)		C44	escluso 8720-8790, 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	173
Mesotelioma		tutte	9050-9055	/3	nd
Mammella		C50	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	174-175
Cervicouterina		C53	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	180
Utero, corpo		C54	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	182
Ovaio		C56	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	183.0
Prostata		C61	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	185
Testicolo		C62	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	186
Rene		C64	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	189.0
Vescica (maligno)	Vescica	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	188
Vescica (non maligno)	Vescica	C67	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/1 /2	233.7-236.7
Encefalo e SNC (maligno)		C70-C72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	191-192
Encefalo e SNC (non maligno) (b)		C70-C72	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/0 /1	225, 228.02, 237.(5-9)
Tiroide		C73	escluso 9590-9989, 9050-9055, 9140	/3	193
Linfoma di Hodgkin		tutte	9650-9667	/3	201
Linfoma non Hodgkin		tutte	9590-9596, 9670-9729, 9760-9764, 9940, 9948	/3	200, 202.0-202.2, 202.4, 202.8, 202.9, 273.3
		escl. C42.0, .1, .4	9823-9827	/3	
Mieloma		tutte	9731-9734	/3	203, 238.6
Leucemia linfatica acuta	Leucemia	tutte	9826, 9835-9837	/3	204.0
	Leucemia	C42.0, .1, .4	9827	/3	
Leucemia linfatica	Leucemia	tutte	9831-9834	/3	204.1
	Leucemia	C42.0, .1, .4	9823	/3	

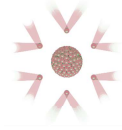


<i>cronica</i>					
<i>Leucemia mieloide acuta</i>	<i>Leucemia</i>	tutte	9840, 9861, 9866-9874, 9891-9920, 9931	/3	205.0 , 206.0, 207.0, 207.2
<i>Leucemia mieloide cronica</i>	<i>Leucemia</i>	tutte	9863, 9875, 9876, 9945, 9946	/3	205.1
<i>Leucemia NAS</i>	<i>Leucemia</i>	tutte	9800-9820, 9860, 9930	/3	204-208 (escl. precedenti leucemie)
<i>Tutti esclusi (a) e (b)</i>					

mentre i criteri per la definizione della mortalità neoplastica quelli di seguito indicati:

Mortalità	
Sede	ICD-10
<i>Testa e collo</i>	C00-C14, C30-C32
<i>Stomaco</i>	C16
<i>Colon, retto e ano</i>	C18-C21
<i>Fegato</i>	C22
<i>Pancreas</i>	C25
<i>Polmone</i>	C33-C34
<i>Melanoma della pelle</i>	C43
<i>Mesotelioma</i>	C45
<i>Mammella</i>	C50
<i>Cervice uterina</i>	C53
<i>Corpo dell'utero</i>	C54
<i>Ovaio</i>	C56
<i>Prostata</i>	C61
<i>Testicolo</i>	C62
<i>Rene</i>	C64
<i>Vescica</i>	C67
<i>Encefalo e SNC, maligno</i>	C72
<i>Tiroide</i>	C73
<i>Linfoma di Hodgkin</i>	C81
<i>Linfoma non Hodgkin</i>	C82-C85
<i>Mieloma multiplo</i>	C88-C90
<i>Leucemia</i>	C91-C96
<i>Totale, esclusa pelle non melanomi</i>	C00-C97, no C44

Nella Regione Puglia, ogni anno, nel periodo 2006-2008, si sono ammalate di tumore circa 20.000 persone, di cui circa il 45% donne e il 55% uomini (rispettivamente 9.000 e 11.000 casi), oltre ai carcinomi della cute che, per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero, vengono in genere conteggiati separatamente.



La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di 5-6 nuovi casi ogni 1.000 uomini e di 4 casi ogni 1.000 donne ogni anno, quindi nel complesso circa 5 casi ogni 1.000 persone.

Nella popolazione femminile, il tumore della mammella è il tumore più frequente (29% del totale), seguito dal tumore del colon retto (13%), della tiroide (7%), corpo dell'utero (5%) e del polmone (4%): confrontando i dati pugliesi con quelli nazionali³, si osserva che vi è una coincidenza di posizione e di valori nelle prime due patologie, mentre in Italia la terza posizione è occupata dal tumore del polmone (6%), seguito da tiroide e corpo dell'utero.

Nel sesso maschile la prima posizione è ancora occupata in Puglia dal tumore del polmone che rappresenta il 18% del totale, seguito dal tumore della prostata (17%), della vescica (14%) del colon-retto (12%) e del fegato (5%): il dato nazionale vede invece al primo posto il tumore della prostata e, tra le cinque patologie più frequenti, si conta il tumore dello stomaco ma non quello del fegato.

I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2013 (ultimo anno al momento disponibile) in circa 9.800 i decessi attribuibili a tumore (58% tra gli uomini e 42% tra le donne) – tra gli oltre 35.800 decessi verificatisi in quell'anno in Puglia. A livello nazionale e regionale i tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Tuttavia va segnalato che i tumori sono la prima causa di morte tra gli uomini (34%), superando, anche se di poco, le patologie cardiovascolari (32%).

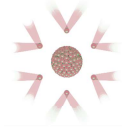
Le cinque cause di morte tumorali più frequenti nel sesso femminile vedono ancora al primo posto il tumore della mammella (19%), seguito dai tumori del colon-retto (12%), polmone (8%), pancreas (6%) e fegato (6%): il dato è sovrapponibile a quello nazionale tranne che per l'ultima posizione, che è invece occupata dallo stomaco.

Per il sesso maschile, il tumore dei polmone è responsabile di ben il 30% dei decessi per neoplasia, cui segue il tumore del colon (9%), della prostata (9%), del fegato (7%) e della vescica (6%): anche in questo caso si rileva una differenza rispetto ai valori italiani solo per l'ultima posizione, occupata dallo stomaco.

La probabilità teorica individuale di avere una diagnosi oncologica nel corso della vita (considerando l'intervallo di tempo che va dalla nascita agli 84 anni), viene calcolata attraverso una misura chiamata "rischio cumulativo".

Questa misura viene espressa attraverso il numero di persone che, in termini probabilistici, sarebbe necessario seguire nel corso della loro vita, in assenza di decessi, perché una di queste abbia una diagnosi di tumore.

Considerando il rischio cumulativo di avere una diagnosi di qualunque tumore, questa probabilità riguarda un uomo ogni due e una donna ogni tre nel corso della loro vita nel periodo 0-84 anni.



Tanto più il tumore è frequente, tanto minore sarà il numero di persone da seguire per riscontrarne una affetta da tumore: una donna ogni 10 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della mammella, un uomo ogni 9 ha la probabilità di ammalarsi di tumore della prostata e del polmone.

Le schede specifiche per sede tumorale mostrano, separatamente nei due sessi, per Registro e per il Pool Puglia, i tassi grezzi e standardizzati di incidenza e mortalità, confrontati con gli analoghi valori del pool italiano e del pool delle regioni meridionali stimati dall'AIRTUM; i tassi di incidenza pugliesi specifici per età; il trend dei tassi standardizzati di incidenza (periodo 2006-2008) e di mortalità (periodo 2006-2013); la sopravvivenza netta relativa del pool Puglia. I dati vengono quindi esaminati per i Registri accreditati, mostrando anche i risultati per il capoluogo di provincia per dare conto del noto gradiente tra zone urbanizzate e zone periferiche, nonché di specifiche e note condizioni ambientali di rischio in particolare a carico delle aree di Taranto e Brindisi.

L'organizzazione dei risultati punta ad enfatizzare il confronto tra le diverse province pugliesi per evidenziare eventuali specifiche criticità territoriali nonché l'andamento del fenomeno tumorale nel tempo.

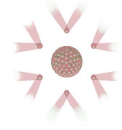
Nel complesso si rileva che, per tutte le cause tumorali (eccetto carcinomi della cute) nel sesso maschile il dato di incidenza e di mortalità è in tutti i territori inferiore al valore nazionale ma superiore al valore del pool sud; l'andamento nel tempo risulta stabile per l'incidenza e lievemente in riduzione per la mortalità a livello regionale; il dato di sopravvivenza è confrontabile con quello nazionale e migliore del pool sud e indica che, a cinque anni dalla diagnosi, oltre il 50% dei pazienti risulta in vita.

Esaminando il dato di incidenza per area provinciale, si rileva come il valore della città di Lecce superi la stima nazionale; il trend è sostanzialmente stabile con l'eccezione della provincia BT dove nell'ultimo periodo si osserva un andamento in riduzione; per la mortalità il decremento nel tempo è più evidente nella provincia di Brindisi mentre non sembra registrarsi a Taranto.

La sopravvivenza per provincia è confrontabile con il dato regionale, lievemente migliore a Brindisi (54%).

Anche nel sesso femminile l'incidenza e la mortalità per tutte le cause tumorali appaiono complessivamente inferiori al valore nazionale ma superiori al dato meridionale; la mortalità per le province Bari e BT mostra i valori più elevati. Mentre la mortalità appare stabile nel tempo si osserva un trend in incremento per l'incidenza. Il dato di sopravvivenza a 5 anni si pone statisticamente al di sopra anche di quello nazionale, pari al 64% (valore nazionale 61%).

Anche in questo caso è il dato di incidenza di Lecce città a mostrare i livelli più alti ma questa volta insieme ai valori di Taranto città: entrambi superano la stima nazionale.



Contrariamente al dato osservato nel sesso maschile, è nella provincia di Brindisi che si osserva più chiaramente un andamento in crescita, mentre a Taranto sembrerebbe nell'ultimo periodo rilevarsi un iniziale decremento.

La mortalità appare sostanzialmente stabile nel tempo. Il dato di sopravvivenza è ovunque sovrapponibile a quello del pool Puglia.

Specifiche criticità territoriali, peraltro già segnalate nei precedenti rapporti e studi condotti da RT Puglia e dalle strutture di epidemiologia del sistema sanitario pugliese, riguardano il tumore del fegato nel territorio nord barese e della BT in entrambi i sessi, e il tumore del polmone nel sesso maschile nell'area jonico-salentina.

Per il tumore del fegato si registrano in entrambi i sessi nel territorio della BT valori di incidenza e di mortalità di gran lunga superiori rispetto a tutte le aree territoriali di confronto. Elevato, anche se in misura molto meno pronunciata, anche il dato di incidenza nel sesso maschile a Taranto città.

Tra gli uomini sembra tuttavia evidenziarsi un andamento in riduzione sia per l'incidenza che per la mortalità, con un dato di sopravvivenza a 5 anni lievemente superiore a quello nazionale (17%). In provincia di Brindisi, tuttavia, la sopravvivenza si attesta su valori più bassi del pool Puglia e dei confronti nazionali (8%).

Tra le donne il tasso di incidenza BT è doppio rispetto a quello delle altre province e anche la mortalità risulta significativamente più elevata. Si rileva una sopravvivenza a 5 anni pari al 14%, più bassa di quella nazionale (16%) ma uguale a quella meridionale. In questo caso il dato di Brindisi appare però migliore di quello regionale (20%), mentre sembra leggersi una criticità nel dato BT (12%).

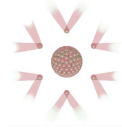
A livello provinciale, per il tumore del polmone nel sesso maschile, i dati di incidenza e mortalità significativamente più elevati si registrano a Lecce, trascinando in alto anche il valore del pool Puglia.

L'incidenza appare stabile nel tempo mentre la mortalità, che pure rimane superiore ai valori nazionali, mostra un andamento in discesa. La sopravvivenza a 5 anni è pari al 12% (13% è il valore del pool Italia).

I valori più alti si rilevano nel territorio provinciale di Lecce escluso il capoluogo e a Taranto città (valori significativamente maggiori rispetto al resto della provincia e al confronto con Italia e pool sud).

La mortalità appare dovunque in lieve diminuzione, così come l'incidenza a BT e Brindisi, ma non a Taranto. Dati di sopravvivenza inferiori al pool Puglia si evidenziano a Brindisi e Taranto (10%), migliori a Lecce (14%).

Nelle donne il dato pugliese di incidenza è complessivamente molto inferiore rispetto a quello nazionale e più basso di quello del pool sud con l'eccezione della provincia di Brindisi. La



mortalità mostra invece valori sempre più bassi. L'incidenza appare in crescita come pure la mortalità ma la sopravvivenza a 5 anni è migliore (20%) di quella registrata in Italia (17%).

I valori più elevati di mortalità e incidenza si osservano nelle città capoluogo delle province di Brindisi, Taranto e Lecce. A Lecce in particolare l'incidenza e la mortalità appaiono in crescita. Anche per le donne i valori più bassi di sopravvivenza sono riportati per Brindisi e Taranto e i migliori a Lecce (22%).

Per il tumore più frequente nel sesso femminile, la mammella, i valori provinciali sono tutti più elevati del dato pool sud ma inferiori al dato nazionale, con l'eccezione della mortalità nella ASL BT che appare più alto anche del pool Italia. Mentre l'andamento della mortalità è stabile e perfettamente sovrapponibile con il confronto nazionale, l'incidenza appare in aumento. La sopravvivenza a 5 anni è in linea con quella nazionale.

Esaminando i dati provinciali, le città di Lecce e Taranto mostrano valori di incidenza superiori al dato nazionale; il trend di incidenza mostra oscillazioni a BT dove, dopo un iniziale incremento rispetto ai valori 2006, vi è un ritorno ai valori di partenza nel 2010; un andamento al contrario è leggibile in provincia di Lecce, dove il periodo esaminato è però quello compreso tra il 2003 e il 2008; è in decremento a Brindisi e anche a Taranto ma solo negli ultimi due anni osservati (2010-2011). La mortalità 2006-2013 è invece sostanzialmente stabile, lievemente più alta di quella nazionale nell'ultimo periodo a BT e Brindisi, in iniziale discesa a Taranto.

Il dato di sopravvivenza a 5 anni è in linea con quello nazionale, migliore a Taranto (88%), peggiore a Brindisi (85%), ma pari alla stima italiana.

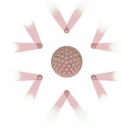
Si rileva un dato di incidenza per tumore dell'ovaio più alto del dato nazionale, in particolare a Lecce, dove risulta alta anche la mortalità.

Per la prostata, il dato di incidenza è di fatto sovrapponibile tra le province pugliesi, sistematicamente più basso rispetto al valore italiano e più alto di quello del sud; la mortalità è in linea con il dato nazionale. I trend sono stabili nel tempo e la sopravvivenza a 5 anni pari al 91% (88% a livello nazionale).

Il tumore dello stomaco mostra in entrambi i sessi valori più bassi del dato nazionale, con i tassi più elevati nella provincia BT tra le donne. L'incidenza e la mortalità appaiono in riduzione ma la sopravvivenza in Puglia è più bassa di quella nazionale in particolare a Taranto.

Il colon-retto mostra sia negli uomini che nelle donne tassi omogenei tra le province pugliesi, in linea con quelli del pool sud e inferiori a quelli nazionali. La mortalità più elevata si riscontra a Foggia. I trend appaiono stabili e la sopravvivenza confrontabile con il dato italiano (60% a 5 anni).

Anche per il pancreas i tassi appaiono in linea con quelli del pool sud, con i valori più alti nelle città di Brindisi, Lecce e Taranto. La sopravvivenza, che per gli uomini è sovrapponibile al



valore nazionale (6%) appare invece problematica nelle donne (5% Puglia vs 9% Italia) e in particolare a Taranto (3%).

Il tumore del rene e delle vie urinarie mostra nei maschi valori in linea con il dato del pool sud e inferiori a quello nazionale, con i tassi più alti in provincia di Lecce; il dato di sopravvivenza a 5 anni, 63%, è più basso di quello nazionale (67%). Nelle donne i dati pugliesi sono più bassi di quelli meridionali e nazionali e la sopravvivenza migliore (72% vs 69%).

Le stime per il tumore alla vescica negli uomini sono tutte più elevate anche del dato nazionale, con l'eccezione delle province BT e Foggia, e una sopravvivenza a 5 anni più scadente (76% vs. 79%): il dato più alto si registra a Lecce città, seguito da Taranto città. I trend sono generalmente stabili.

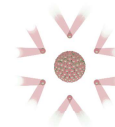
Anche l'incidenza femminile mostra i valori più elevati a Lecce, che però rimangono inferiori rispetto al dato nazionale, tranne che a Lecce città. Come per i maschi, tra le donne la sopravvivenza in Puglia è inferiore (72% vs 76%). Il dato è particolarmente critico nella provincia BT (59%).

Brindisi e Lecce mostrano tassi di incidenza per tumori dell'encefalo e del sistema nervoso centrale negli uomini più alti del dato nazionale, mentre è ancora Brindisi ma con Foggia a mostrare i tassi più elevati di mortalità. La sopravvivenza a 5 anni, del 20%, è in linea con il valore nazionale. Da rilevare che il dato brindisino si riferisce al territorio provinciale senza il capoluogo. Nella provincia di Lecce, nonostante un andamento in riduzione, il tasso di incidenza rimane in tutto il periodo superiore al dato nazionale, mentre la mortalità dopo il 2009 si abbassa al di sotto del valore italiano. Particolarmente basso il dato di sopravvivenza di Brindisi (15%).

Anche tra le donne il tasso di incidenza più elevato riguarda l'area di Brindisi, mentre per la mortalità vanno segnalati i tassi di Bari e Lecce. La sopravvivenza è di 10 punti percentuali più bassa di quella stimata a livello nazionale (18% vs. 27%). A Brindisi si rileva anche un trend in crescita ma la sopravvivenza migliore della regione (22%).

Il tumore alla tiroide mostra un'incidenza che tende a crescere in maniera importante in entrambi i sessi e in tutte le province (meno evidente tra le donne nella BT). I tassi più elevati caratterizzano la provincia di Taranto e la città di Brindisi; negli uomini è Lecce città a mostrare i valori più importanti. La sopravvivenza (92% negli uomini e 97% nelle donne) è migliore del dato nazionale. La mortalità è in linea con il dato nazionale e stabile nel tempo.

Per le leucemie nei maschi il dato del pool Puglia è superiore al tasso di incidenza dei singoli registri in virtù dei differenti periodi temporali presi in considerazione e delle modificazioni nel tempo dell'andamento temporale: i dati provinciali mostrano un'incidenza più elevata a Brindisi (in particolare nel capoluogo) mentre la mortalità è più alta a Foggia e Taranto. Il trend di incidenza è in discesa, in particolare a Brindisi, ma non a Lecce, la mortalità stabile.



Tra le donne il valore di incidenza più alto si registra a Taranto (tutta l'area) e a Lecce città, di mortalità a Foggia. Mentre a Taranto si registra una netta riduzione nel tempo, nelle altre province il tasso di incidenza appare in crescita nell'ultimo periodo di osservazione.

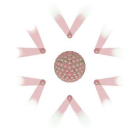
Nel sesso maschile tutti i dati sui linfomi di Hodgkin appaiono in linea con il dato nazionale; nelle donne si osserva a Brindisi città un tasso più elevato. La sopravvivenza a 5 anni è complessivamente migliore del dato nazionale, in particolare a Brindisi.

Nel caso del linfoma non Hodgkin in entrambi i sessi la mortalità più elevata si registra a Bari: l'andamento dell'incidenza appare in lieve aumento, in particolare a Brindisi e a Taranto tra le donne.

Il mesotelioma pleurico come atteso nel sesso maschile mostra i tassi più elevati di incidenza e mortalità a Taranto, seguita da Bari: va segnalato che l'incidenza appare in aumento. Il dato di sopravvivenza, che a livello regionale è in linea con quello nazionale, è critico a Taranto e Lecce sia tra gli uomini (10% regione vs rispettivamente 5% e 8%) che tra le donne, dove l'incidenza è in riduzione.

Un'incidenza elevata di mieloma multiplo in entrambi i sessi caratterizza la provincia BT, in particolare il capoluogo, e Brindisi città, con dati che – almeno nelle donne – appaiono ovunque in riduzione.

		Tasso grezzo	Tasso STD (EU)	Rischio cumul. (0-74 anni)	Tasso grezzo	Tasso STD (EU)	Rischio cumul. (0-74 anni)
		Incidenza			Mortalità		
Testa e collo	MASCHI	25,5	20,8	1,70%	11	8,3	0,60%
	FEMMINE	5,8	4,3	0,40%	2,5	1,4	0,10%
Stomaco	MASCHI	20,6	15,8	1,20%	15	10,7	0,70%
	FEMMINE	12,7	7,8	0,60%	9,6	5,3	0,30%
Colon, retto ed ano	MASCHI	65,8	49,7	3,90%	26,3	18	1,20%
	FEMMINE	55,9	35,4	2,70%	23	11,9	0,80%
Fegato	MASCHI	29,6	22,1	1,80%	21,4	14,8	1,10%
	FEMMINE	12,8	6,9	0,50%	10,8	5,4	0,30%
Pancreas	MASCHI	13,7	10,5	0,80%	13	9,2	0,70%
	FEMMINE	11,5	6,6	0,50%	11,6	6,3	0,40%
Polmone e bronchi	MASCHI	102	75,4	6,00%	86,7	60,2	4,40%
	FEMMINE	18,6	12,4	1,00%	15	9,1	0,70%
Melanoma della pelle	MASCHI	9,6	8,2	0,70%	3,1	2,4	0,20%
	FEMMINE	10	8,6	0,70%	2,2	1,6	0,10%
Mammella	FEMMINE	124,7	99,3	7,90%	35,2	22,7	1,70%
Cervice uterina	FEMMINE	7,9	6,7	0,60%	1,4	1	0,10%
Corpo dell'utero	FEMMINE	22,7	17,4	1,50%	7,6	4,5	0,30%



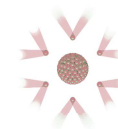
Ovaio	FEMMINE	16,1	12,5	1,00%	10,8	6,8	0,50%
Prostata	MASCHI	95	69,8	6,10%	26	16,5	0,60%
Testicolo	MASCHI	7,3	6,9	0,50%	0,3	0,2	0,00%
Rene ed altri organi urinari	MASCHI	14,5	11,7	1,00%	6,2	4,3	0,30%
	FEMMINE	7,4	5,4	0,40%	3,2	1,7	0,10%
Vescica	MASCHI	77,2	57,3	4,40%	17,2	11,1	0,60%
	FEMMINE	12,5	7,4	0,60%	3,2	1,5	0,10%
Encefalo e Sistema Nervoso Centrale	MASCHI	11,3	9,5	0,80%	6,2	5	0,40%
	FEMMINE	8,5	6,2	0,50%	5,1	3,4	0,30%
Tiroide	MASCHI	8,3	7,7	0,60%	0,5	0,4	0,00%
	FEMMINE	29,4	27,5	2,10%	1	0,6	0,00%
Leucemia	MASCHI	18,1	14,7	1,10%	10,6	7,5	0,50%
	FEMMINE	12,8	9,1	0,70%	7,4	4,2	0,30%
Linfoma di Hodgkin	MASCHI	3,9	3,8	0,30%	0,7	0,5	0,00%
	FEMMINE	3,6	3,7	0,30%	0,6	0,4	0,00%
Linfoma non-Hodgkin	MASCHI	17,6	14,7	1,20%	6,3	4,5	0,30%
	FEMMINE	14,2	10,6	0,80%	4,7	2,8	0,20%
Mesotelioma	MASCHI	2,9	2,3	0,20%	2,5	1,8	0,20%
	FEMMINE	0,9	0,7	0,10%	0,8	0,5	0,00%
Mieloma multiplo	MASCHI	8,5	6,3	0,50%	4,8	3,2	0,20%
	FEMMINE	7,6	4,8	0,40%	4,7	2,4	0,20%
Tutti escluso melanoma non pelle ed encefalo-SNC non maligno	MASCHI	562,1	430,9	29,70%	291,8	202,4	12,90%
	FEMMINE	426,7	312,3	21,90%	189,7	109,3	7,40%

Incidenza

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	18,1%
2	Prostata	16,9%
3	Vescica	13,7%
4	Colon-retto	11,7%
5	Fegato	5,3%
(Pool Puglia)		

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Prostata	20%
2	Polmone	15%
3	Colon-retto	14%
4	Vescica	11%
5	Stomaco	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

* Proporzione sul totale dei casi



FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29,2%
2	Colon-retto	13,1%
3	Tiroide	6,9%
4	Corpo dell'utero	5,3%
5	Polmone e bronchi	4,4%
(Pool Puglia)		

* Proporzione sul totale dei casi

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	29%
2	Colon-retto	13%
3	Polmone	6%
4	Tiroide	5%
5	Corpo dell'utero	5%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

Mortalità

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone e bronchi	29,7%
2	Colon-retto	9,0%
3	Prostata	8,9%
4	Fegato	7,3%
5	Vescica	5,9%
(Pool Puglia)		

* Proporzione sul totale dei decessi oncologici

MASCHI	Sede	Diffusione*
1	Polmone	26%
2	Colon-retto	10%
3	Prostata	8%
4	Fegato	7%
5	Stomaco	6%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	18,5%
2	Colon-retto	12,1%
3	Polmone e bronchi	7,9%
4	Pancreas	6,1%
5	Fegato	5,7%
(Pool Puglia)		

* Proporzione sul totale dei decessi oncologici

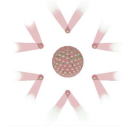
FEMMINE	Sede	Diffusione*
1	Mammella	17%
2	Colon-retto	12%
3	Polmone	11%
4	Pancreas	7%
5	Stomaco	6%
(I Numeri del Cancro in Italia, 2015)		

30

Numero di soggetti che è necessario seguire nel corso della vita (da 0 a 84 anni) per trovarne uno che sviluppi un tumore.

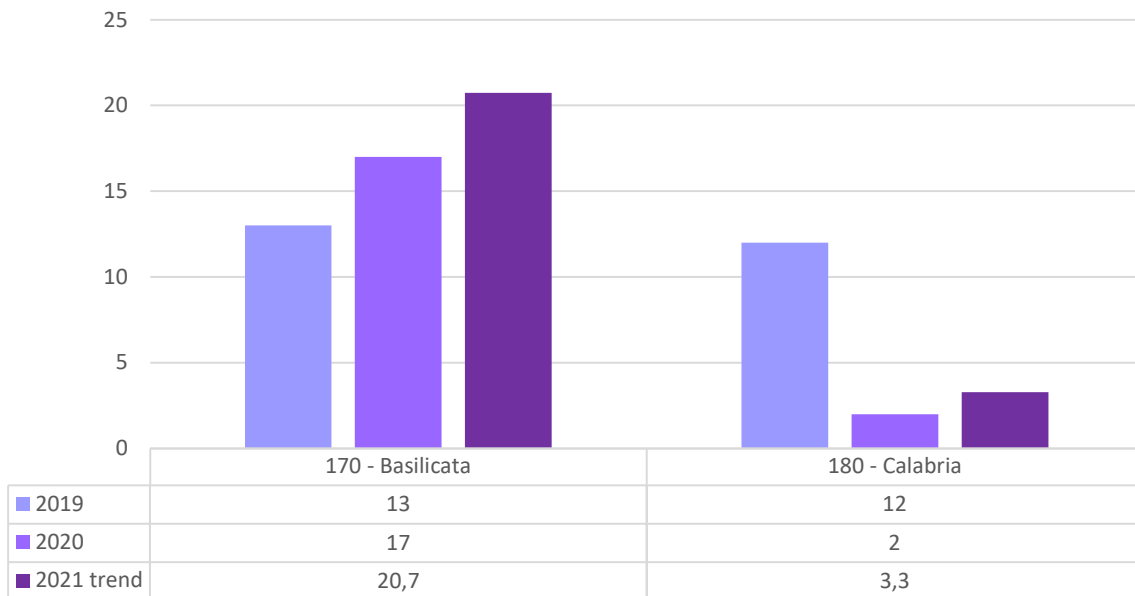
Maschi (incidenza)

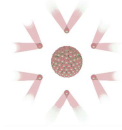
Sede	Pool Puglia	AIRTUM Italia
Polmone e bronchi	9	10
Prostata	9	8
Vescica	11	14
Colon, retto e ano	14	11
Fegato	30	33
Testa e collo	38	40
Stomaco	44	32
Leucemia	50	62
Linfoma non-Hodgkin	56	45
Pancreas	65	52



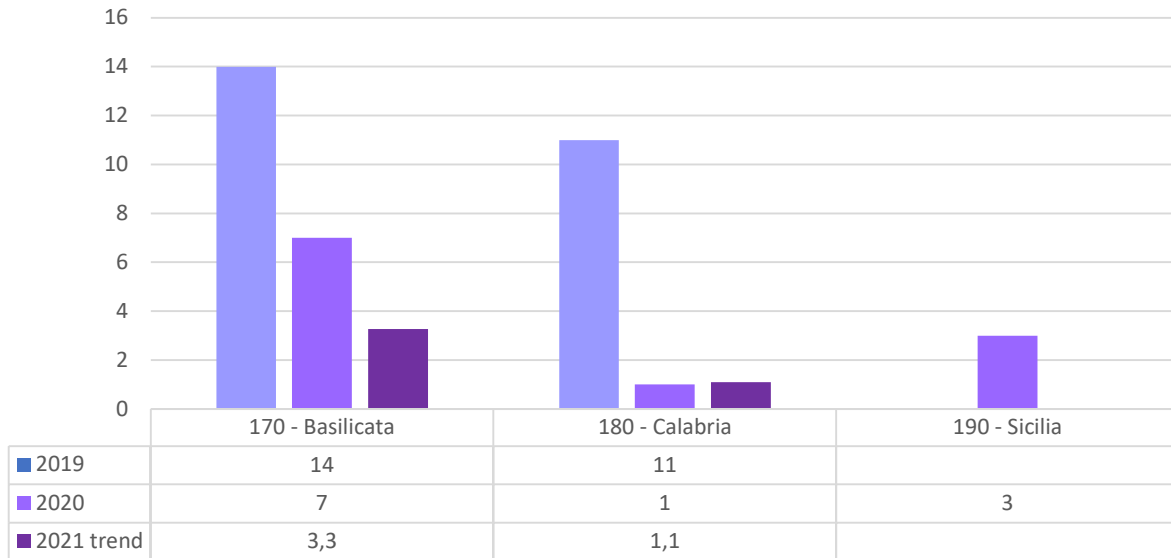
Rene e altri organi urinari	66	40
Encefalo e SNC	85	98
Mieloma multiplo	98	106
Melanoma della pelle	112	70
Tiroide	144	148
Testicolo	191	202
Mesotelioma	300	229
Linfoma di Hodgkin	331	306
Tutti esclusi (a) e (b)*	2	2

**Ricoveri Chirurgia Generale
Migrazione da regioni limitrofe**

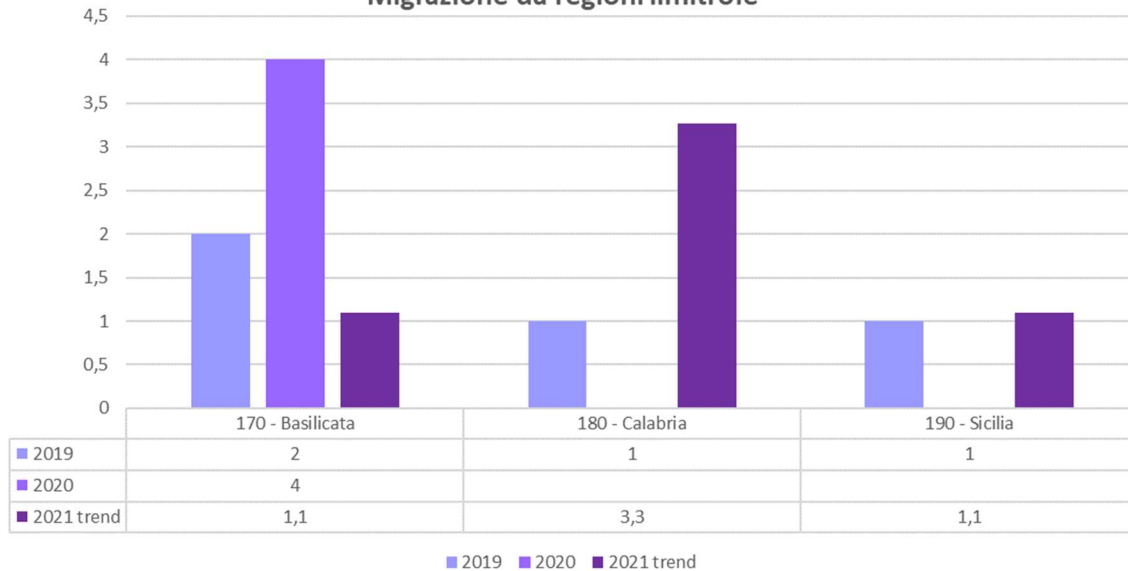


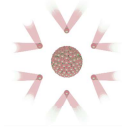


Ricoveri Chirurgia Toracica Migrazione da regioni limitrofe

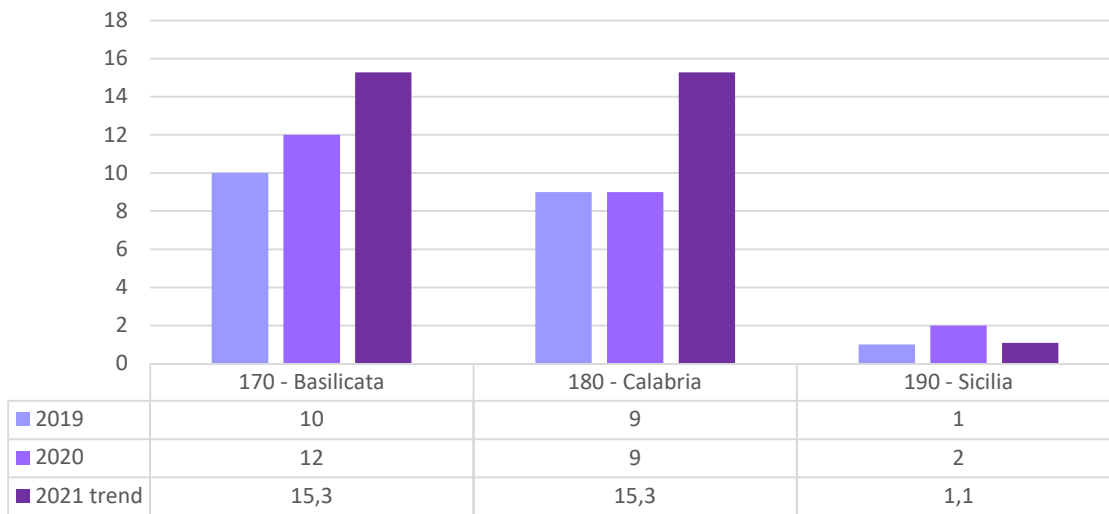


Ricoveri Ematologia Migrazione da regioni limitrofe

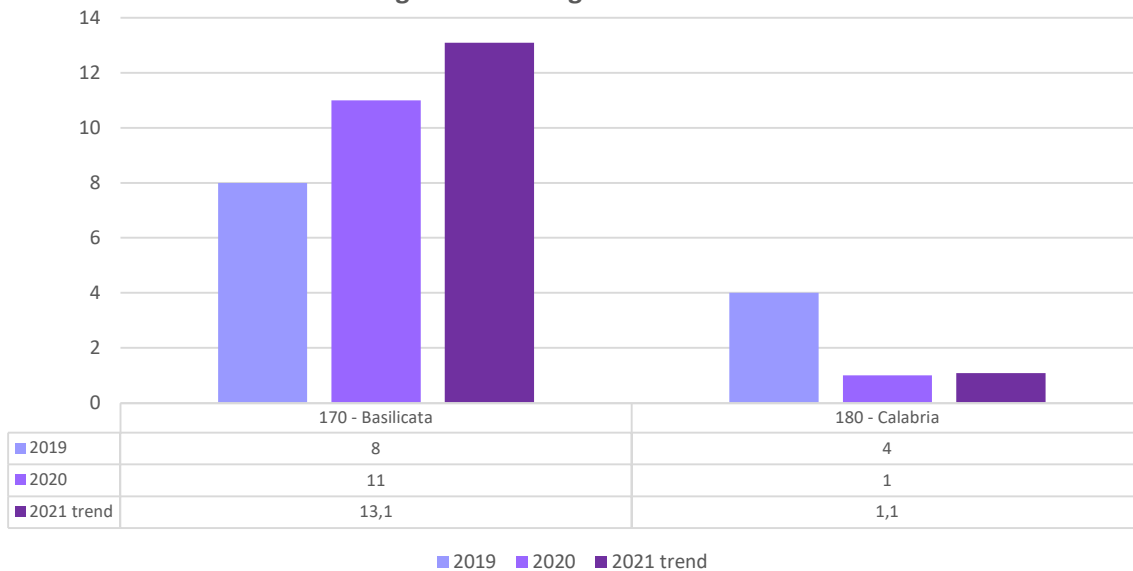


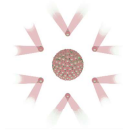


Ricoveri Oncologia Interventistica Migrazione da regioni limitrofe



Ricoveri Oncologia Medica Migrazione da regioni limitrofe





3.2. Sottosezione Performance

3.2.1. Analisi generale assistenza in regime di ricovero

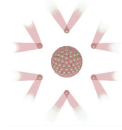
La produzione di assistenza in regime di ricovero, nonostante le persistenti e limitanti procedure di prevenzione dall'infezione da Covid-19, per le quali i pazienti debbono permanere in stanza singola per le prime 72 ore attendendo l'esito negativo del tampone molecolare, e che quindi limitano i fattori di occupazione dei posti letto, è comunque cresciuta rispetto al 2020 di n. 153 ricoveri passando da 3.760 a 3.913, con un incremento percentuale del 4,07%. Ovviamente non sono raggiungibili i livelli delle prestazioni del 2019 a causa delle predette restrizioni Covid.

Struttura	2019	2020	2021	D 2021-2020	D 2021-2020 (%)	D 2021-2019	D 2021-2019 (%)
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	10	9	7	-2	-22,22%	-3	-30,00%
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	517	450	543	93	20,67%	26	5,03%
S.C. CHIRURGIA TORACICA	510	447	401	-46	-10,29%	-109	-21,37%
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	293	222	179	-43	-19,37%	-114	-38,91%
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	717	650	610	-40	-6,15%	-107	-14,92%
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	474	413	377	-36	-8,72%	-97	-20,46%
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	554	514	558	44	8,56%	4	0,72%
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	424	346	449	103	29,77%	25	5,90%
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	159	89	86	-3	-3,37%	-73	-45,91%
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	252	220	194	-26	-11,82%	-58	-23,02%
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	281	177	232	55	31,07%	-49	-17,44%
S.S.D. UROLOGIA	251	223	277	54	24,22%	26	10,36%
Totale complessivo	4.442	3.760	3.913	153	4,07%	-529	-11,91%

34

Anche per quanto attiene al fatturato può registrarsi un aumento di € 538.838,50, che è lievemente più contenuto in termini percentuali, solo del 2,74% rispetto al 4,07% della quantità dei ricoveri.

Struttura	2019	2020	2021	Δ 2021-2020	Δ 2021-2020 (%)	Δ 2021-2019	Δ 2021-2019 (%)
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	83.395,00 €	121.652,00 €	98.354,00 €	-23.298,00 €	-19,15%	14.959,00 €	17,94%
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	3.933.834,00 €	3.404.562,50 €	3.726.317,50 €	321.755,00 €	9,45%	-207.516,50 €	-5,28%
S.C. CHIRURGIA TORACICA	3.480.508,00 €	2.938.920,00 €	2.752.876,50 €	-186.043,50 €	-6,33%	-727.631,50 €	-20,91%
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	2.735.766,00 €	2.489.759,00 €	2.539.347,00 €	49.588,00 €	1,99%	-196.419,00 €	-7,18%
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	2.922.314,00 €	3.508.932,00 €	3.365.175,00 €	-143.757,00 €	-4,10%	442.861,00 €	15,15%
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	1.732.957,00 €	1.570.227,00 €	1.424.663,00 €	-145.564,00 €	-9,27%	-308.294,00 €	-17,79%
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1.455.653,00 €	1.398.685,00 €	1.498.566,00 €	99.881,00 €	7,14%	42.913,00 €	2,95%
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1.826.679,00 €	1.477.623,00 €	1.910.704,00 €	433.081,00 €	29,31%	84.025,00 €	4,60%
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	742.436,00 €	374.714,00 €	362.956,00 €	-11.758,00 €	-3,14%	-379.480,00 €	-51,11%
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	1.205.911,00 €	1.035.835,00 €	936.453,00 €	-99.382,00 €	-9,59%	-269.458,00 €	-22,34%
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	530.218,00 €	401.644,00 €	488.763,00 €	87.119,00 €	21,69%	-41.455,00 €	-7,82%
S.S.D. UROLOGIA	1.047.031,00 €	935.156,00 €	1.092.373,00 €	157.217,00 €	16,81%	45.342,00 €	4,33%
Totale complessivo	21.696.702,00 €	19.657.709,50 €	20.196.548,00 €	538.838,50 €	2,74%	-1.500.154,00 €	-6,91%



Praticamente **in tutti i Reparti di Chirurgia**, fatta eccezione per:

- la Chirurgia Toracica e la Ginecologia Oncologica Clinicizzata, le quali sia nel 2020 che nel 2021, hanno avuto una flessione del numero di sedute operatorie rispetto al 2019 quando era presente un primario attualmente non sostituito;
- l'Otorinolaringoiatria, che solo nel 2021, grazie al supporto di un chirurgo in consulenza a partire da metà dell'anno, ha potuto tornare ad incrementare le sedute di sala operatoria rispetto al 2020, ma non potendo garantire la quantità di interventi del 2019,

è stato possibile aumentare il numero di ricoveri sia rispetto al 2020 che addirittura rispetto al 2019, grazie all'aumento di una seduta operatoria a settimana, implementata facendo ricorso alle prestazioni aggiuntive per un mese e mezzo a partire dalla metà del mese di giugno e successivamente, in maniera strutturale, dal mese di dicembre.

Lievemente diverso l'andamento del fatturato che, conferma quasi generalmente gli andamenti in aumento o diminuzione del numero di ricoveri, fatta eccezione per la **Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico**, per la quale cresce il fatturato rispetto al 2020 (+321.755,00 €), mentre in confronto al 2019 diminuisce di 207.516,50 € nonostante il numero di ricoveri si incrementi da 517 a 543 (26 pazienti), ciò per una diminuzione del peso medio.

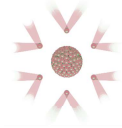
Particolarmente significativa è la crescita della Chirurgia Plastica, oltre il 29% sia per numero di ricoveri che per fatturato (433.081,00 €), dell' Urologia che aumenta i propri ricoveri di oltre il 24% ed il fatturato quasi del 17% (157.217,00 €) e della Chirurgia Oncologica ad indirizzo senologico, con una crescita del numero di ricoveri oltre l' 8% e del fatturato oltre il 7% pari a 99.881,00 €.

Anche per l'**Anestesia e Rianimazione**, le cui prestazioni sono però subordinate al manifestarsi di serie complicazioni nei pazienti ricoverati, sono stati **superati i livelli di fatturato del 2019 (pre-Covid)**, ottime sono state anche le performance produttive dell'**Otorinolaringoiatria** che, **pur non raggiungendo il livelli del 2019, aumenta** comunque significativamente il proprio fatturato quasi del 22% ed il numero dei ricoveri addirittura del 31%.

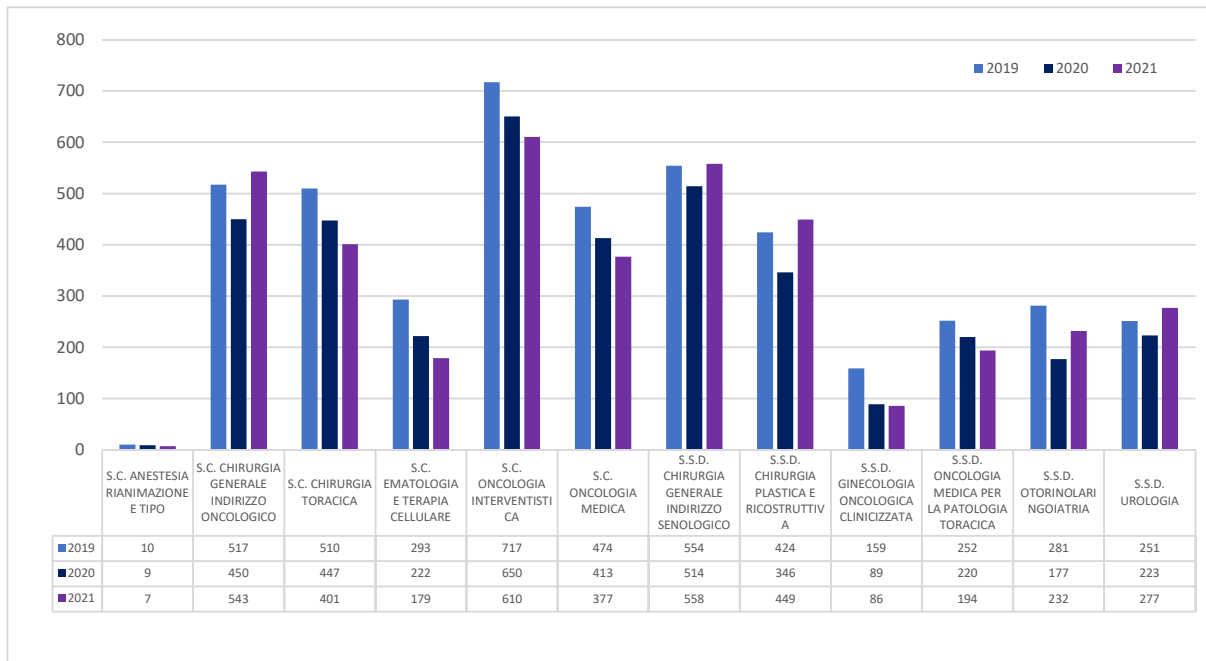
In tutte le discipline mediche invece, si osserva, proprio in virtù delle gravi limitazioni conseguenti alle procedure di prevenzione dell'infezione da Covid-19, **una contrazione dei ricoveri sia rispetto al 2019 che al 2020.**

In Ematologia la **diminuzione è di 43 pazienti rispetto al 2020 (-19,37%) e di 114 rispetto al 2019 (-38,91%)**, in Oncologia Medica è un po' più contenuta, ma comunque di **36 pazienti rispetto al 2020 (-8,72%) e di 97 rispetto al 2019 (-20,46%)** ed infine l'**Oncologia Medica per la Patologia Toracica che perde rispettivamente 26 pazienti (-11,82%) in confronto al 2020 e 58 (-23,02%) in diminuzione su quelli del 2019.**

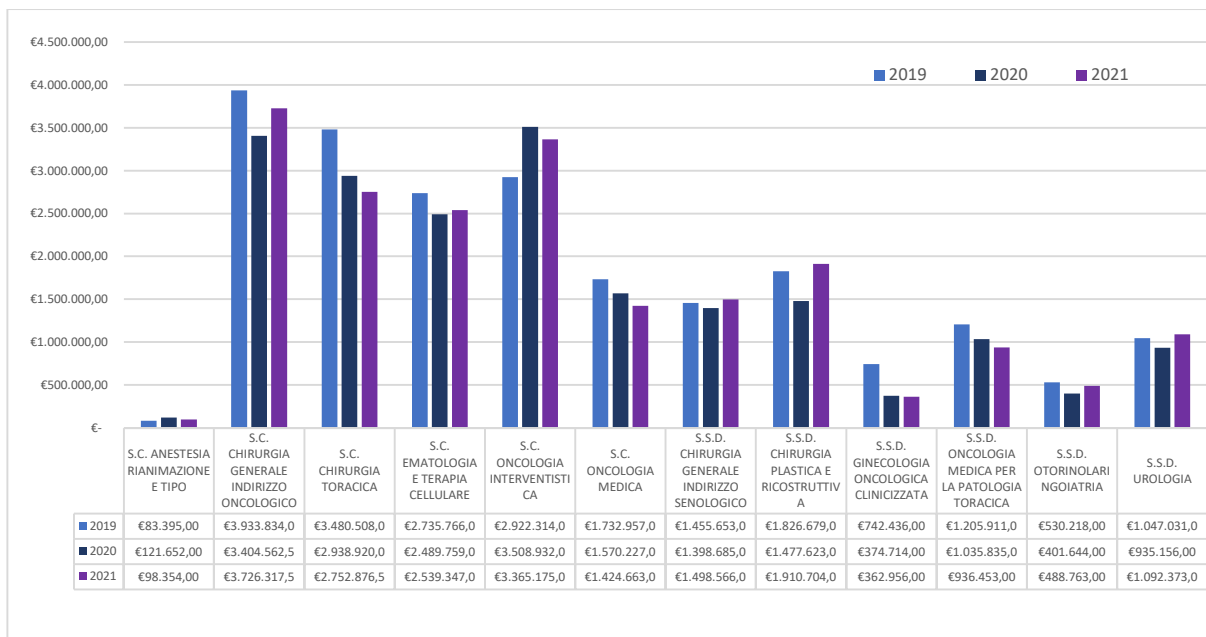
Infine il reparto di Oncologia Interventistica, ibrido tra il medico ed il chirurgico, continua a decrementare il numero di ricoveri che passano da 717 nel 2019 a 650 nel 2020 per raggiungere i 610 ricoveri nel 2021. Grazie ad un radicale incremento del peso medio dei DRG, il fatturato del 2020 è cresciuto di oltre il 15% tra il 2019 ed il 2020, mentre ha assistito ad un



assestamento per le procedure di prevenzione nel 2021 con una diminuzione di circa 144 k€ (-4,1%).



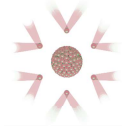
Numero di ricoveri nel triennio 2019-2021



Fatturato assistenza ospedaliera nel triennio 2019-2021

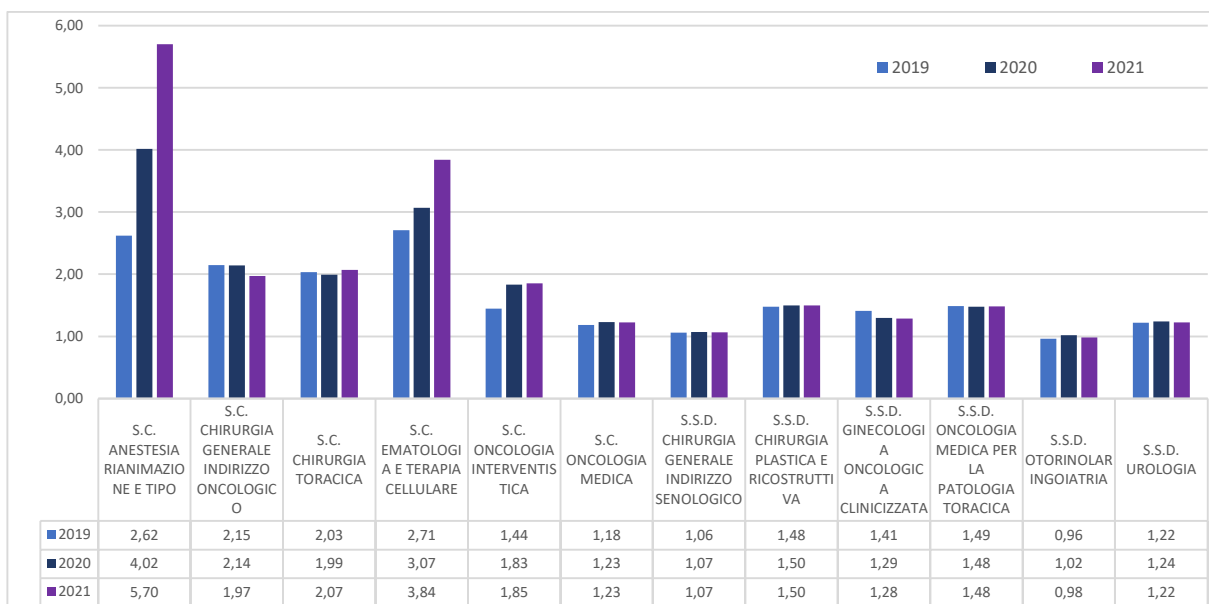
Come noto esiste una generale corrispondenza tra entità del peso di un DRG e maggiore valorizzazione economica dello stesso oltre che della complessità dell'assistenza.

Sicché può osservarsi un significativo incremento del peso medio in Ematologia, dal 2,71 del 2019 al 3,84 del 2021, in Oncologia Interventistica soprattutto dal 2019 al 2920 in cui il peso medio passa dal valore di 1,44 a 1,83, e diminuisce abbastanza fortemente in Ginecologia



passando da 1,41 nel 2019 a 1,28 nel 2021. Si osserva altresì un calo del peso medio tra il 2020 ed il 2021 in Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, il quale passa da 2,14 ad 1,97, fatto che giustifica l'inversione del segno tra numero dei ricoveri in aumento e fatturato in diminuzione.

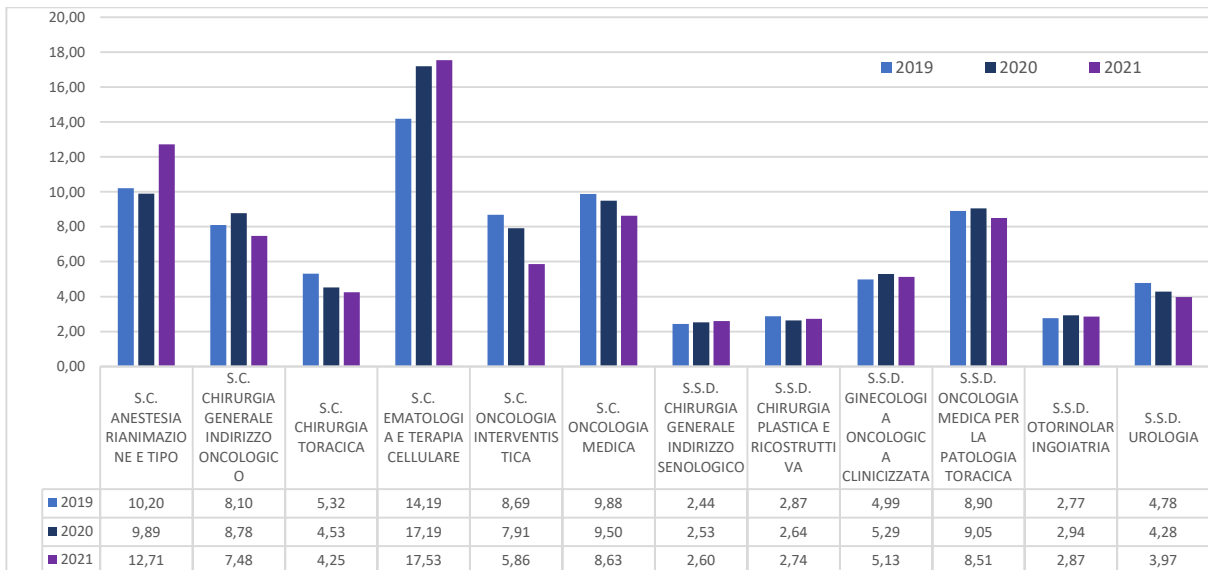
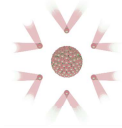
Tutti gli altri reparti sono in sostanziale tenuta del mix di DRG e quindi del peso medio degli stessi in ciascun esercizio. Segni di ricrescita ai livelli del 2019 sono rilevabili in Chirurgia Toracica, che dopo una flessione da 2,03 ad 1,99 nel 2020, ritorna a 2,07 nel 2021. Discorso a parte vale per la TIPO (Anestesia e rianimazione), il cui incremento da 2,62 nel 2019 a 4,02 nel 2020 ed infine 5,70 nel 2021, non dipende da minore o maggiore attrattività a specializzazione della struttura, ma semplicemente dagli aggravamenti dei pazienti ricoverati



Peso medio dei DRG nel triennio 2019-2021

L'eventuale diminuzione della durata media delle degenze, a fronte di una sostanziale tenuta della remuneratività, associata - come detto - al peso del DRG, consente di aumentare il margine operativo di ciascun ricovero diminuendone i costi unitari.

Ottime sono le performance di Oncologia Interventistica che tra il 2019 ed il 2021 passa da 8,69 a 5,86 (-1,83 gg), Oncologia Medica da 9,88 a 8,63 (-1,25 gg), Chirurgia Toracica da 5,32 a 4,25 (-1,07 gg), Urologia da 4,78 a 3,97 (-0,81 gg), Chirurgia Generale da 8,10 a 7,48 giorni (-0,62 gg). Per l'Ematologia, l'incremento di circa 3,34 gg è principalmente legato all'incremento delle prestazioni di trapianto di midollo la cui degenza media è intrinsecamente parecchio superiore alle altre. Tutte le altre strutture hanno confermato sostanzialmente, al netto di limitate variazioni, la durata media delle degenze.



Durata media delle degenze (gg) nel triennio 2019-2021

I fattori di occupazione necessitano di alcuni approfondimenti specifici.

Anzitutto nelle strutture di “Chirurgia Senologica”, “Chirurgia Plastica e Ricostruttiva” ed “Otorinolaringoiatria”, i ricoveri hanno degenze abbastanza standardizzate con rare complicazioni e ciò consente di evitare la permanenza dei pazienti durante il fine settimana. Ciò implica una drastica riduzione dei fattori di occupazione, i quali – come noto -vengono abitualmente computati su 365 giorni di disponibilità teorica del posto letto. Sicché, fattori di occupazione rispettivamente di 0,57 (Chirurgia Senologica), 0,56 (Chirurgia Plastica e Ricostruttiva) e 0,46 (Otorinolaringoiatria), anche alla luce delle restrizioni Covid-19 sono pertanto discretamente giustificati.

I fattori di occupazione complessivi di “Chirurgia Generale” (0,79) ed “Urologia” (0,75), tenuto conto delle procedure di prevenzione anti-Covi, sembrano altresì abbastanza adeguati.

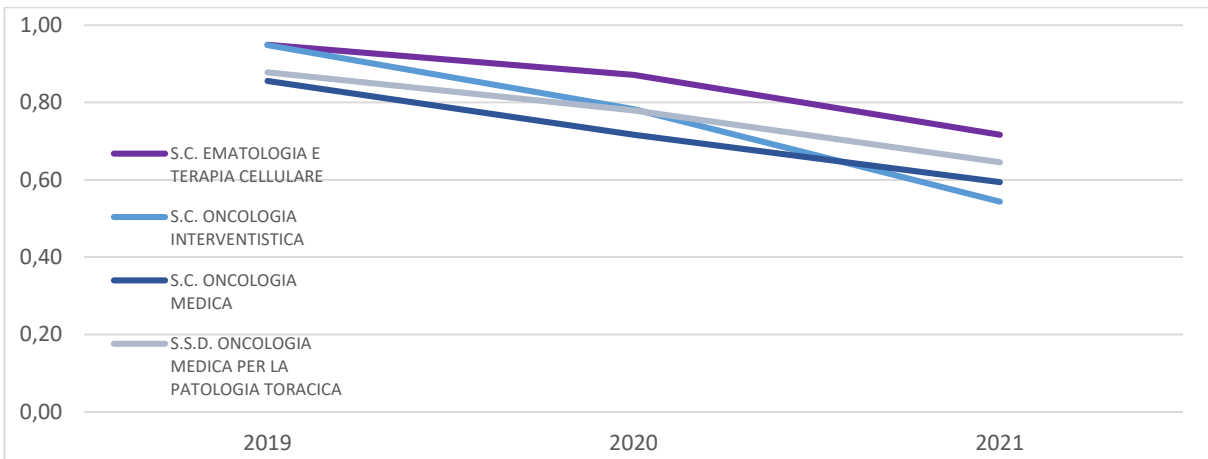
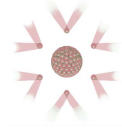
Specifiche considerazioni vanno invece effettuate per la Chirurgia Toracica, dove il fattore di occupazione soltanto dello 0,39 è associato a tempi di attesa per ricovero in forte crescita ed aumento del peso medio del ricovero, fatto che conferma l’attrattività della struttura e consente di concludere che il vero problema risiede nell’indisponibilità di maggiori sedute operatorie ed ulteriore personale medico chirurgo di specialità.

Il fenomeno è analogo nella Ginecologia, dove la criticità è ancora maggiore atteso che il fattore di occupazione è addirittura pari a 0,30, i pesi medi sono attestati a livelli abbastanza bassi e le quantità sono diminuite in maniera particolarmente significativa.

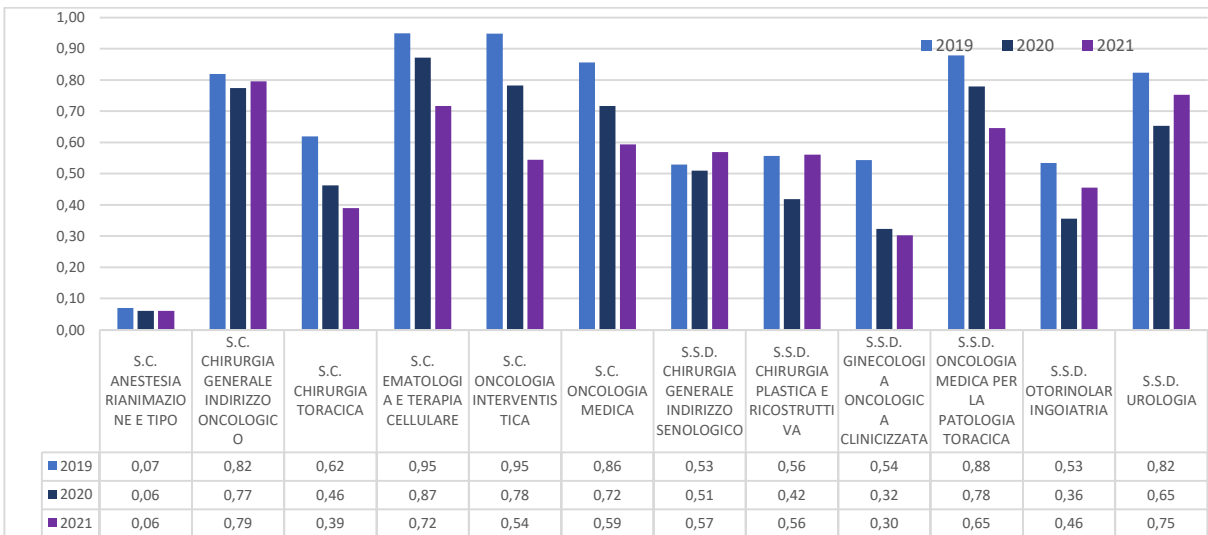
Da ultimo, per la , associato ad una riduzione particolarmente significativa della produzione a fronte di tempi di attesa sostanzialmente confermati

In generale, nelle chirurgie, i bassi fattori di occupazione riscontrati a fronte di un contemporaneo aumento di produzione dimostra che il vero collo di bottiglia risiede nella indisponibilità di ulteriori sedute in sala operatoria.

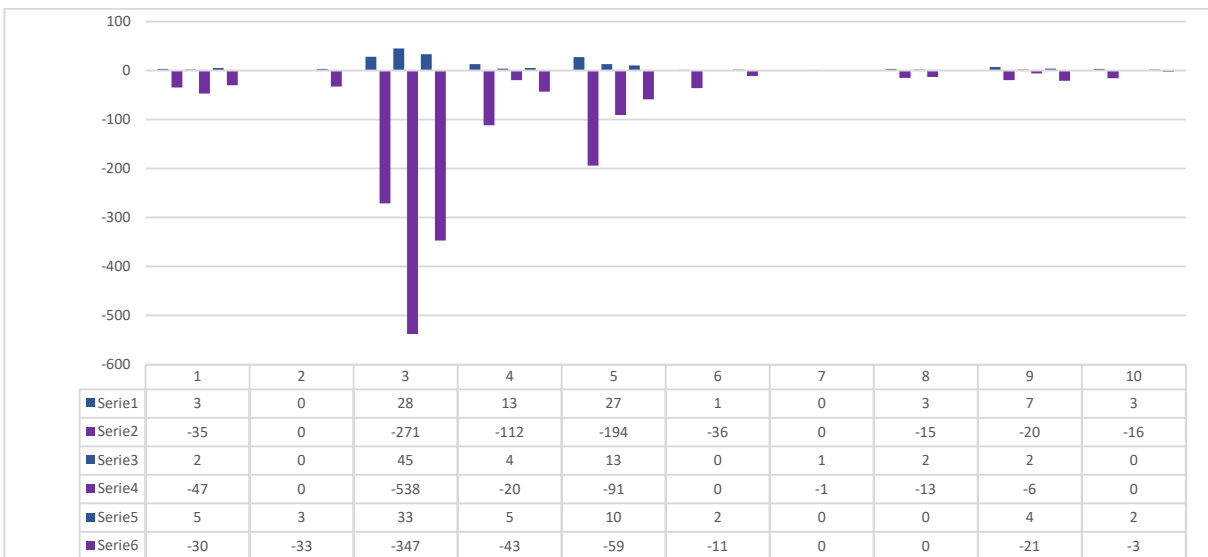
Nei reparti medici, i fattori di occupazione mostrano un andamento perfettamente sovrapponibile:



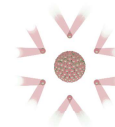
E pertanto chiaramente associabile alla specifica applicazione dei protocolli di prevenzione anti-Covid.



Percentuale occupazione posti letto nel triennio 2019-2021



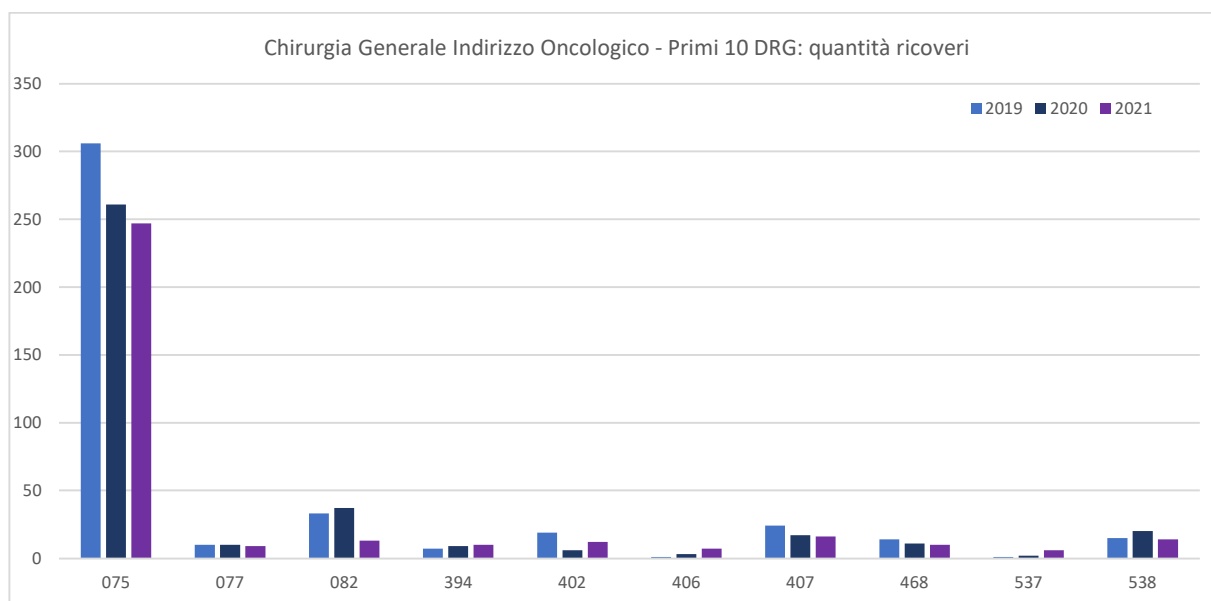
Numero di ricoveri "outliers" e totale giorni di ricovero oltre la soglia nel triennio 2019-2021



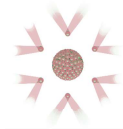
3.2.1.1. Analisi Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
146	RESEZIONE RETTALE CON CC	7	19	14
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	30	50	58
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	6	9	13
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	17	19	13
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	15	8	16
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	18	25	25
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	23	8	16
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni cin CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	18	22	24
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	71	17	35
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	71	70	65
Totale primi 10 DRG		276	247	279
Totale struttura		517	450	543
Percentuale primi 10 DRG		53,38%	54,89%	51,38%



Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
146	RESEZIONE RETTALE CON CC	78.421,00 €	212.857,00 €	156.842,00 €
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	201.724,00 €	352.093,50 €	413.247,00 €
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	8.514,00 €	16.754,00 €	18.946,00 €
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	236.793,00 €	264.651,00 €	181.077,00 €
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	50.100,00 €	26.720,00 €	53.440,00 €
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	58.942,00 €	84.140,00 €	96.190,00 €
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	65.182,00 €	22.672,00 €	45.344,00 €
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni cin CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	223.524,00 €	273.196,00 €	299.895,00 €
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	980.406,50 €	234.481,00 €	482.755,00 €
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	797.919,00 €	786.601,00 €	730.011,00 €
Totale primi 10 DRG		2.701.525,50 €	2.274.165,50 €	2.477.747,00 €
Totale struttura		3.933.834,00 €	3.404.562,50 €	3.726.317,50 €

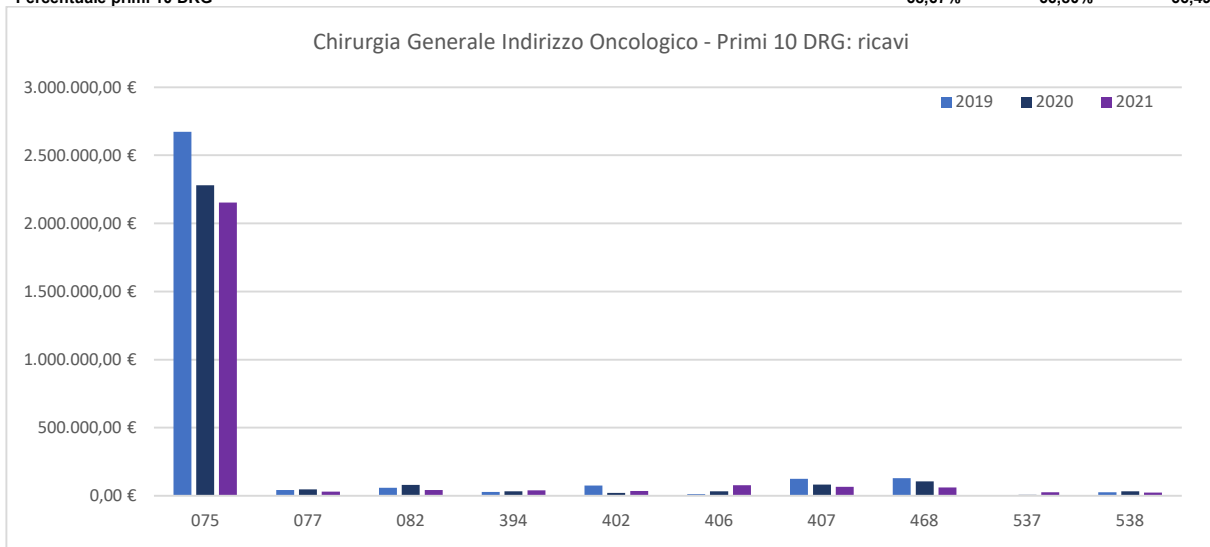


Percentuale primi 10 DRG

68,67%

66,80%

66,49%

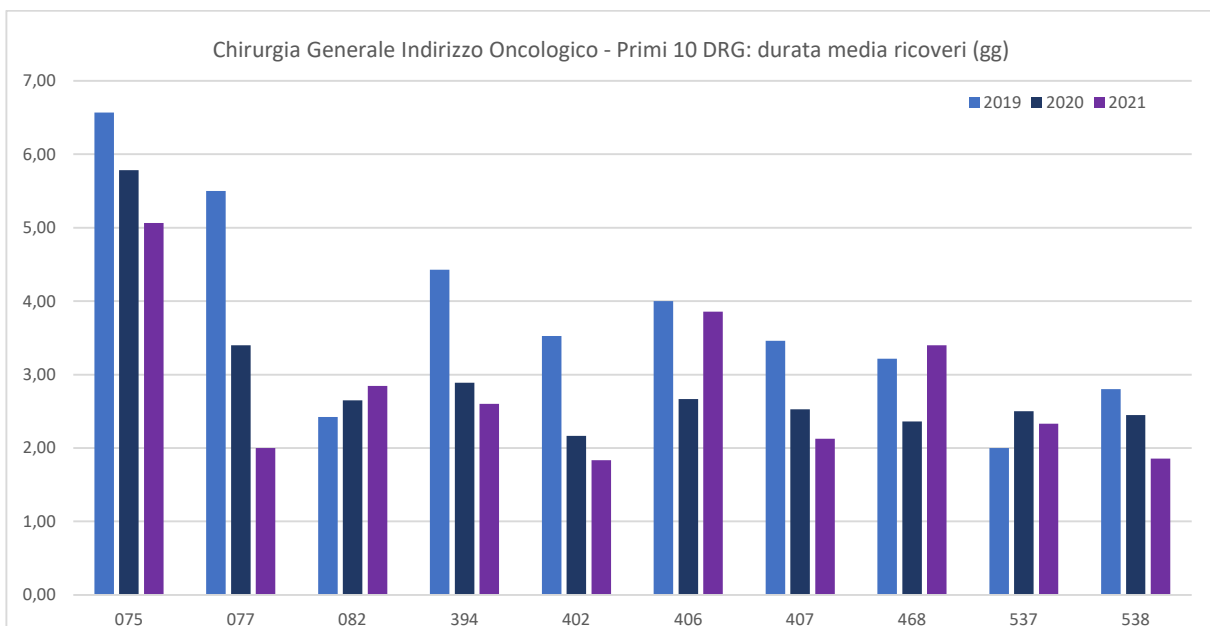


Analisi Primi 10 DRG: durata media ricoveri (gg)

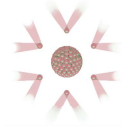
	2019	2020	2021
146 RESEZIONE RETTALE CON CC	12,00	11,63	12,00
149 INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	7,17	8,32	8,26
173 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	6,00	3,89	2,46
191 INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	14,82	14,79	12,08
290 INTERVENTI SULLA TIROIDE	3,80	3,63	4,00
402 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3,17	2,68	3,00
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	3,00	3,00	3,19
568 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni cin CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	15,22	15,86	15,71
569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11,14	12,00	13,29
570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	9,18	9,44	8,00

41

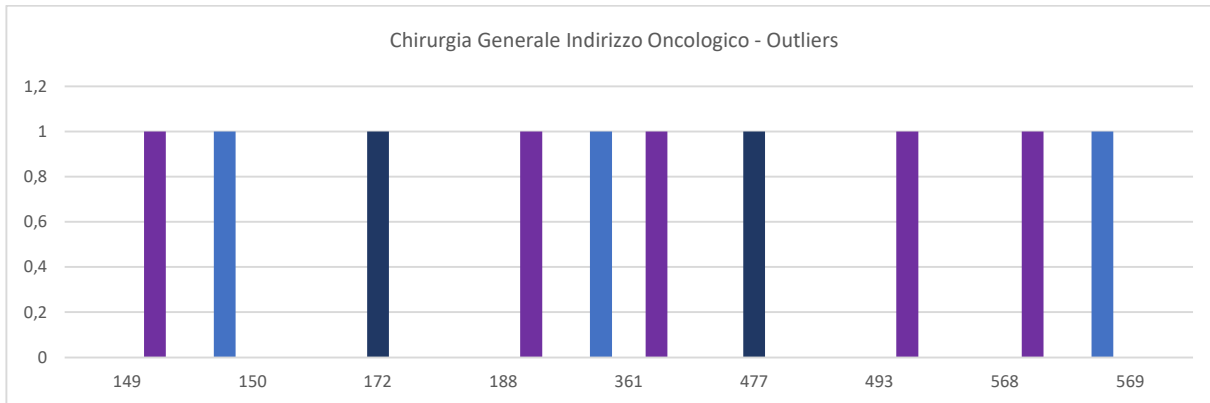
Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico - Primi 10 DRG: durata media ricoveri (gg)



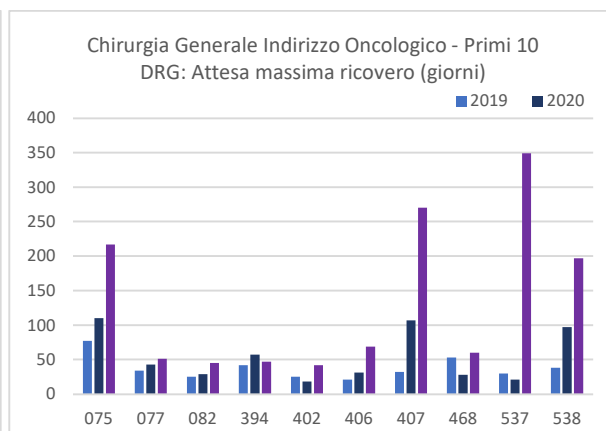
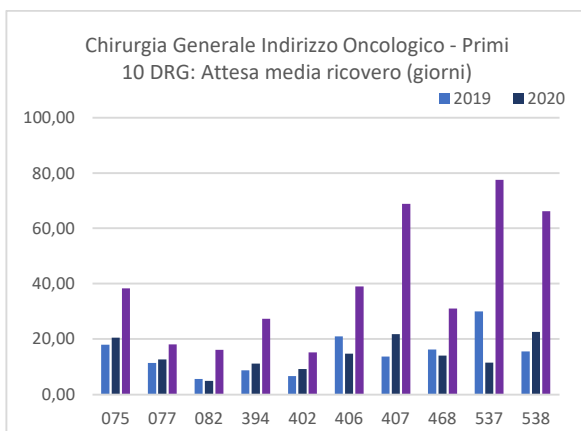
Outliers: quantità		2019	2020	2021
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC			1
150	LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC	1		



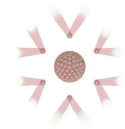
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC			1	
188	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 ANNI CON CC				1
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	1			1
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE		1		
493	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC				1
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni cin CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore				1
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	1			
Totale complessivo		3	2	5	



		Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
Analisi Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero							
146	RESEZIONE RETTALE CON CC	9,71	20,00	14,93	43	83	65
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	38,13	43,40	36,62	184	273	197
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	11,83	31,11	15,23	28	91	113
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	14,71	7,95	26,31	56	38	128
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	40,60	33,00	83,69	112	84	199
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	18,56	20,92	15,48	126	52	52
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	73,57	166,38	107,69	259	365	365
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni cin CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	18,06	16,45	20,50	77	62	127
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	18,51	8,41	24,17	205	24	237
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	32,42	19,63	26,57	330	144	203

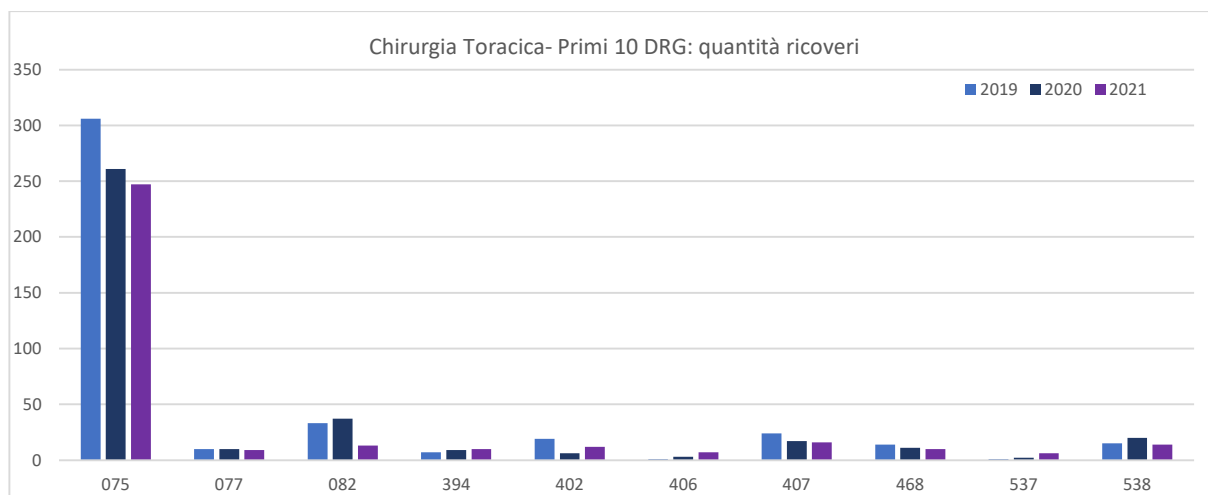


3.2.1.2. Analisi Chirurgia Toracica

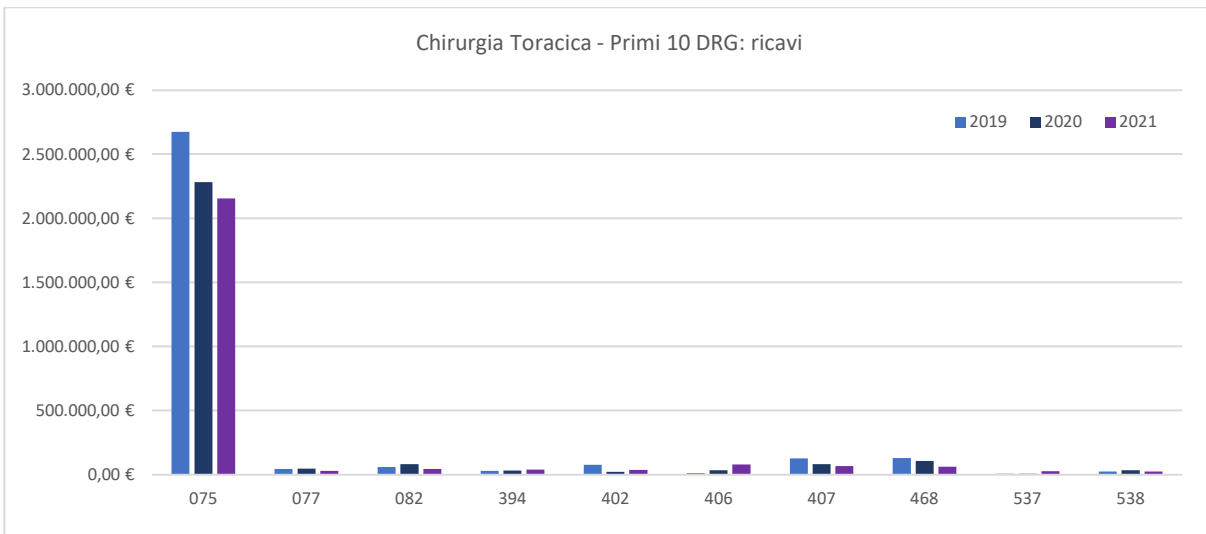
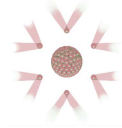


Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	306	261	247
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	10	10	9
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	33	37	13
394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	7	9	10
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	19	6	12
406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	1	3	7
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	24	17	16
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	14	11	10
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	1	2	6
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	15	20	14
Totale primi 10 DRG		430	376	344
Totale struttura		510	447	401
Percentuale primi 10 DRG		84,31%	84,12%	85,79%

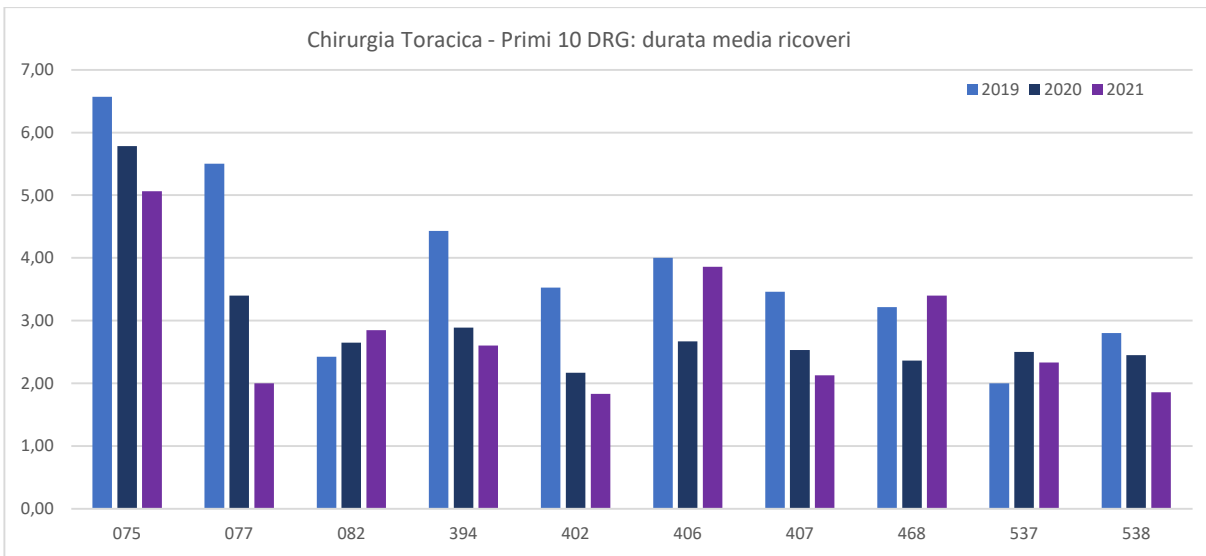


Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	2.673.522,00 €	2.280.357,00 €	2.153.949,50 €
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	43.433,00 €	46.390,00 €	29.923,00 €
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	59.753,00 €	80.275,00 €	42.459,00 €
394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	29.253,00 €	32.427,00 €	39.198,00 €
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	74.936,00 €	21.254,00 €	35.278,00 €
406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	11.178,00 €	33.534,00 €	78.246,00 €
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	125.007,00 €	81.656,00 €	64.963,00 €
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	128.832,00 €	105.048,00 €	61.440,00 €
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618,00 €	7.376,00 €	25.988,00 €
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	24.765,00 €	33.662,00 €	23.970,00 €
Totale primi 10 DRG		3.176.297,00 €	2.721.979,00 €	2.555.414,50 €
Totale struttura		3.480.508,00 €	2.938.920,00 €	2.752.876,50 €
Percentuale primi 10 DRG		91,26%	92,62%	92,83%

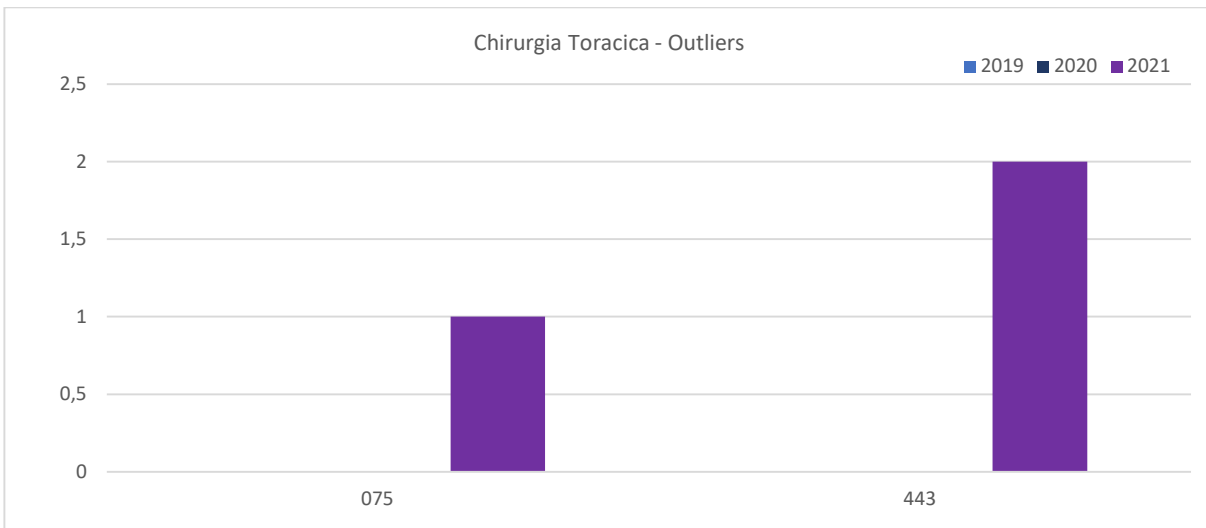
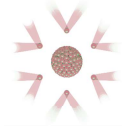


Analisi Primi 10 DRG: durata media ricoveri (gg)

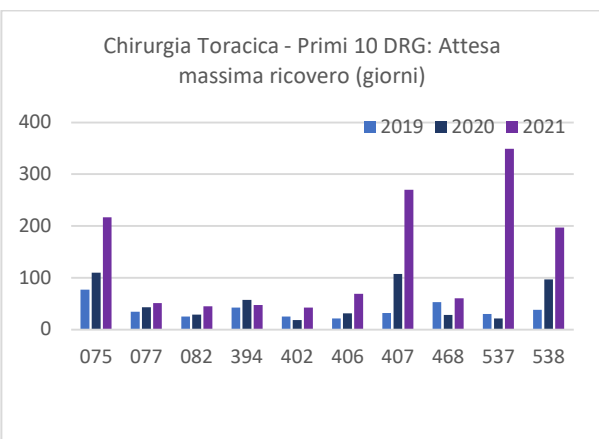
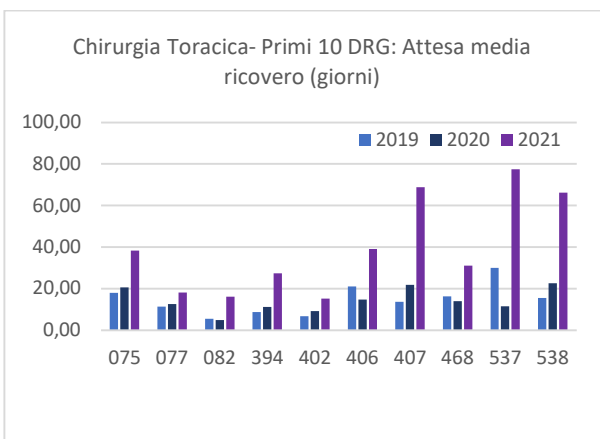
	2019	2020	2021
075 INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	6,57	5,78	5,06
077 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	5,50	3,40	2,00
082 NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2,42	2,65	2,85
394 ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	4,43	2,89	2,60
402 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3,53	2,17	1,83
406 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	4,00	2,67	3,86
407 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	3,46	2,53	2,13
468 INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	3,21	2,36	3,40
537 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2,00	2,50	2,33
538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2,80	2,45	1,86



Outliers: quantità		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE			1
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC			2



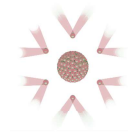
	Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero	Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	18,00	20,54	38,28	77	110	217
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	11,30	12,60	18,11	34	43	51
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	5,52	4,84	16,15	25	29	45
394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	8,71	11,11	27,30	42	57	47
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	6,63	9,17	15,17	25	18	42
406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	21,00	14,67	39,00	21	31	69
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	13,63	21,82	68,81	32	107	270
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	16,21	14,00	31,00	53	28	60
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	30,00	11,50	77,50	30	21	349
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	15,53	22,55	66,14	38	97	197



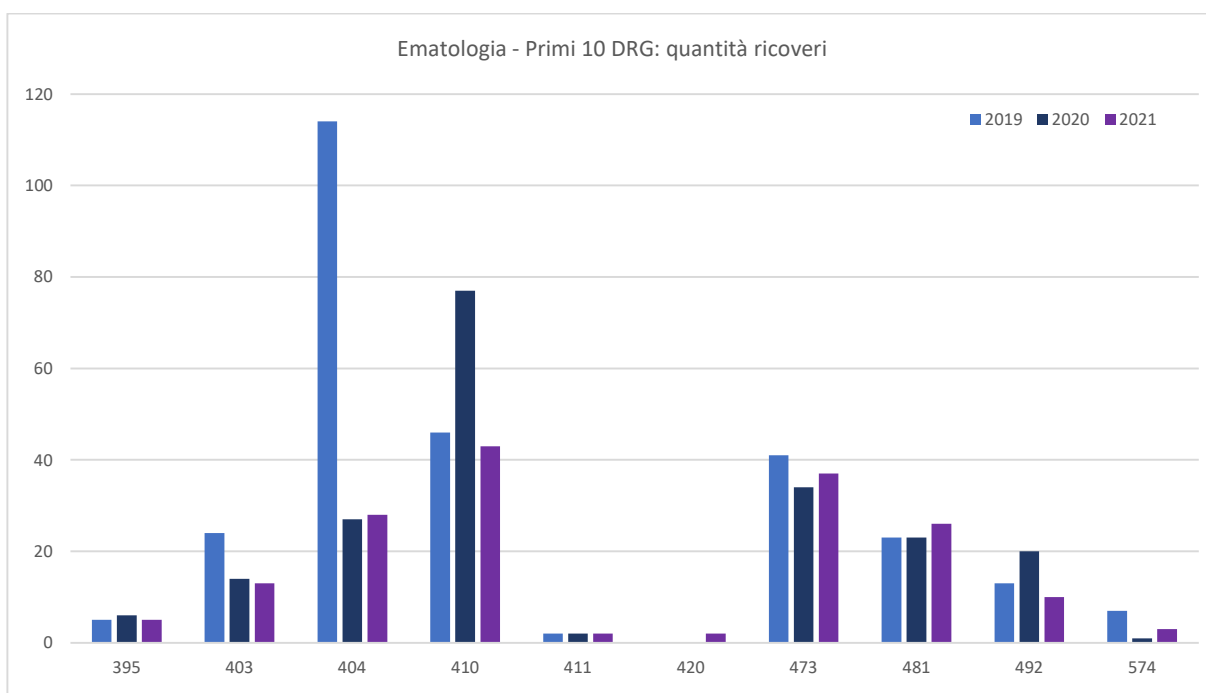
3.2.1.3. Analisi Ematologia

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

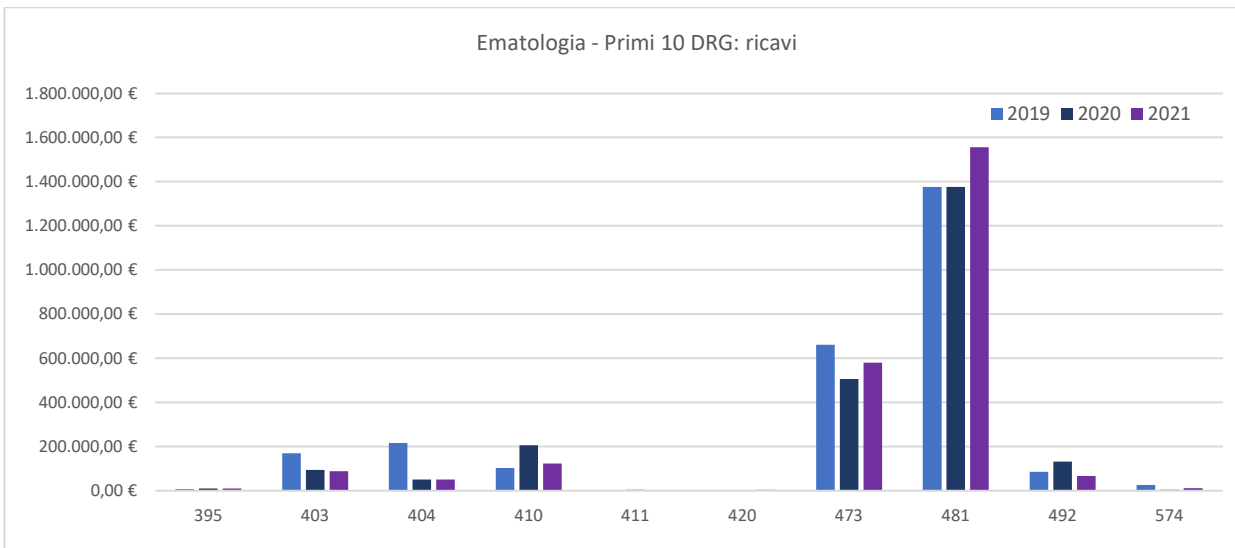
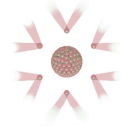
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	5	6	5
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	24	14	13



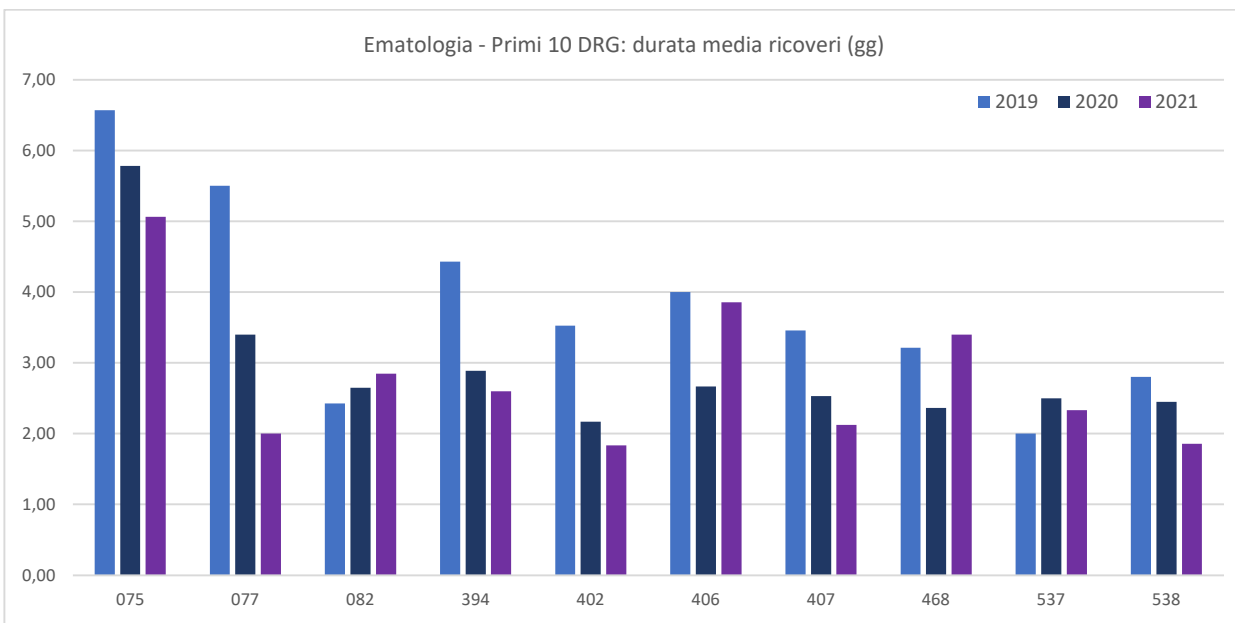
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	114	27	28
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	46	77	43
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	2	2	2
420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC			2
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	41	34	37
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	23	23	26
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	13	20	10
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	7	1	3
Totale primi 10 DRG		275	204	169
Totale struttura		293	222	179
Percentuale primi 10 DRG		93,86%	91,89%	94,41%

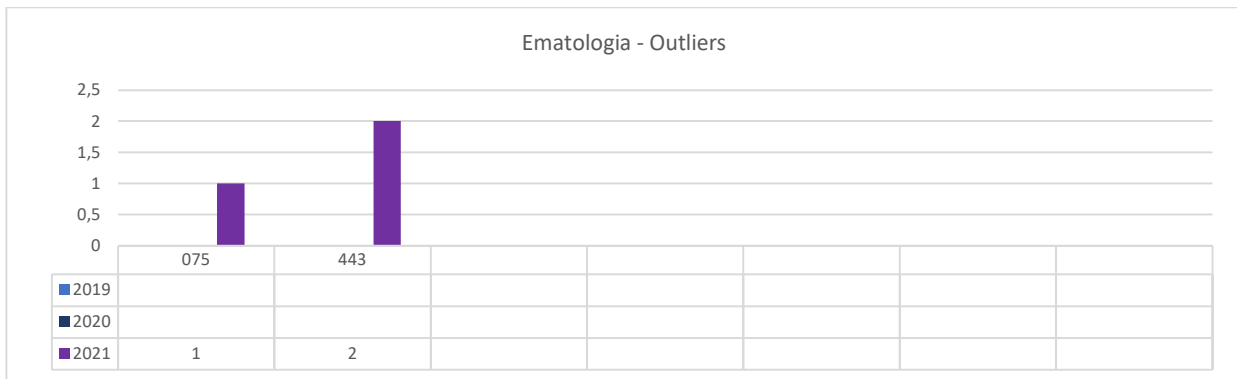
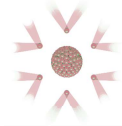


Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	7.011,00 €	10.056,00 €	9.472,00 €
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	168.951,00 €	94.427,00 €	88.572,00 €
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	215.362,00 €	50.661,00 €	50.934,00 €
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	103.180,00 €	205.064,00 €	122.560,00 €
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	1.736,00 €	3.976,00 €	1.736,00 €
420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC			4.172,00 €
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	660.590,00 €	505.915,00 €	579.413,00 €
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	1.375.538,00 €	1.375.538,00 €	1.554.956,00 €
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	85.488,00 €	131.520,00 €	65.760,00 €
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	26.166,00 €	3.738,00 €	11.214,00 €
Totale primi 10 DRG		2.644.022,00 €	2.380.895,00 €	2.488.789,00 €
Totale struttura		2.735.766,00 €	2.489.759,00 €	2.539.347,00 €
Percentuale primi 10 DRG		96,65%	95,63%	98,01%

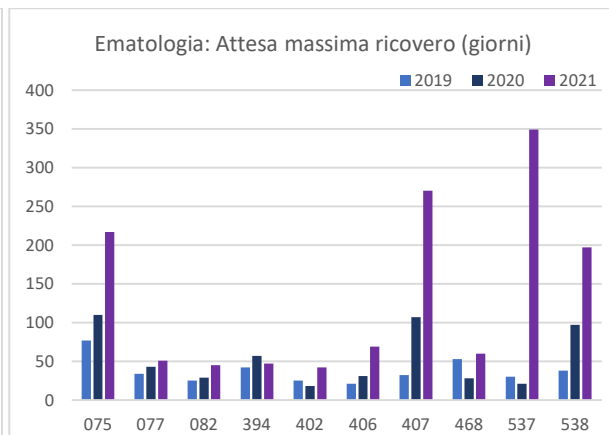
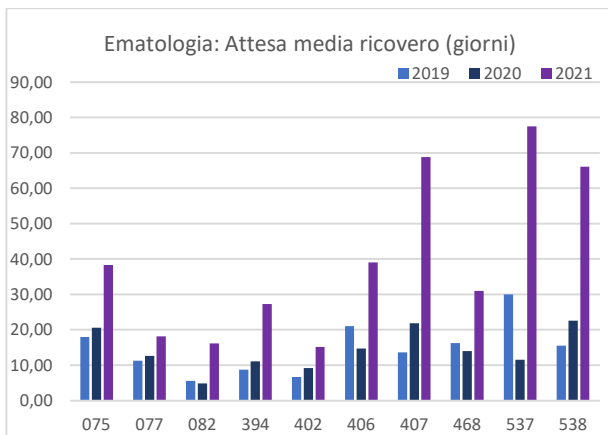


Analisi Primi 10 DRG: durata media ricoveri (gg)		2019	2020	2021
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	13,60	6,33	14,40
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	16,29	18,29	18,08
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	9,50	10,30	11,61
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	9,28	11,90	13,47
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	4,50	26,50	3,50
420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC			3,50
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	27,05	28,06	27,11
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	22,57	24,17	19,92
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	23,69	22,95	21,60
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	4,14	4,00	14,33





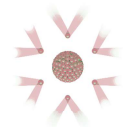
		Media			Max		
Ematologia - Media e Max giorni attesa ricovero		2019	2020	2021	2019	2020	2021
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI	1,20	1,17	3,60	6	6	9
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	6,04	3,21	8,54	21	16	46
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	12,72	3,81	11,07	60	15	74
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	15,59	13,95	18,53	74	63	93
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	4,00	7,50	2,50	8	15	4
420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC			1,00			1
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	5,85	5,06	4,65	28	49	28
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	27,22	17,61	9,38	122	83	55
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	14,69	12,00	20,30	39	40	41
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	8,43	5,00	1,00	28	5	1



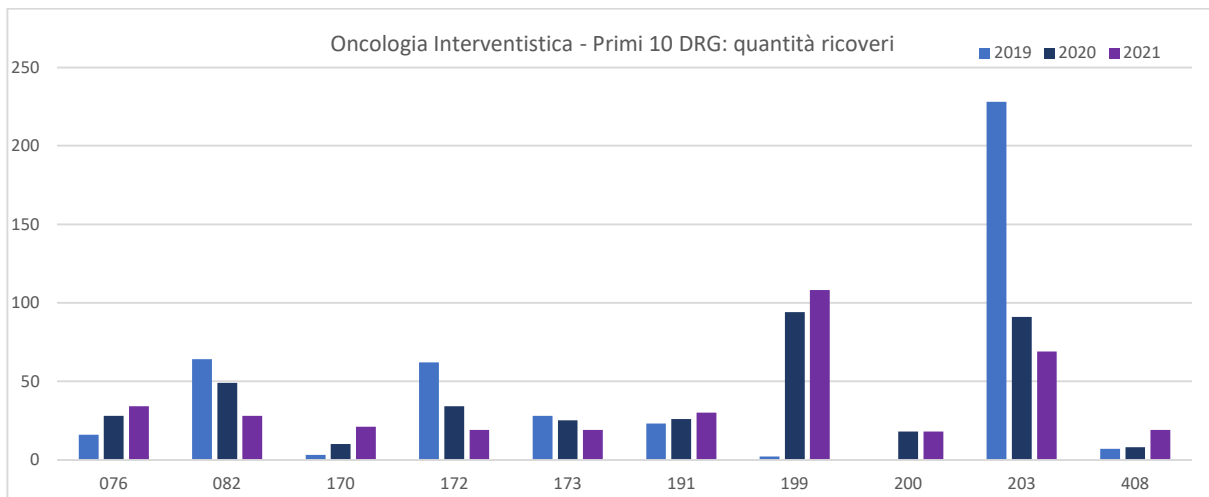
3.2.1.4. Analisi Oncologia Interventistica

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	16	28	34
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	64	49	28
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	3	10	21
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	62	34	19
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	28	25	19
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	23	26	30
199	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	2	94	108

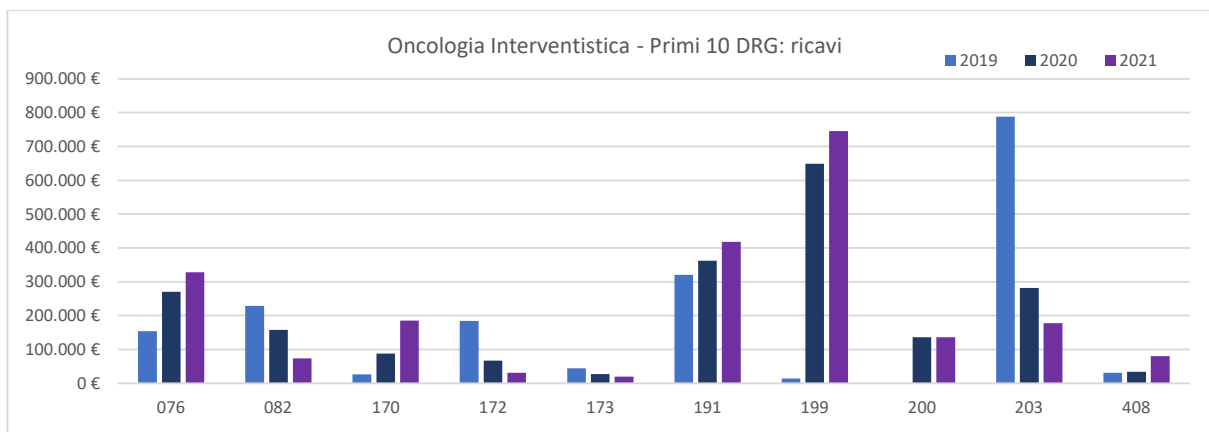


200	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI		18	18
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	228	91	69
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	7	8	19
Totale primi 10 DRG		433	383	365
Totale struttura		717	650	610
Percentuale primi 10 DRG		60,39%	58,92%	59,84%



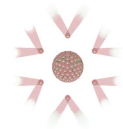
Analisi Primi 10 DRG: ricavi

	2019	2020	2021
076 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	154.400 €	270.200 €	328.100 €
082 NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	228.616 €	157.353 €	73.850 €
170 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	26.430 €	88.100 €	185.010 €
172 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	184.419 €	66.818 €	31.239 €
173 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	44.586 €	27.460 €	19.165 €
191 INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	320.367 €	362.154 €	417.870 €
199 PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	13.804 €	648.788 €	745.416 €
200 PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI		135.630 €	135.630 €
203 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	787.707 €	281.545 €	177.219 €
408 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	30.688 €	33.814 €	80.046 €
Totale primi 10 DRG	1.791.017,00 €	2.071.862,00 €	2.193.545,00 €
Totale struttura	2.922.314,00 €	3.508.932,00 €	3.365.175,00 €
Percentuale primi 10 DRG	61,29%	59,05%	65,18%

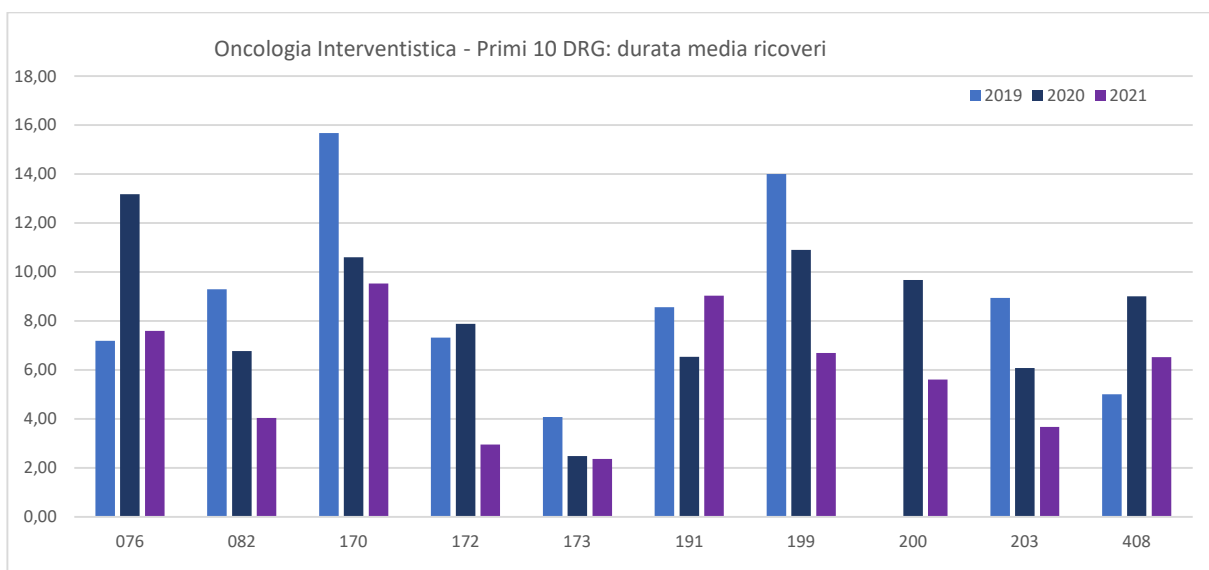


Analisi Primi 10 DRG: durata media

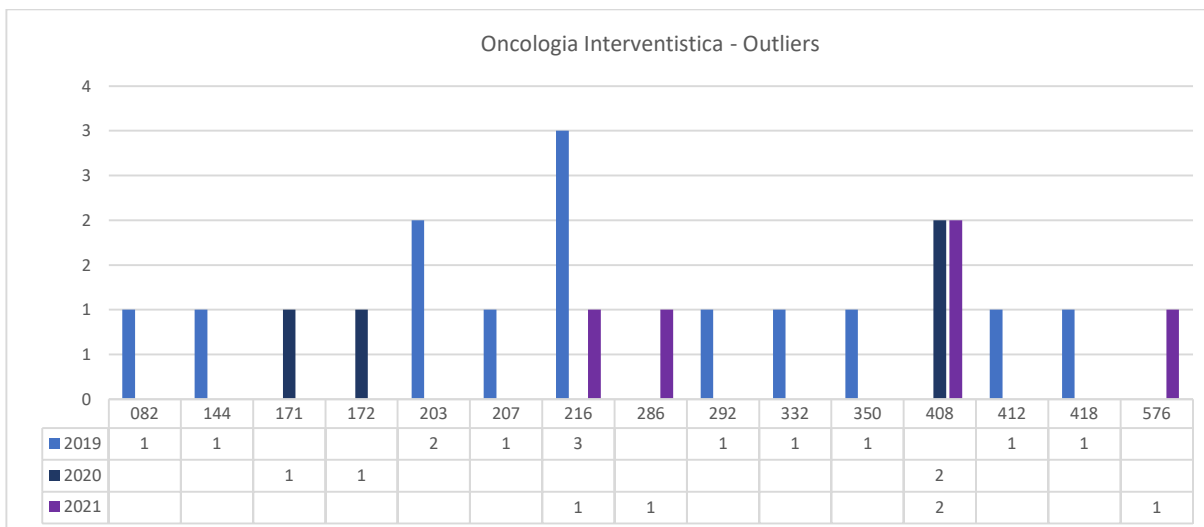
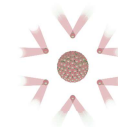
	2019	2020	2021
076 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	7,19	13,18	7,59



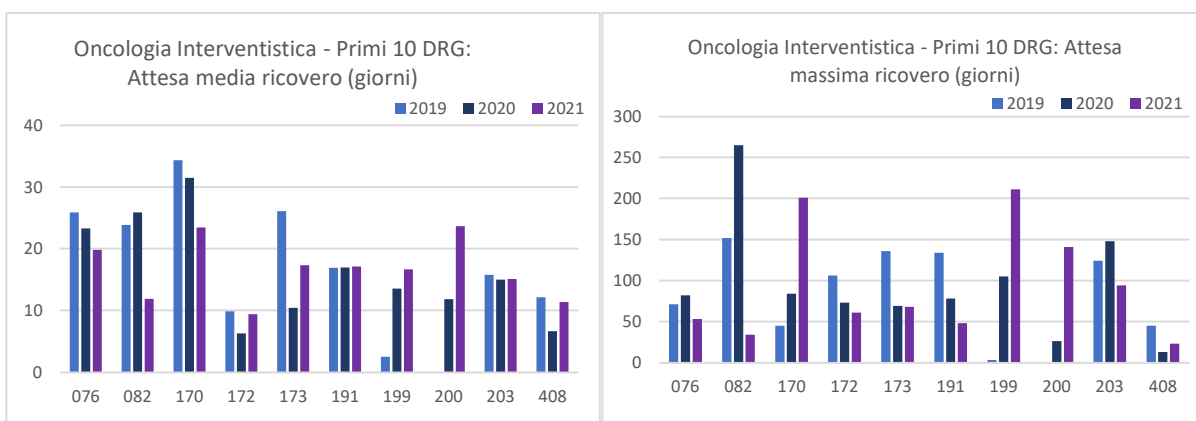
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	9,30	6,78	4,04
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	15,67	10,60	9,52
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	7,32	7,88	2,95
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	4,07	2,48	2,37
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	8,57	6,54	9,03
199	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	14,00	10,90	6,69
200	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI		9,67	5,61
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	8,93	6,08	3,67
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	5,00	9,00	6,53



Outliers: quantità		2019	2020	2021
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1		
144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	1		
171	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC		1	
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC		1	
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	2		
207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	1		
216	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	3		1
286	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI			1
292	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	1		
332	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	1		
350	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI		2	2
412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNI CON ENDOSCOPIA	1		
418	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	1		
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni			1
Totale complessivo		13	4	5



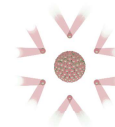
Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero	Media			Max		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
076	25,88	23,29	19,79	71	82	53
082	23,84	25,88	11,86	152	265	34
170	34,33	31,5	23,43	45	84	201
172	9,871	6,294	9,368	106	73	61
173	26,07	10,44	17,32	136	69	68
191	16,91	16,96	17,13	134	78	48
199	2,5	13,53	16,68	3	105	211
200		11,83	23,67		26	141
203	15,75	14,99	15,07	124	148	94
408	12,14	6,625	11,37	45	13	23



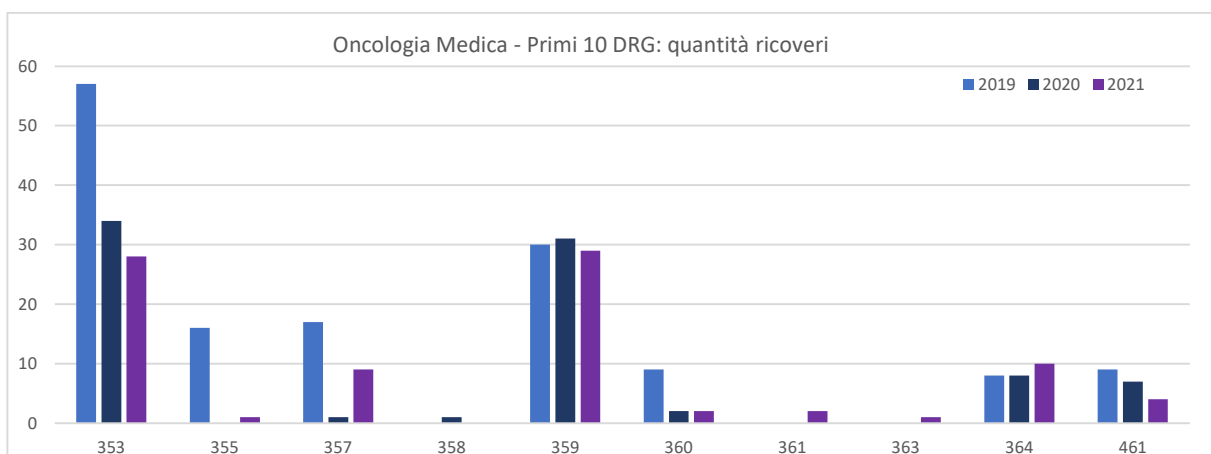
3.2.1.5. Analisi Oncologia Medica

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

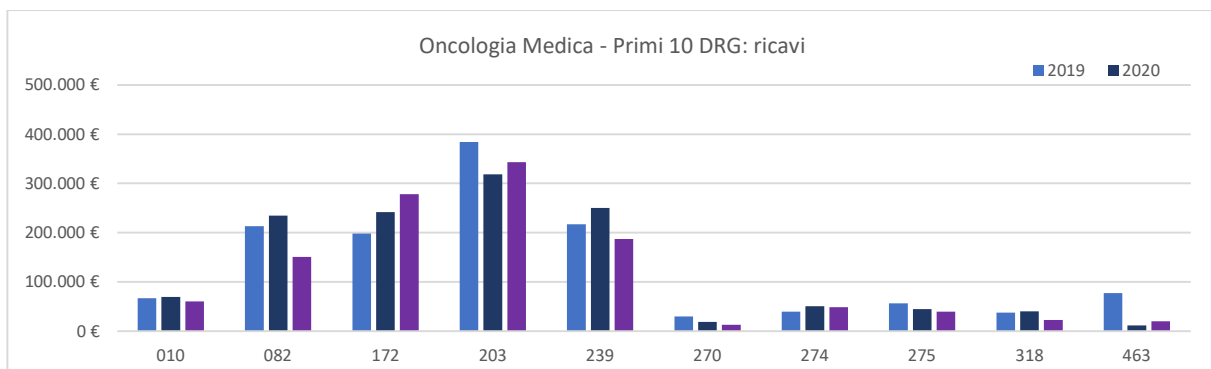
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	15	16	14
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	52	59	36
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	44	55	62



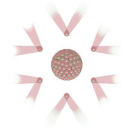
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	93	78	84
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	61	67	53
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	19	13	9
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	10	12	14
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	30	20	18
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	9	10	5
463	SEGNI E SINTOMI CON CC	27	6	8
Totale primi 10 DRG		360	336	303
Totale struttura		433	383	365
Percentuale primi 10 DRG		83,14%	87,73%	83,01%



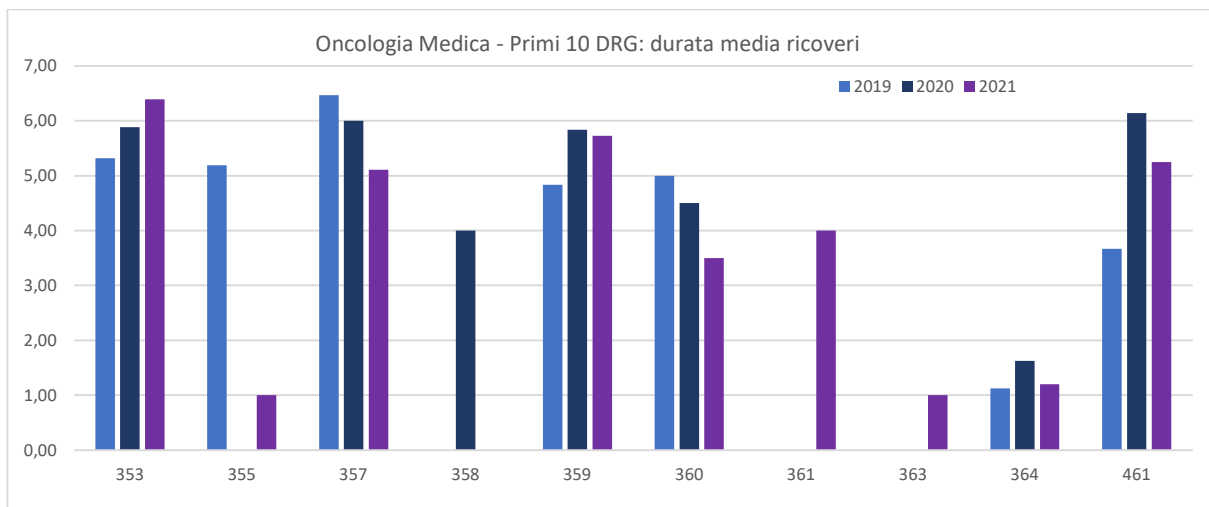
Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	66.956 €	69.312 €	60.648 €
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	212.873 €	234.267 €	150.420 €
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	197.957 €	241.756 €	278.241 €
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	384.403 €	318.630 €	343.140 €
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	216.698 €	250.372 €	186.973 €
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	29.498 €	18.846 €	13.184 €
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	39.830 €	50.494 €	48.454 €
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	56.510 €	44.910 €	39.834 €
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	37.770 €	40.060 €	22.604 €
463	SEGNI E SINTOMI CON CC	77.490 €	11.898 €	20.299 €
Totale primi 10 DRG		1.319.985,00 €	1.280.545,00 €	1.163.797,00 €
Totale struttura		1.732.957,00 €	1.570.227,00 €	1.424.663,00 €
Percentuale primi 10 DRG		76,17%	81,55%	81,69%



Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	15,73	11,56	12,29

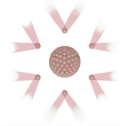


082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	10,35	10,17	8,75
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	14,23	10,45	9,00
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	8,84	7,76	7,71
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	11,95	11,04	8,79
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	9,16	7,85	8,00
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	8,50	14,50	9,86
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	6,17	6,30	6,44
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	13,67	9,30	18,80
463	SEGNI E SINTOMI CON CC	7,30	7,00	4,88

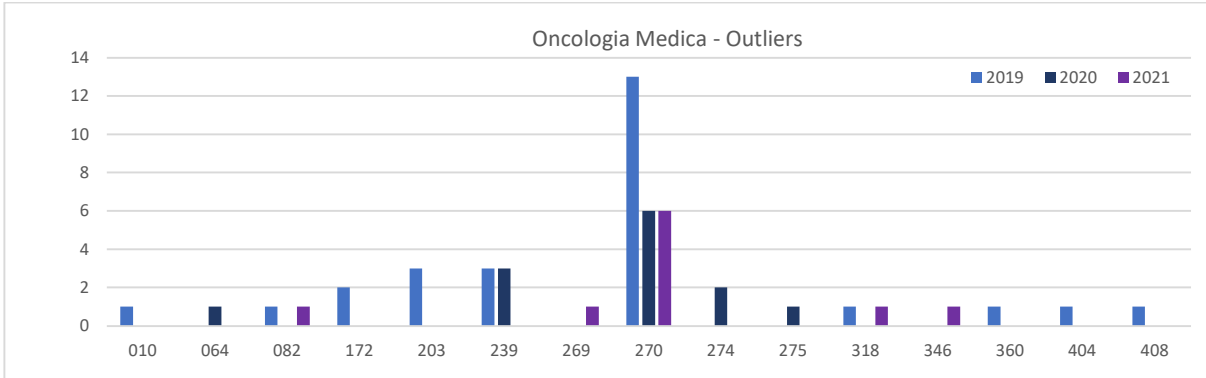


Outliers: quantità		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1		
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		1	
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1		1
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	2		
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	3		
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	3	3	
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC			1
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	13	6	6
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC		2	
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC		1	
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1		1
346	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC			1
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	1		
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1		
Totale complessivo		27	13	10

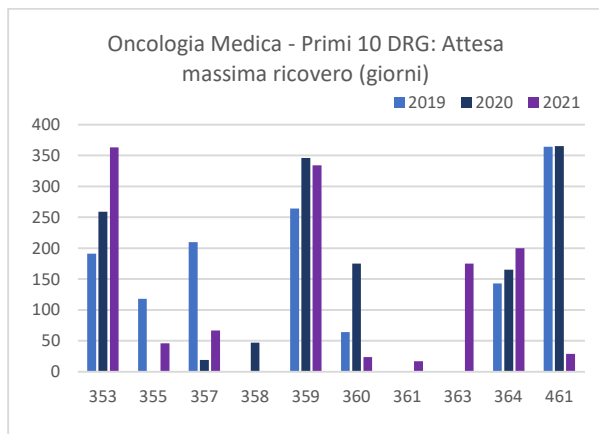
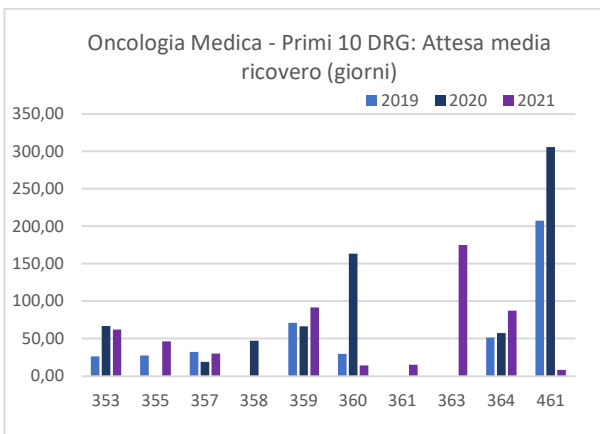
Outliers: quantità		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1		
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		1	
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1		1
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	2		
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	3		
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	3	3	
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC			1



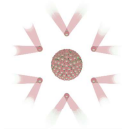
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	13	6	6
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC		2	
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC		1	
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1		1
346	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC			1
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	1		
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1		
Totale complessivo		27	13	10



		Media			Max		
Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero		2019	2020	2021	2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	6,53	8,19	14,00	25	22	37
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	9,62	8,61	11,19	51	23	34
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	7,50	9,20	10,52	30	29	28
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	6,78	6,17	11,75	34	18	43
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	12,41	10,90	15,25	79	34	42
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	12,05	12,62	17,22	31	27	28
274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	9,50	8,67	14,29	23	21	35
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	14,17	10,95	15,50	34	24	42
318	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	11,11	7,50	17,40	30	15	23
463	SEGNI E SINTOMI CON CC	7,00	6,50	7,75	21	12	18

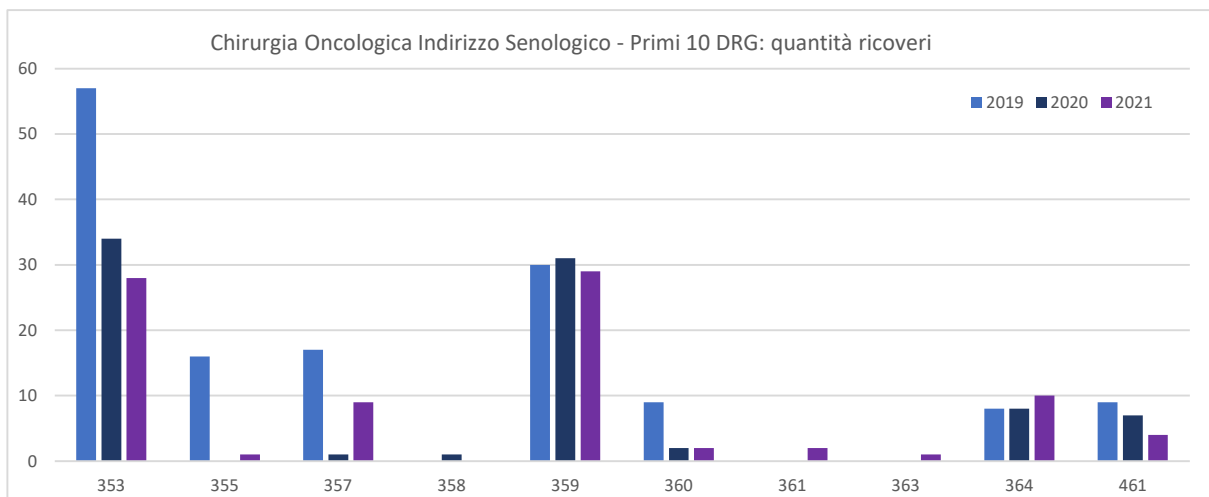


3.2.1.6. Analisi Chirurgia Oncologica Indirizzo Senologico



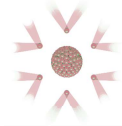
Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	2	1	4
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	209	215	223
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	169	151	158
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	131	109	143
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	3	5	6
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	2		3
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC		1	2
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2	8	5
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	9	3	3
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	9	3	3
Totale primi 10 DRG		536	496	550
Totale struttura		554	514	558
Percentuale primi 10 DRG		96,75%	96,50%	98,57%

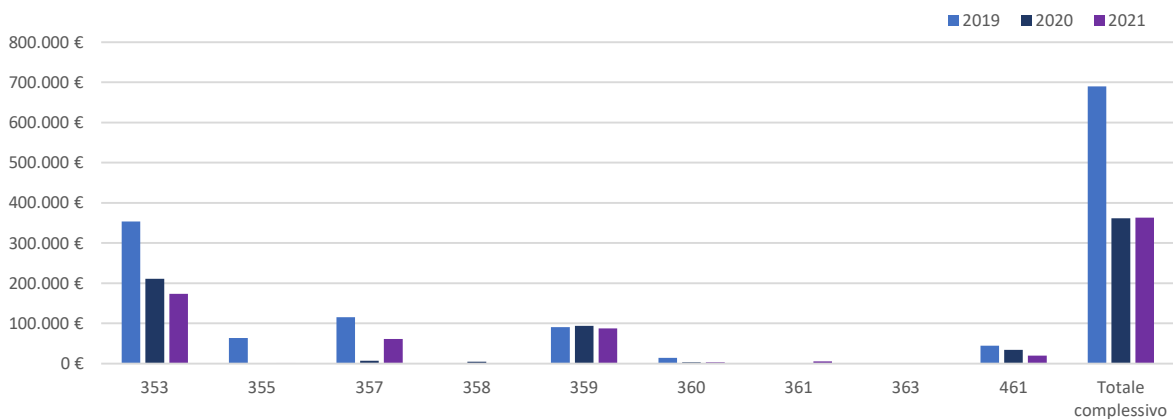


55

Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	7.896 €	3.948 €	15.792 €
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	698.269 €	718.315 €	745.043 €
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	383.938 €	340.574 €	364.988 €
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	272.501 €	231.130 €	313.511 €
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	3.486 €	5.810 €	6.972 €
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	3.466 €		4.866 €
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC		5.878 €	11.756 €
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2.450 €	9.800 €	6.125 €
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	18.626 €	7.012 €	4.602 €
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2.760 €	1.956 €	1.438 €
Totale primi 10 DRG		1.393.392,00 €	1.324.423,00 €	1.475.093,00 €
Totale struttura		1.455.653,00 €	1.398.685,00 €	1.498.566,00 €
Percentuale primi 10 DRG		95,72%	94,69%	98,43%



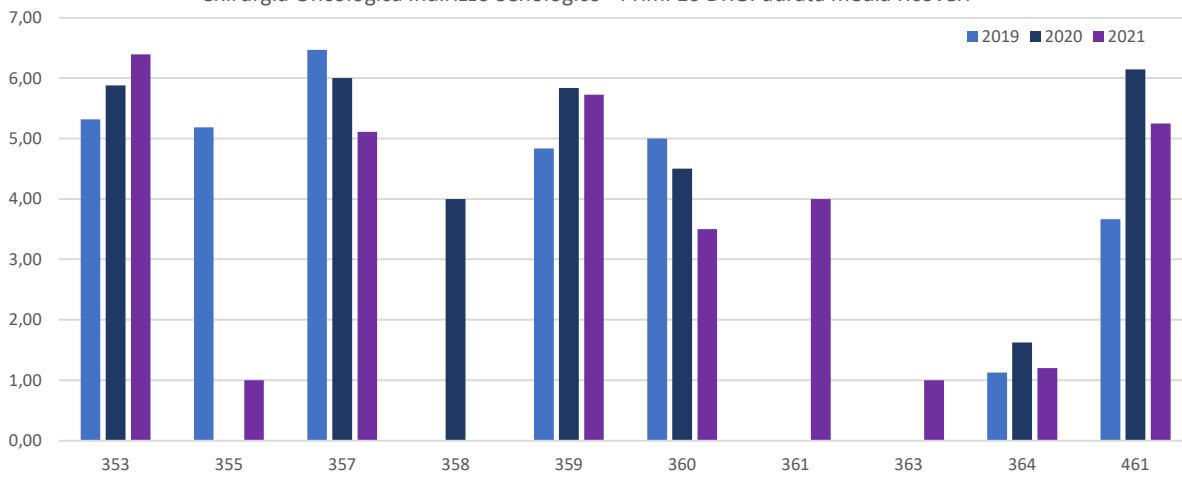
Chirurgia Oncologica Indirizzo Senologico - Primi 10 DRG: ricavi



Analisi Primi 10 DRG: durata media

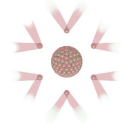
		2019	2020	2021
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	5,50	3,00	4,75
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	3,02	3,08	3,23
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	2,76	2,70	2,73
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	1,24	1,28	1,46
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	1,00	1,00	1,00
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1,00		4,67
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC		3,00	3,00
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2,00	2,50	3,20
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	1,56	2,00	1,00
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	1,56	3,33	1,67

Chirurgia Oncologica Indirizzo Senologico - Primi 10 DRG: durata media ricoveri

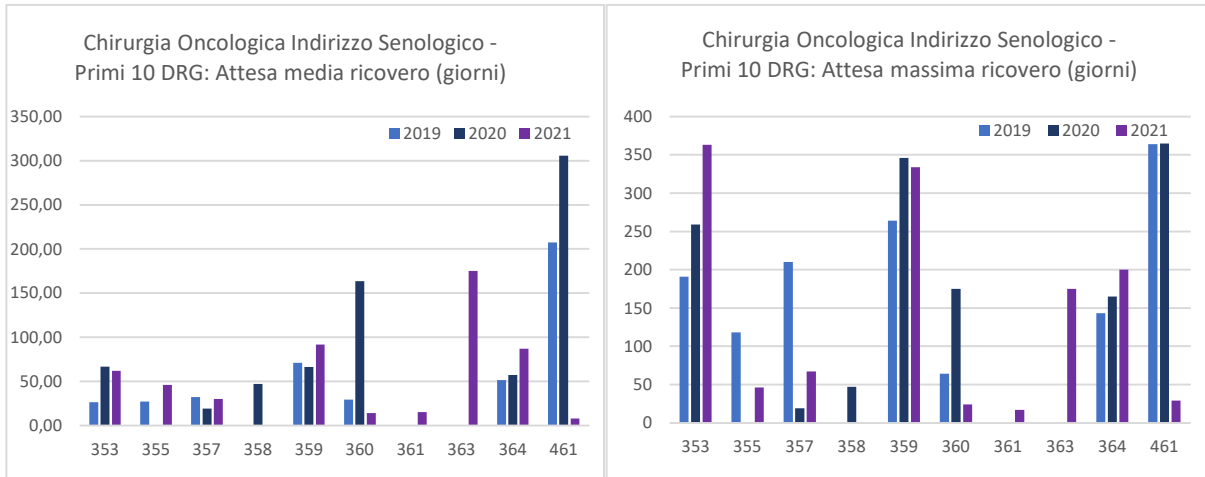


Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero

		Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	35,50	54,00	46,50	40	54	62
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	45,52	43,89	40,14	271	299	129
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	48,36	42,53	42,44	301	252	142
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	23,39	30,06	34,94	362	364	357
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	1,33	7,00	14,67	3	28	51



266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1,50		31,67	2		58
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC		33,00	11,00		33	21
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,00	17,50	24,80	0	53	40
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	16,78	12,00	13,33	64	32	34
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	45,22	47,67	58,33	69	69	74

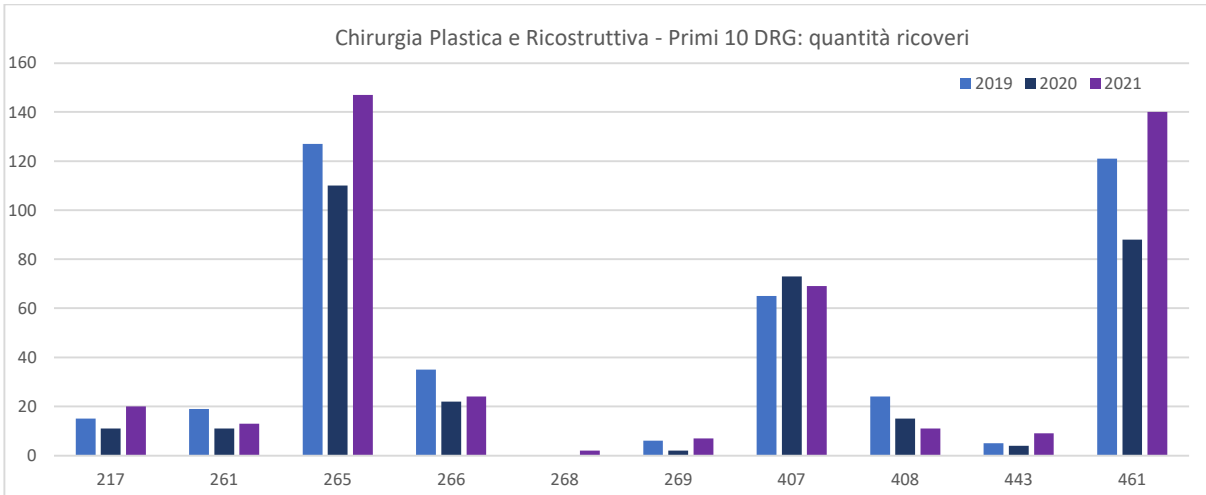
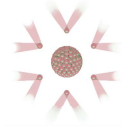


3.2.1.7. Analisi Chirurgia Plastica e Ricostruttiva

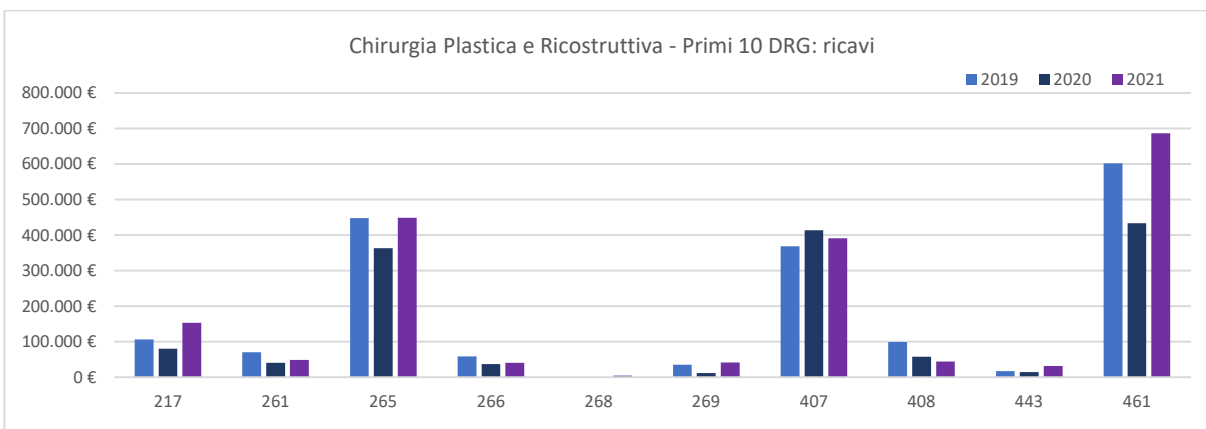
Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

57

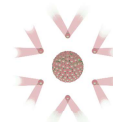
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	15	11	20
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	19	11	13
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	127	110	147
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	35	22	24
268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA			2
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	6	2	7
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	65	73	69
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	24	15	11
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	5	4	9
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	121	88	140
Totale primi 10 DRG		417	336	442
Totale struttura		424	346	449
Percentuale primi 10 DRG		98,35%	97,11%	98,44%



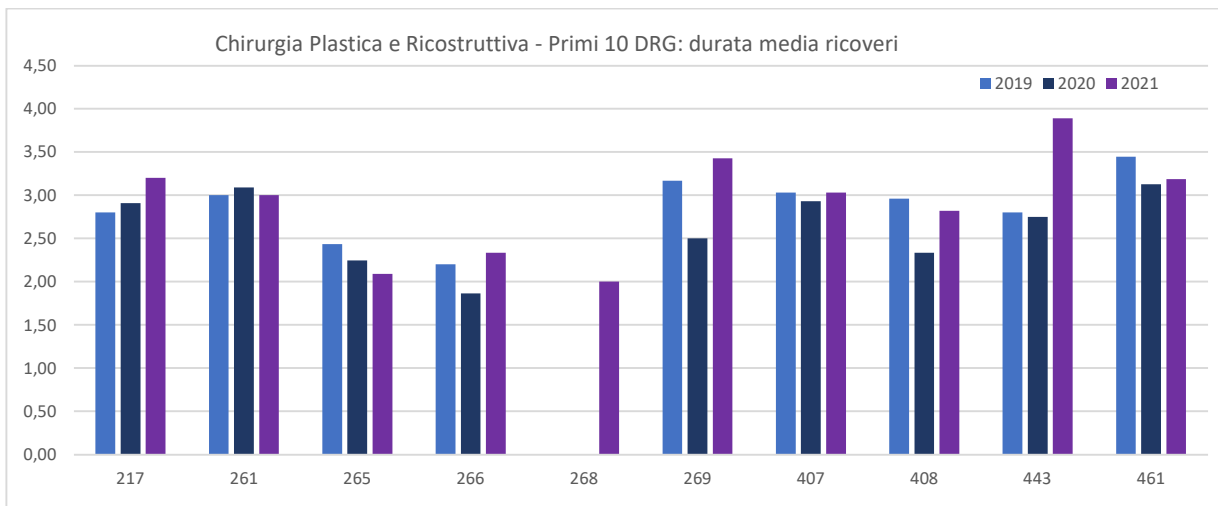
Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	105.978 €	79.862 €	153.560 €
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	70.471 €	40.799 €	48.217 €
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	447.806 €	363.214 €	448.908 €
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	58.213 €	36.794 €	40.527 €
268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA			4.361 €
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	35.268 €	11.756 €	41.146 €
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	368.420 €	413.764 €	391.092 €
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	99.345 €	57.932 €	44.310 €
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	17.460 €	13.968 €	31.428 €
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	601.553 €	433.312 €	686.846 €
Totale primi 10 DRG		1.804.514,00 €	1.451.401,00 €	1.890.395,00 €
Totale struttura		1.826.679,00 €	1.477.623,00 €	1.910.704,00 €
Percentuale primi 10 DRG		98,79%	98,23%	98,94%



Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	2,80	2,91	3,20
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	3,00	3,09	3,00
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	2,43	2,25	2,09

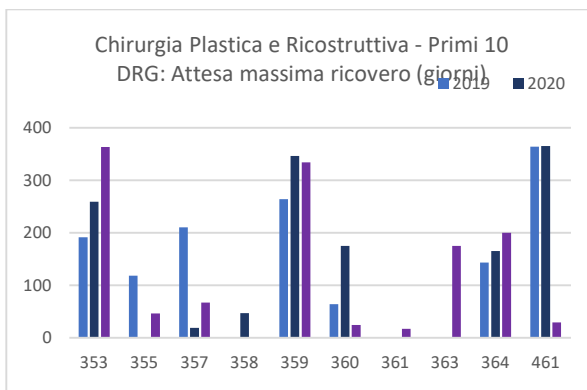
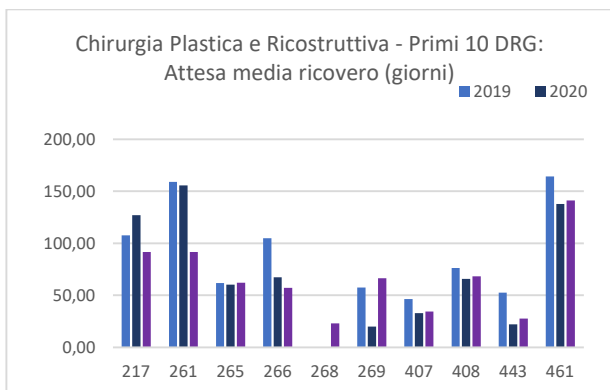
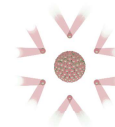


266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	2,20	1,86	2,33
268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA			2,00
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	3,17	2,50	3,43
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	3,03	2,93	3,03
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	2,96	2,33	2,82
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	2,80	2,75	3,89
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	3,45	3,13	3,19



Outliers: quantità		2019	2020	2021
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC			1
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	1		1

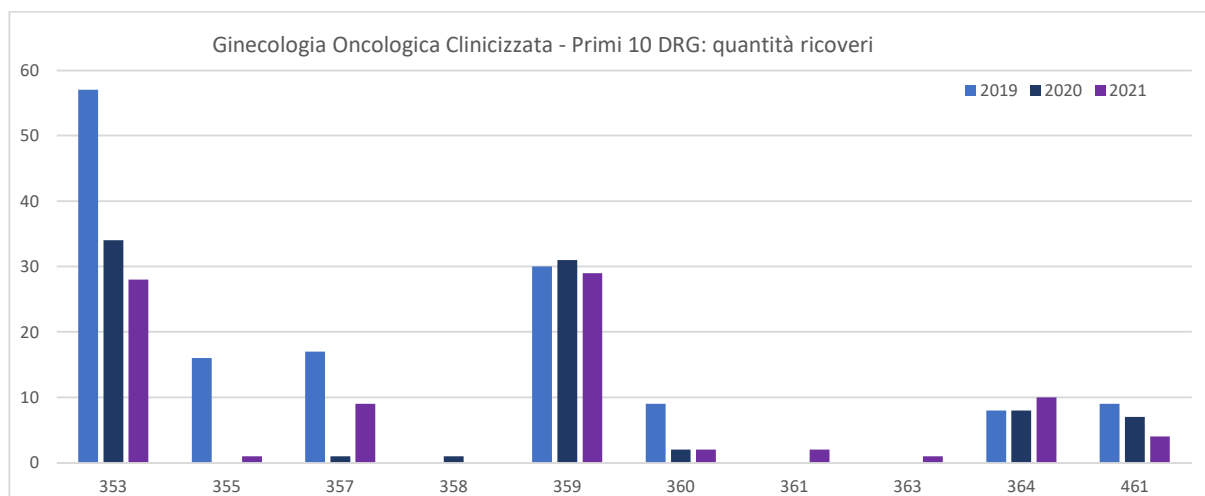
		Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero							
217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	107,60	127,00	91,65	299	326	292
261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	158,84	155,73	91,69	327	364	287
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	61,83	60,15	62,10	262	362	306
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	104,77	67,23	57,25	357	258	152
268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA			23,00			32
269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	57,50	20,00	66,43	113	27	176
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	46,51	32,88	34,41	147	77	90
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	76,21	65,80	68,36	285	359	363
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	52,60	22,25	27,78	120	54	92
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	164,33	137,70	141,12	365	365	365



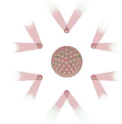
3.2.1.8. Analisi Ginecologia Oncologica Clinicizzata

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

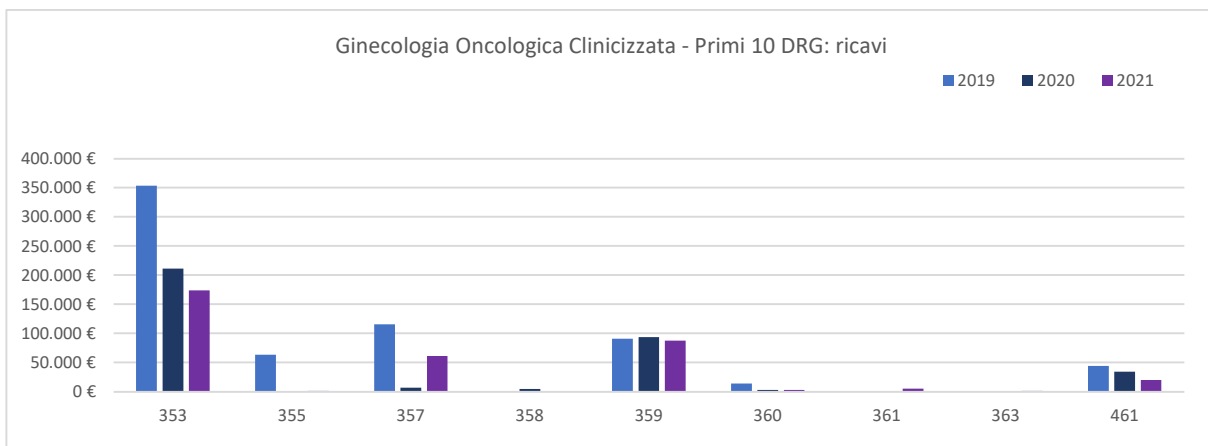
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
353	EVISCELAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	57	34	28
355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	16		1
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	17	1	9
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC		1	
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	30	31	29
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	9	2	2
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE			2
363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI			1
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	8	8	10
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	9	7	4
Totale complessivo		146	84	86
Totale struttura		159	89	86
Percentuale primi 10 DRG		91,82%	94,38%	100,00%



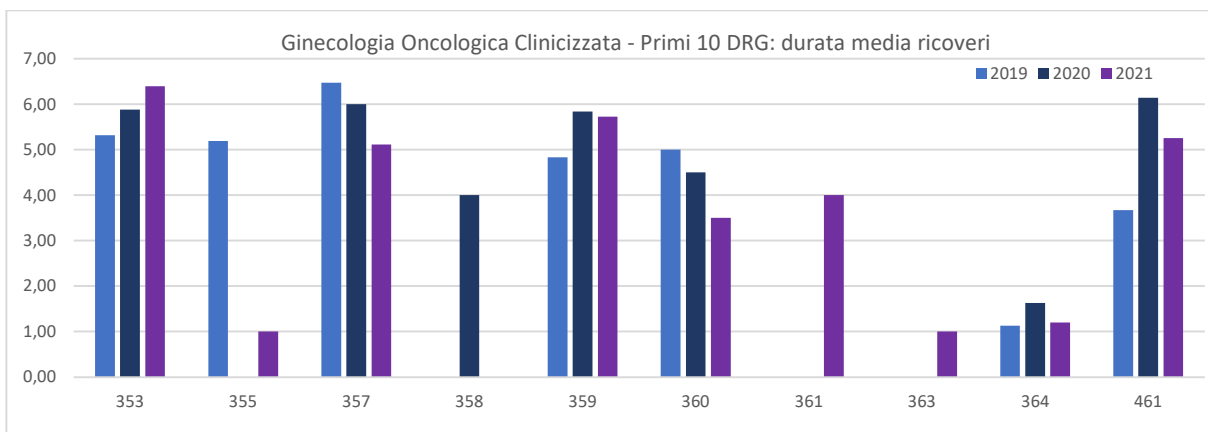
Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
353	EVISCELAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	353.571 €	210.902 €	173.684 €



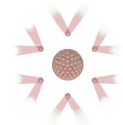
355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	63.344 €		1.455 €
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	115.447 €	6.791 €	61.119 €
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC		4.317 €	
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	90.810 €	93.837 €	87.783 €
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	13.905 €	3.090 €	2.927 €
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE			5.178 €
363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI			1.026 €
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	44.316 €	34.468 €	19.696 €
Totale primi 10 DRG		689.443,00 €	361.588,00 €	362.956,00 €
Totale struttura		742.436,00 €	374.714,00 €	362.956,00 €
Percentuale primi 10 DRG		92,86%	96,50%	100,00%



Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	5,32	5,88	6,39
355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	5,19		1,00
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	6,47	6,00	5,11
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC		4,00	
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	4,83	5,84	5,72
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	5,00	4,50	3,50
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE			4,00
363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI			1,00
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	1,13	1,63	1,20
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	3,67	6,14	5,25



	Media	Max
--	-------	-----

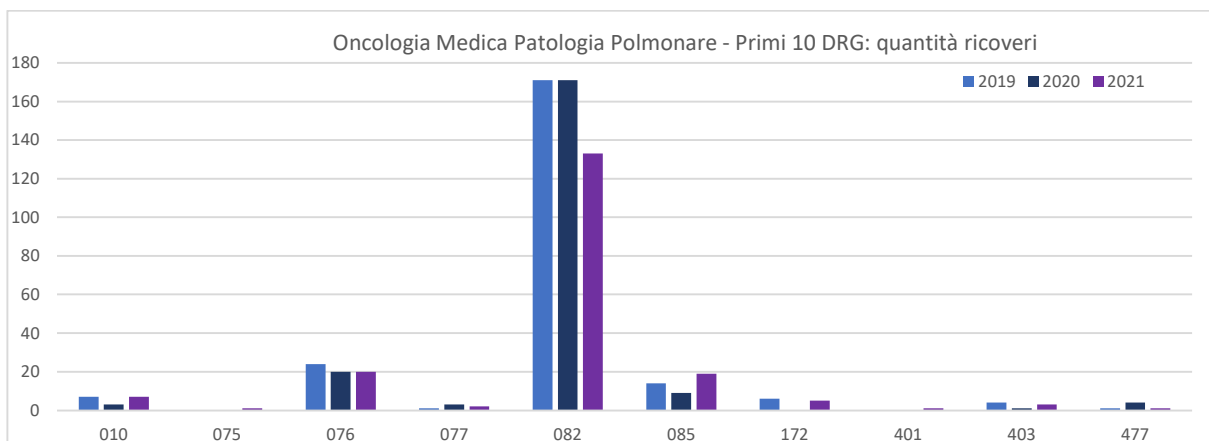


Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero		2019	2020	2021	2019	2020	2021
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	26,30	66,62	61,82	191	259	363
355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	27,19		46,00	118		46
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	32,29	19,00	30,00	210	19	67
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC		47,00			47	
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	70,93	66,45	91,69	264	346	334
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICIA E VULVA	29,33	163,50	14,00	64	175	24
361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE			15,00			17
363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI			175,00			175
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	51,50	57,38	87,10	143	165	200
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	207,44	305,86	8,00	364	365	29

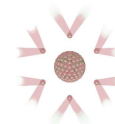
3.2.1.9. Analisi Oncologia Medica Patologia Polmonare

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

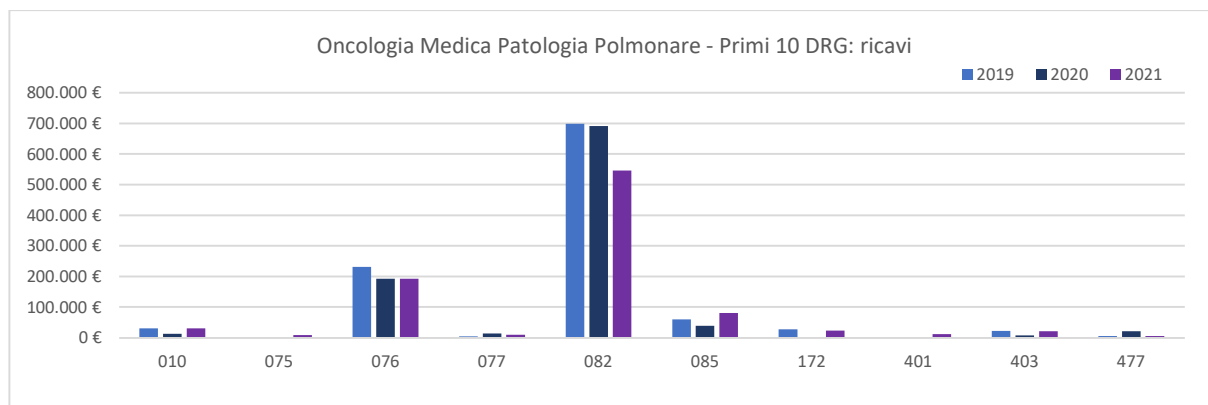
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	7	3	7
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE			1
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	24	20	20
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	1	3	2
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	171	171	133
085	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	14	9	19
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	6		5
401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC			1
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	4	1	3
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1	4	1
Totale primi 10 DRG		228	211	192
Totale struttura		252	220	194
Percentuale primi 10 DRG		90,48%	95,91%	98,97%



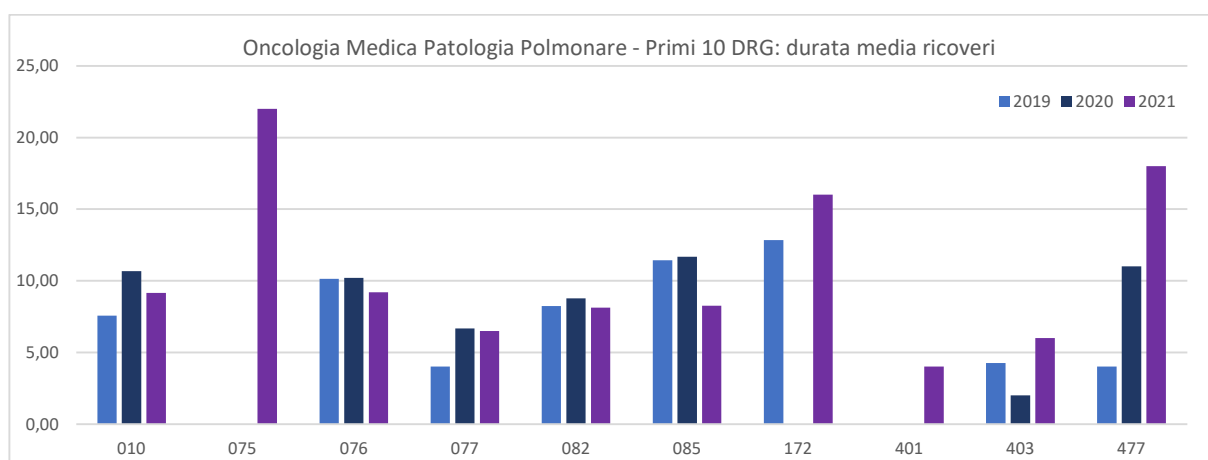
Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	30.324 €	12.996 €	30.324 €
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE			8.737 €
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	231.600 €	193.000 €	193.000 €
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	4.639 €	13.917 €	9.278 €



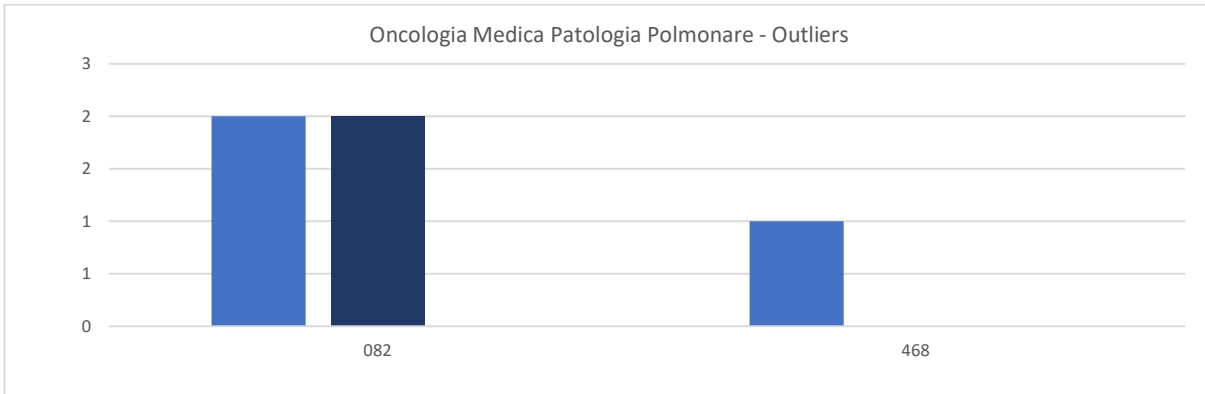
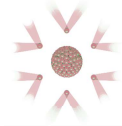
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	698.605 €	691.095 €	545.657 €
085	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	59.640 €	38.340 €	80.940 €
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	27.300 €		22.750 €
401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC			11.719 €
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	22.577 €	7.185 €	21.555 €
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	5.172 €	20.688 €	5.172 €
Totale primi 10 DRG		1.079.857,00 €	977.221,00 €	929.132,00 €
Totale struttura		1.205.911,00 €	1.035.835,00 €	936.453,00 €
Percentuale primi 10 DRG		89,55%	94,34%	99,22%



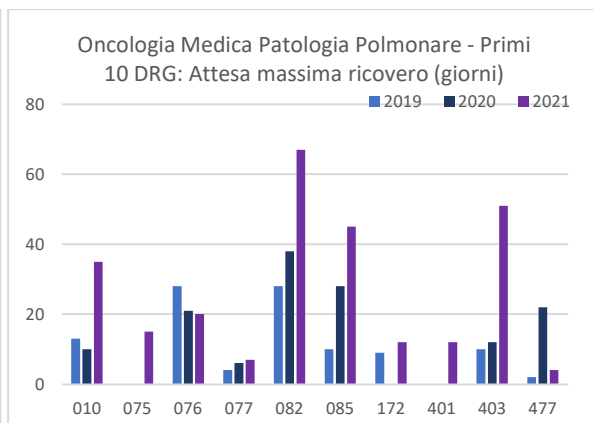
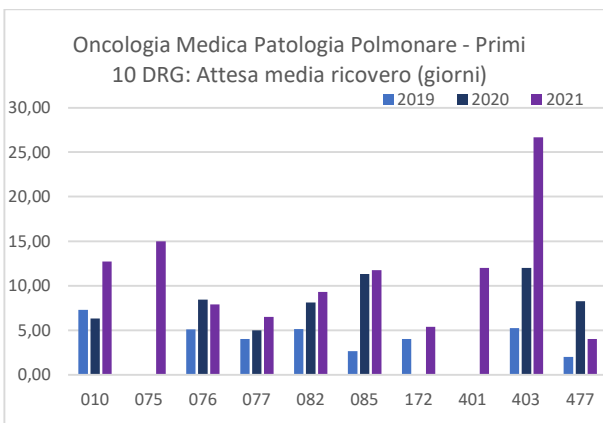
Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	7,57	10,67	9,14
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE			22,00
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	10,13	10,20	9,20
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	4,00	6,67	6,50
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	8,24	8,78	8,12
085	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	11,43	11,67	8,26
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	12,83		16,00
401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC			4,00
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	4,25	2,00	6,00
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4,00	11,00	18,00



Outliers: quantità		2019	2020	2021
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2	2	
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1		



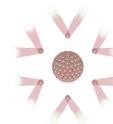
	Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero	Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	7,29	6,33	12,71	13	10	35
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE			15,00			15
076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	5,08	8,45	7,90	28	21	20
077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	4,00	5,00	6,50	4	6	7
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	5,13	8,11	9,32	28	38	67
085	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	2,64	11,33	11,74	10	28	45
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	4,00		5,40	9		12
401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC			12,00			12
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	5,25	12,00	26,67	10	12	51
477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,00	8,25	4,00	2	22	4



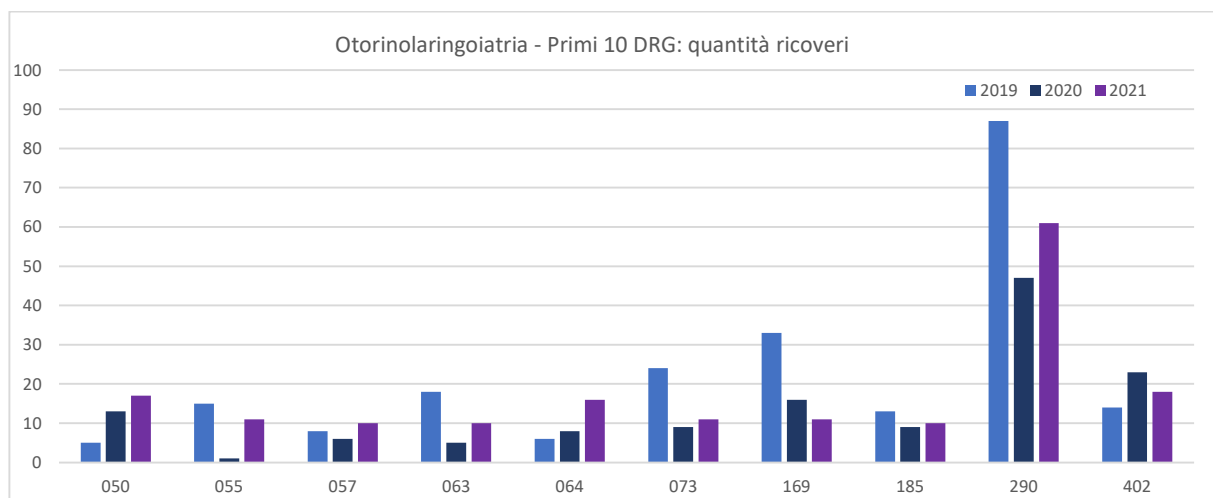
3.2.1.10. Analisi Otorinolaringoiatria

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

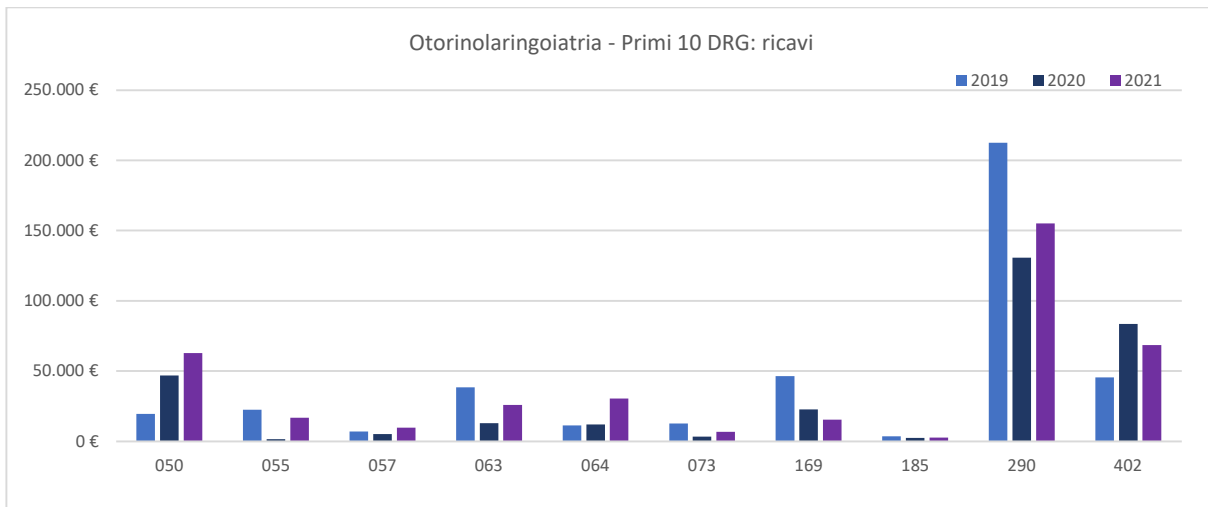
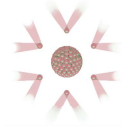
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
050	SIALOADENECTOMIA	5	13	17
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	15	1	11



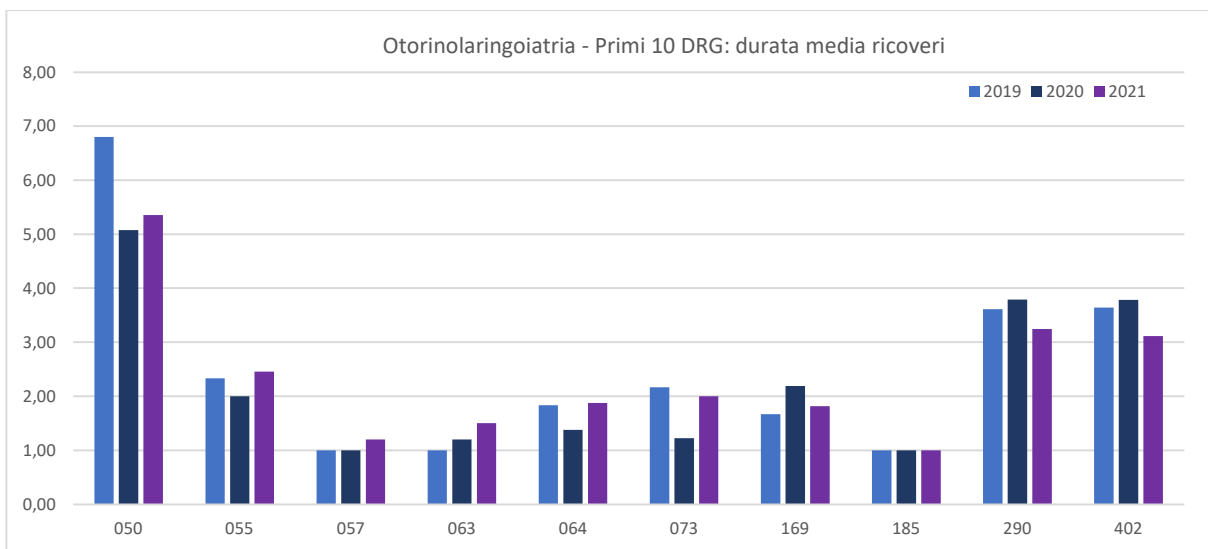
057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ >17 ANNI	8	6	10
063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	18	5	10
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	6	8	16
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17 ANNI	24	9	11
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	33	16	11
185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ > 17 ANNI	13	9	10
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	87	47	61
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	14	23	18
Totale primi 10 DRG		223	137	175
Totale struttura		281	177	232
Percentuale primi 10 DRG		79,36%	77,40%	75,43%



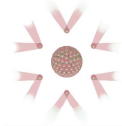
Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
050	SIALOADENECTOMIA	19.427 €	46.891 €	62.711 €
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	22.420 €	1.485 €	16.770 €
057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ >17 ANNI	6.968 €	5.226 €	9.728 €
063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	38.412 €	12.914 €	25.828 €
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	11.409 €	12.043 €	30.424 €
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17 ANNI	12.706 €	3.346 €	6.664 €
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	46.432 €	22.714 €	15.489 €
185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ > 17 ANNI	3.497 €	2.421 €	2.690 €
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	212.452 €	130.720 €	154.962 €
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	45.576 €	83.482 €	68.582 €
Totale primi 10 DRG		419.299,00 €	321.242,00 €	393.848,00 €
Totale struttura		530.218,00 €	401.644,00 €	488.763,00 €
Percentuale primi 10 DRG		79,08%	79,98%	80,58%



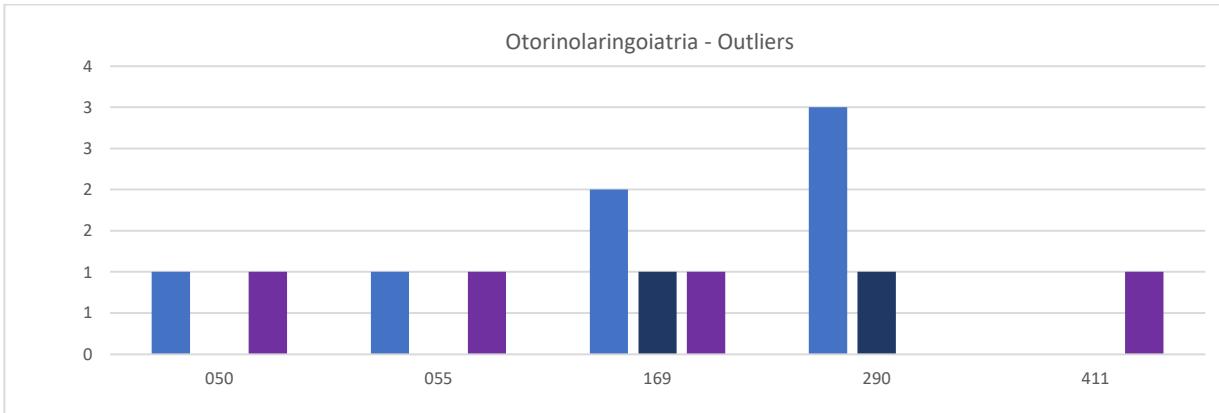
Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
050	SIALOADENECTOMIA	6,80	5,08	5,35
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	2,33	2,00	2,45
057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ >17 ANNI	1,00	1,00	1,20
063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1,00	1,20	1,50
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1,83	1,38	1,88
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17 ANNI	2,17	1,22	2,00
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	1,67	2,19	1,82
185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ > 17 ANNI	1,00	1,00	1,00
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	3,61	3,79	3,25
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3,64	3,78	3,11



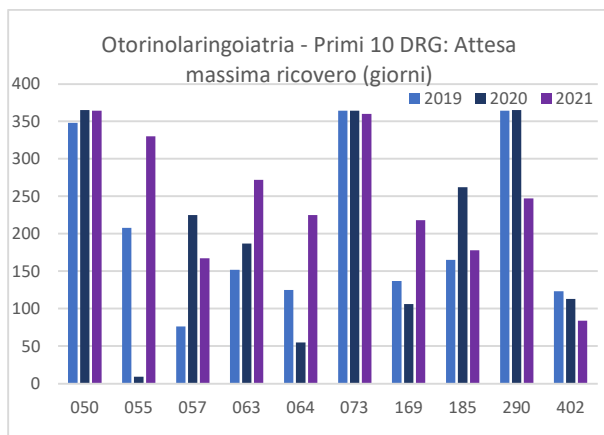
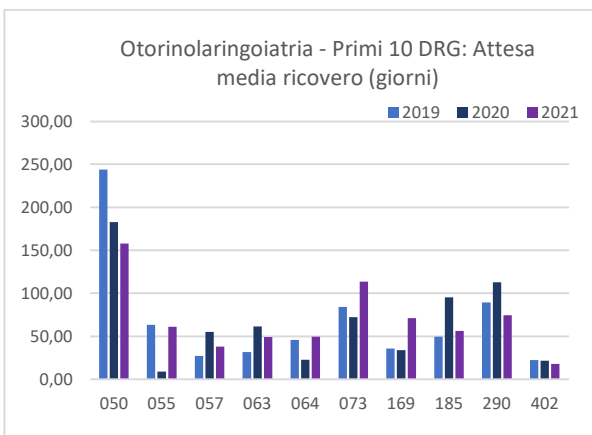
Outliers: quantità		2019	2020	2021
050	SIALOADENECTOMIA	1		1
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	1		1
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	2	1	1



290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	3	1	
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA			1



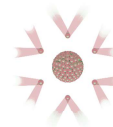
DRG	Descrizione	Media			Max		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero							
050	SIALOADENECTOMIA	243,80	182,62	157,65	348	365	364
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	63,07	9,00	61,00	208	9	330
057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ >17 ANNI	27,25	55,17	37,80	76	225	167
063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	31,50	61,40	48,90	152	187	272
064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	45,67	22,63	49,50	125	55	225
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17 ANNI	84,13	72,33	113,36	364	364	360
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	35,67	33,94	71,18	137	106	218
185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETÀ > 17 ANNI	49,46	95,11	56,30	165	262	178
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	89,39	112,77	74,39	364	365	247
402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	22,36	21,43	17,83	123	113	84



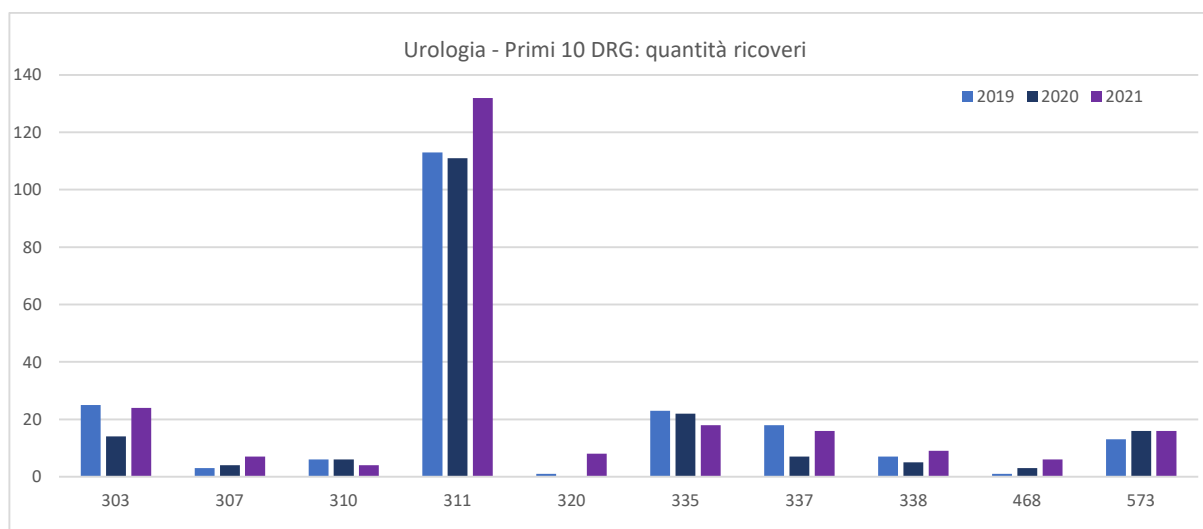
3.2.1.11. Analisi Urologia

Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

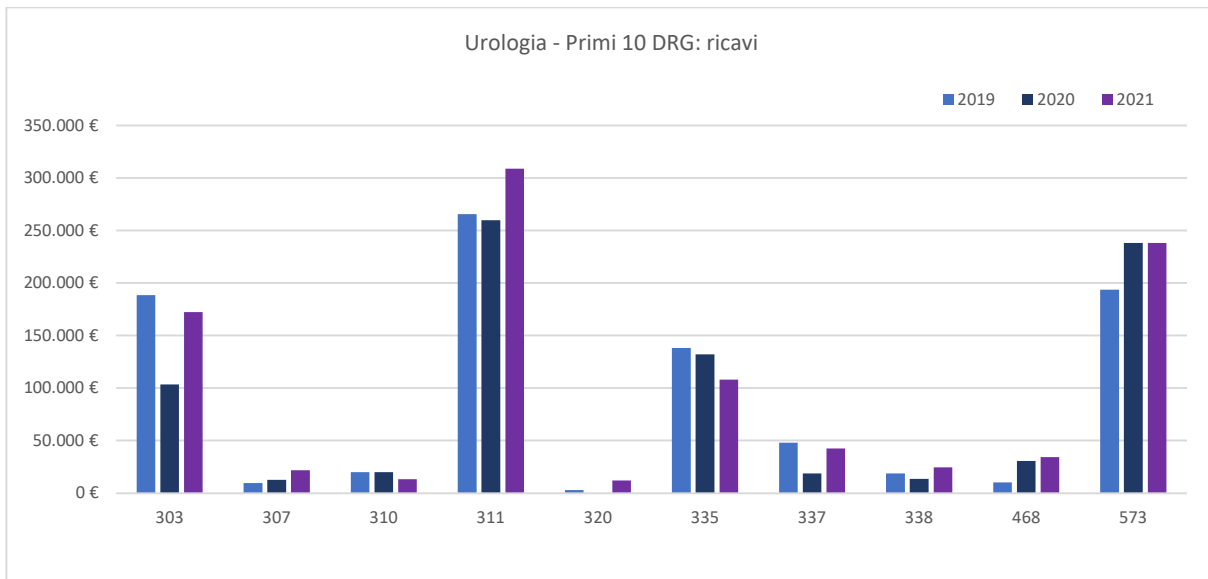
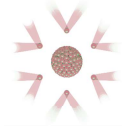
Analisi Primi 10 DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	25	14	24



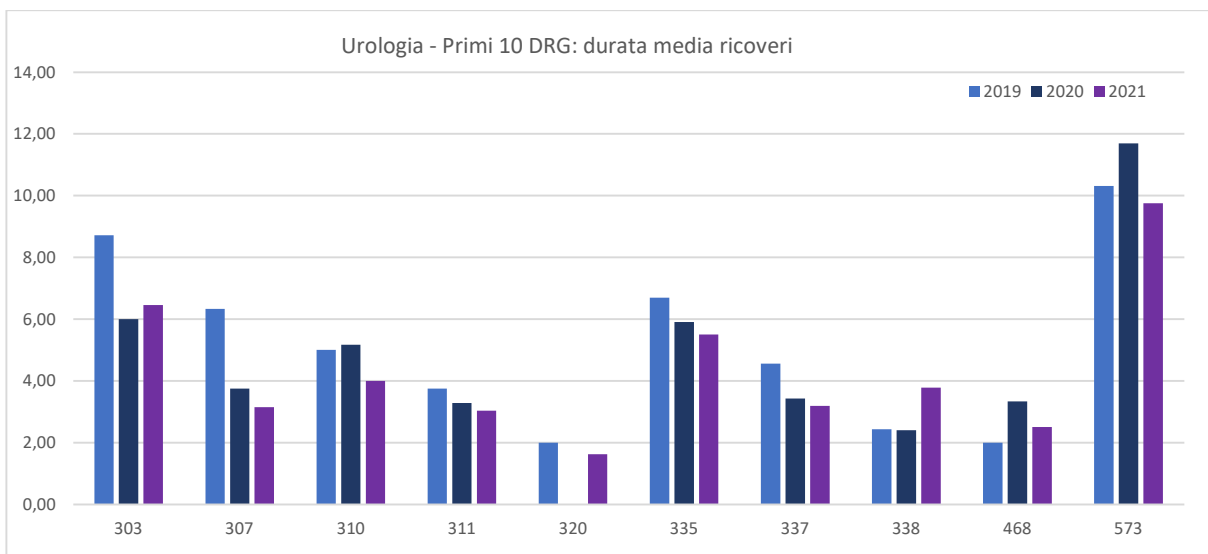
307	PROSTATECTOMIA SENZA CC	3	4	7
310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	6	6	4
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	113	111	132
320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	1		8
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	23	22	18
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	18	7	16
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	7	5	9
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1	3	6
573	Interventi maggiori sulla vescica	13	16	16
Totale primi 10 DRG		210	188	240
Totale struttura		251	223	277
Percentuale primi 10 DRG		83,67%	84,30%	86,64%



Analisi Primi 10 DRG: ricavi		2019	2020	2021
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	188.430 €	103.404 €	172.174 €
307	PROSTATECTOMIA SENZA CC	9.315 €	12.420 €	21.735 €
310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	19.740 €	19.740 €	13.160 €
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	265.550 €	259.648 €	308.998 €
320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2.701 €		11.884 €
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	138.208 €	131.934 €	107.946 €
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	47.736 €	18.564 €	42.432 €
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	18.683 €	13.345 €	24.519 €
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	10.158 €	30.474 €	34.188 €
573	Interventi maggiori sulla vescica	193.557 €	238.224 €	238.224 €
Totale primi 10 DRG		894.078,00 €	827.753,00 €	975.260,00 €
Totale struttura		1.047.031,00 €	935.156,00 €	1.092.373,00 €
Percentuale primi 10 DRG		85,39%	88,51%	89,28%

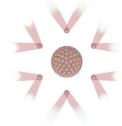


Analisi Primi 10 DRG: durata media		2019	2020	2021
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	8,72	6,00	6,46
307	PROSTATECTOMIA SENZA CC	6,33	3,75	3,14
310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	5,00	5,17	4,00
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	3,75	3,28	3,04
320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	2,00		1,63
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	6,70	5,91	5,50
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	4,56	3,43	3,19
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	2,43	2,40	3,78
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,00	3,33	2,50
573	Interventi maggiori sulla vescica	10,31	11,69	9,75

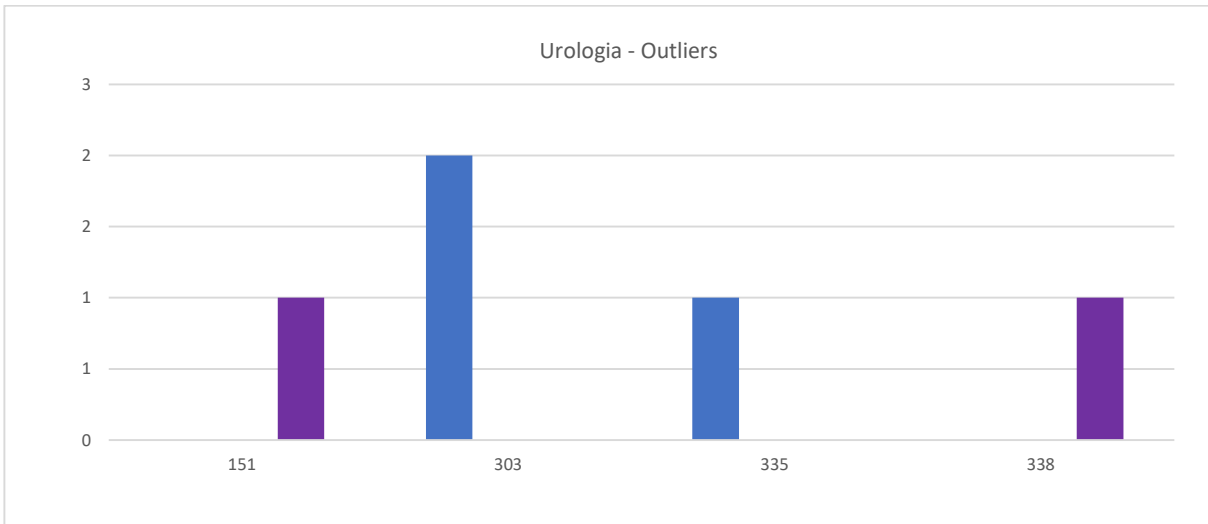


Outliers: quantità		2019	2020	2021
151	LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC			1
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	2		



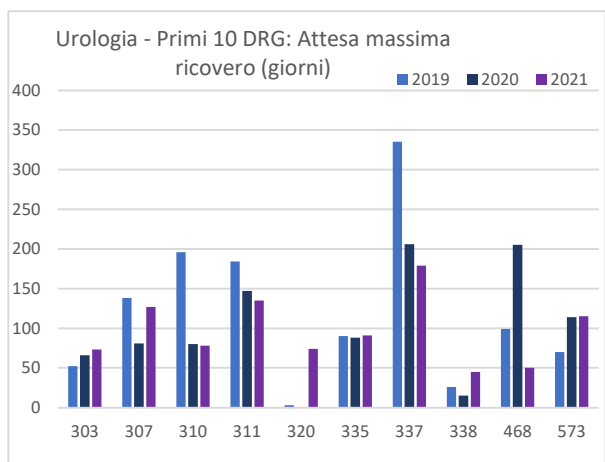
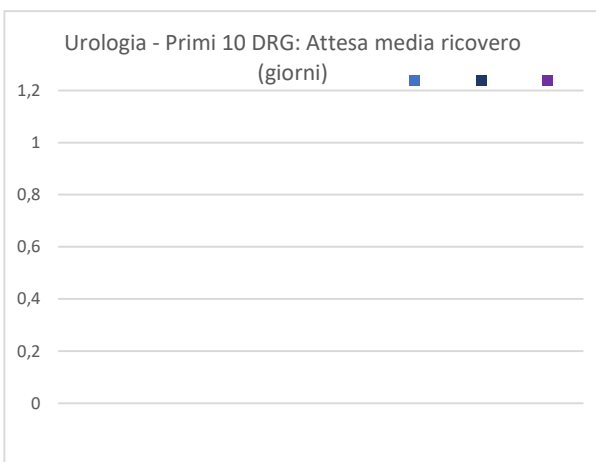


335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	1		
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA			1

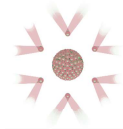


		Media			Max		
Primi 10 DRG: Media e Max giorni attesa ricovero		2019	2020	2021	2019	2020	2021
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	30,56	30,79	30,96	52	66	73
307	PROSTATECTOMIA SENZA CC	88,00	54,50	71,43	138	81	127
310	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	72,00	48,00	38,25	196	80	78
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	49,47	62,76	56,61	184	147	135
320	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	3,00		40,88	3		74
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	43,17	42,91	35,22	90	88	91
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	76,22	87,57	67,56	335	206	179
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	10,14	5,80	13,67	26	15	45
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	99,00	128,33	14,83	99	205	50
573	Interventi maggiori sulla vescica	39,54	34,06	34,81	70	114	115

70

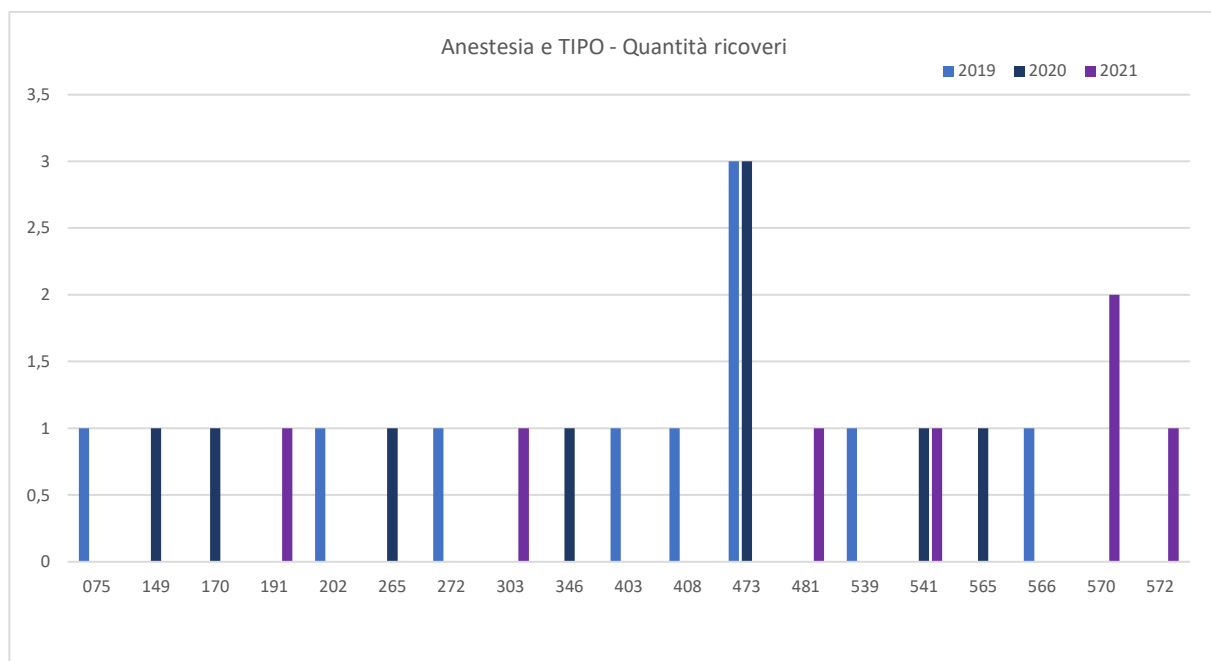


3.2.1.12. Analisi Anestesia e TIPO

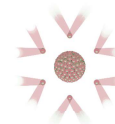


Di seguito si riportano i dettagli dell'analisi dei principali parametri dell'assistenza in regime di ricovero della struttura

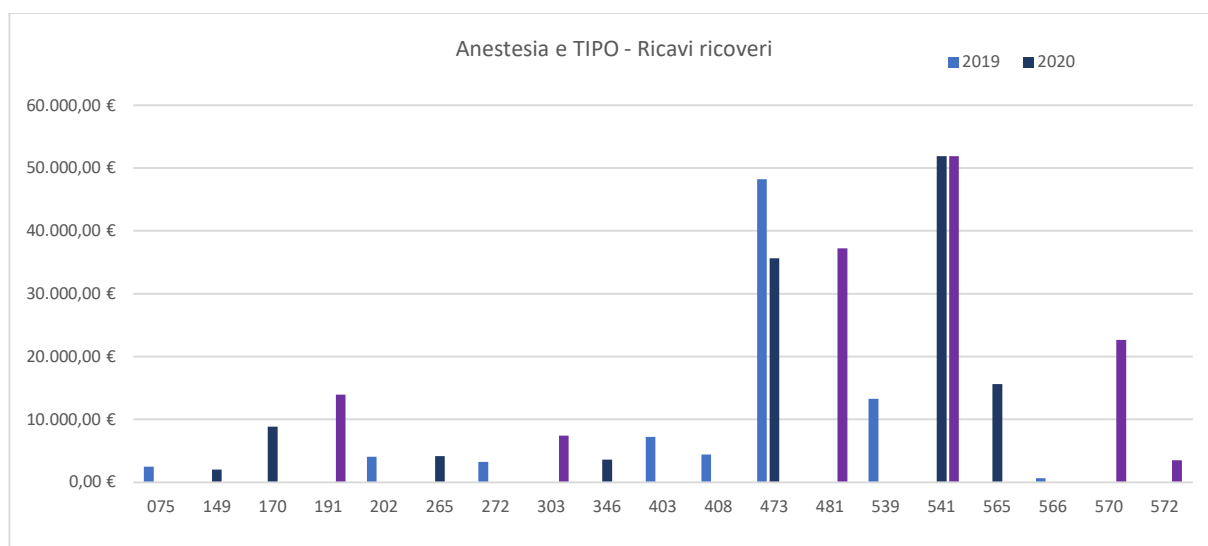
Analisi DRG: quantità ricoveri		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	1		
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC		1	
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC		1	
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC			1
202	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1		
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC		1	
272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	1		
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia			1
346	NEOPLASIE MALIGNI DELL; APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC		1	
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1		
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	3	3	
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO			1
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	1		
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con venti		1	1
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore		1	
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	1		
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore			2
572	Malattie gastroentericali maggiori e infezioni peritoneali			1
Totale quantità ricoveri		10	9	7



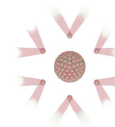
Analisi DRG: ricavi ricoveri		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	2.438,00 €		
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC		1.986,00 €	
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC		8.810,00 €	
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC			13.929,00 €



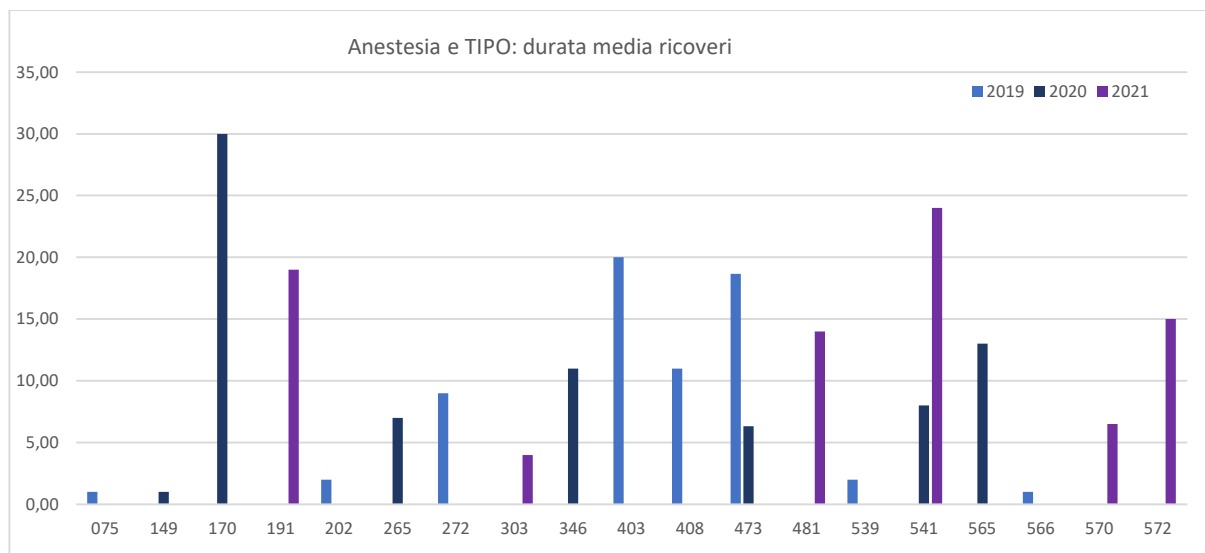
202	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	4.013,00 €		
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC		4.130,00 €	
272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	3.221,00 €		
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia			7.386,00 €
346	NEOPLASIE MALIGNI DELL' APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC		3.592,00 €	
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	7.185,00 €		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	4.384,00 €		
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	48.246,00 €	35.620,00 €	
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO			37.197,79 €
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271,00 €		
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con venti		51.919,00 €	51.919,00 €
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore		15.595,00 €	
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	637,00 €		
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore			22.636,00 €
572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali			3.484,00 €
Totale quantità ricoveri		83.395,00 €	121.652,00 €	136.551,79 €



Analisi 0 DRG: durata media ricovero (gg)		2019	2020	2021
075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	1,00		
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC		1,00	
170	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE CON CC		30,00	
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC			19,00
202	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	2,00		
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC		7,00	
272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	9,00		
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia			4,00
346	NEOPLASIE MALIGNI DELL' APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC		11,00	
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	20,00		
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	11,00		
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI	18,67	6,33	
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO			14,00
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	2,00		
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con venti		8,00	24,00



565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore		13,00	
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	1,00		
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore			6,50
572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali			15,00
Totale complessivo		10,20	9,89	12,71

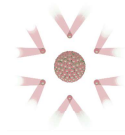


La performance complessiva dell'Istituto per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero, alla luce di un confronto con analoghe strutture regionali è la seguente:

Criteria normalizzazione dati per benchmarking; ricovero programmato; diagnosi principale di tumore(ICD9-CM): 140-239, esclusione ricoveri con MDC2, 14, 15, 19, 20, 22, 24, 25.

Struttura degenza	Degenza media ricoveri ordinari IRCCS	Peso medio ricoveri ordinari IRCCS	Degenza media ricoveri ordinari Regione Puglia	Peso medio ricoveri ordinari Regione Puglia	Indice di Case Mix	Indice Comparativo di performance
09 - chirurgia generale	5,84	1,7824	5,25	1,5546	1,15	1,11
12 - chirurgia plastica	3,02	1,4725	2,87	1,074	1,37	1,05
13 - chirurgia toracica	4,4	2,1175	6,26	2,1196	1,00	0,7
18 - ematologia	19,32	6,881	11,16	4,6276	1,49	1,73
37 - ostetricia e ginecologia	5,86	1,4723	4,23	1,1540	1,28	1,39
38 - otorinolaringoiatria	4,77	1,1595	6,52	1,3571	0,85	0,73
43 - urologia	4,08	1,2646	5,12	1,2947	0,98	0,8
49 - terapia intensiva	13,6	8,0273	24,14	5,4802	1,46	0,56
64 - oncologia	8,75	1,3234	8,28	1,3426	0,99	1,06

Essa attesta che le prestazioni dell'Istituto nella quasi totalità dei casi hanno un Indice di Case Mix superiore e pertanto positivo, sono cioè più complesse e specializzate. Sotto tale profilo sono particolarmente significative in positivo le differenze dell'Ematologia: ICM 1,49, della Terapia Intensiva 1,46 e della Chirurgia Plastica 1,37, mentre risulta significativamente inferiore la qualificazione dell'Otorinolaringoiatria 0,85



Per quanto attiene la durata delle degenze, l'Indice comparativo della Performance attesta una prestazione particolarmente positiva della Chirurgia Toracica, la quale, a parità di complessità ha durate della degenza di quasi 2 gg. inferiori (ICP 1,73), ma anche le prestazioni di Rianimazione (ICP 0,56) Otorinolaringoiatria, (ICP 0,73) ed urologia (ICP 0,8) sono significativamente positive. Sono invece le prestazioni di ginecologia che hanno durata del ricoveri significativamente più elevate (ICP 1,39) e miglioramenti possono essere ottenuti dall'Oncologia Medica che ha quasi 0,5 gg. di durata in più a fronte di un ICM praticamente identico.

3.2.2. Analisi generale assistenza in regime ambulatoriale

E' però prevalentemente nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale (specialistica e strumentale) che la performance produttiva è cresciuta in maniera ragguardevole.

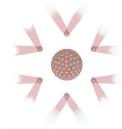
I ricavi di tale forma di assistenza sono cresciuti praticamente in tutte le strutture, fatta eccezione per l'Oncologia Interventistica in lieve calo rispetto al 2020, ma in crescita rispetto al 2019, l'Oncologia Medica Integrata in lieve calo rispetto al 2020 e più significativo rispetto al 2019, ed infine l'Oncologia Sperimentale in ripresa rispetto al 2020, ma in calo rispetto al 2019. Effetti comunque poco significativi.

Il totale della produzione di assistenza ambulatoriale è cresciuto di 3.471.846,06 €, pari al 24,8%, ed il tutto addirittura con una contrazione dei costi di beni e servizi.

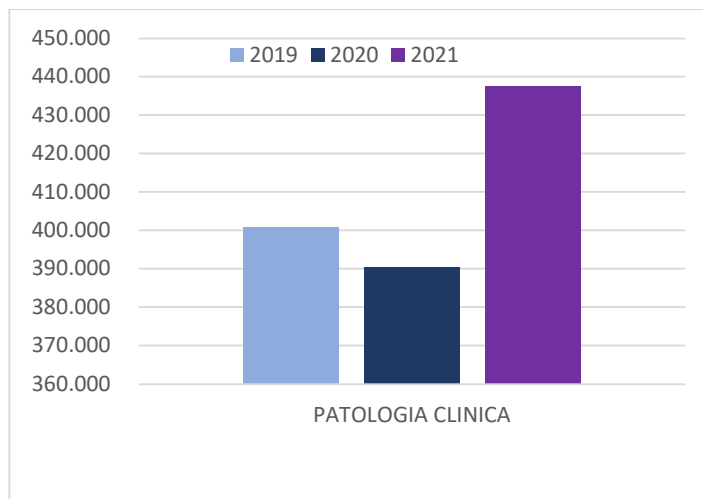
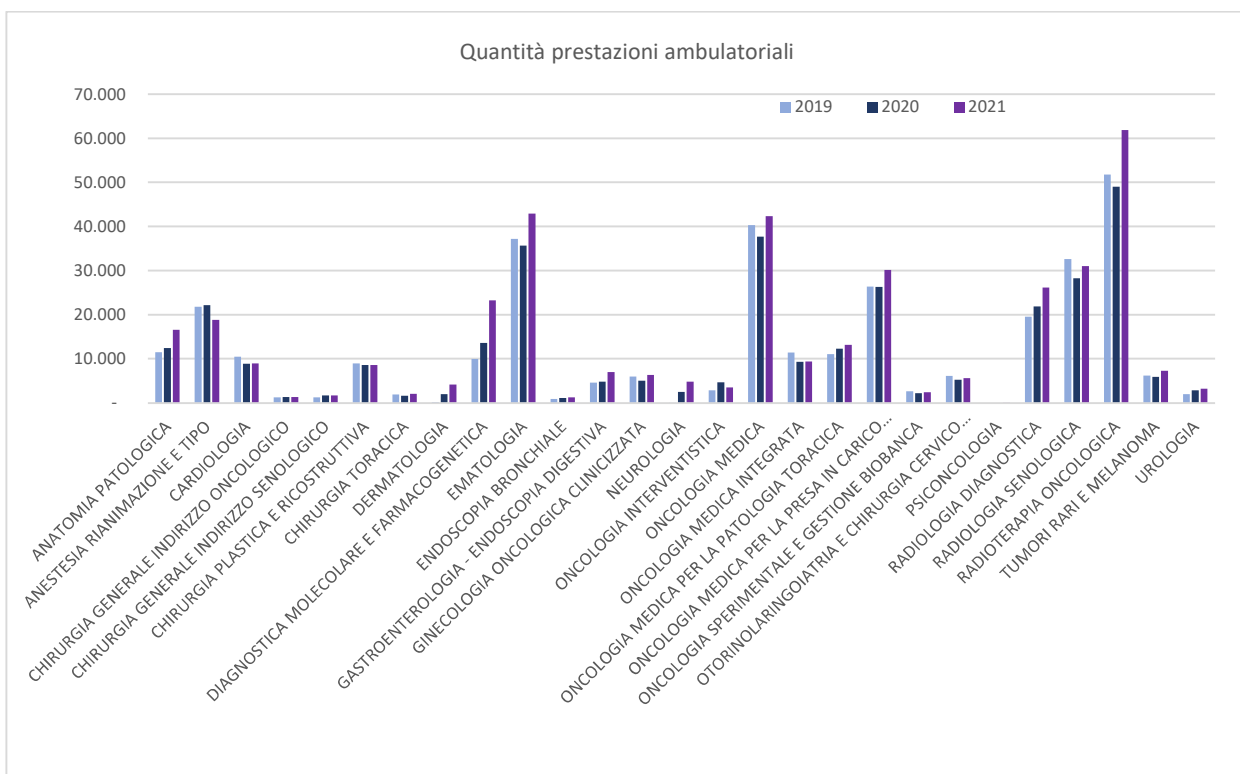
Non si tratta peraltro di una accresciuta selezione verso tipologia di prestazioni più specializzate e conseguentemente meglio remunerate, quanto piuttosto di un vero e proprio "shift" organizzativo, soprattutto nelle aree "mediche", verso la trasformazione dell'assistenza complessiva a maggiore contenuto di assistenza territoriale piuttosto che di ricovero, determinato forse anche dalla contingenza pandemica.

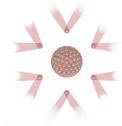
Tale affermazione è dimostrata dall'aumento quantitativo delle prestazione ambulatoriali, di seguito riportate.

Ambulatorio	2019	2020	2021	Δ 2021 - 2020	Δ 2021 - 2020 (%)	Δ 2021 - 2019	Δ 2021 - 2019 (%)
ANATOMIA PATOLOGICA	11.476	12.444	16.599	4.155	33,39%	5.123	44,64%
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	21.776	22.125	18.795	- 3.330	-15,05%	2.981	-13,69%
CARDIOLOGIA	10.461	8.875	8.959	84	0,95%	1.502	-14,36%
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	1.275	1.358	1.331	- 27	-1,99%	56	4,39%
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	1.228	1.674	1.677	3	0,18%	449	36,56%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	8.931	8.570	8.579	9	0,11%	352	-3,94%
CHIRURGIA TORACICA	1.804	1.300	1.774	474	36,46%	30	-1,66%
CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	115	311	258	- 53	-17,04%	143	124,35%
DERMATOLOGIA	173	1.971	4.187	2.216	112,43%	4.014	2320,23%
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	9.951	13.591	23.251	9.660	71,08%	13.300	133,65%
EMATOLOGIA	37.176	35.661	42.902	7.241	20,31%	5.726	15,40%
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	891	1.073	1.254	181	16,87%	363	40,74%
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4.571	4.777	6.990	2.213	46,33%	2.419	52,92%
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	5.961	5.007	6.349	1.342	26,80%	388	6,51%
NEUROLOGIA	35	2.500	4.784	2.284	91,36%	4.749	13568,57%
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	2.854	4.688	3.511	- 1.177	-25,11%	657	23,02%
ONCOLOGIA MEDICA	40.319	37.699	42.309	4.610	12,23%	1.990	4,94%
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	11.435	9.299	9.368	69	0,74%	2.067	-18,08%
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	11.063	12.288	13.175	887	7,22%	2.112	19,09%
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE PAZIENTE ONCOLOGICO	26.401	26.275	30.171	3.896	14,83%	3.770	14,28%

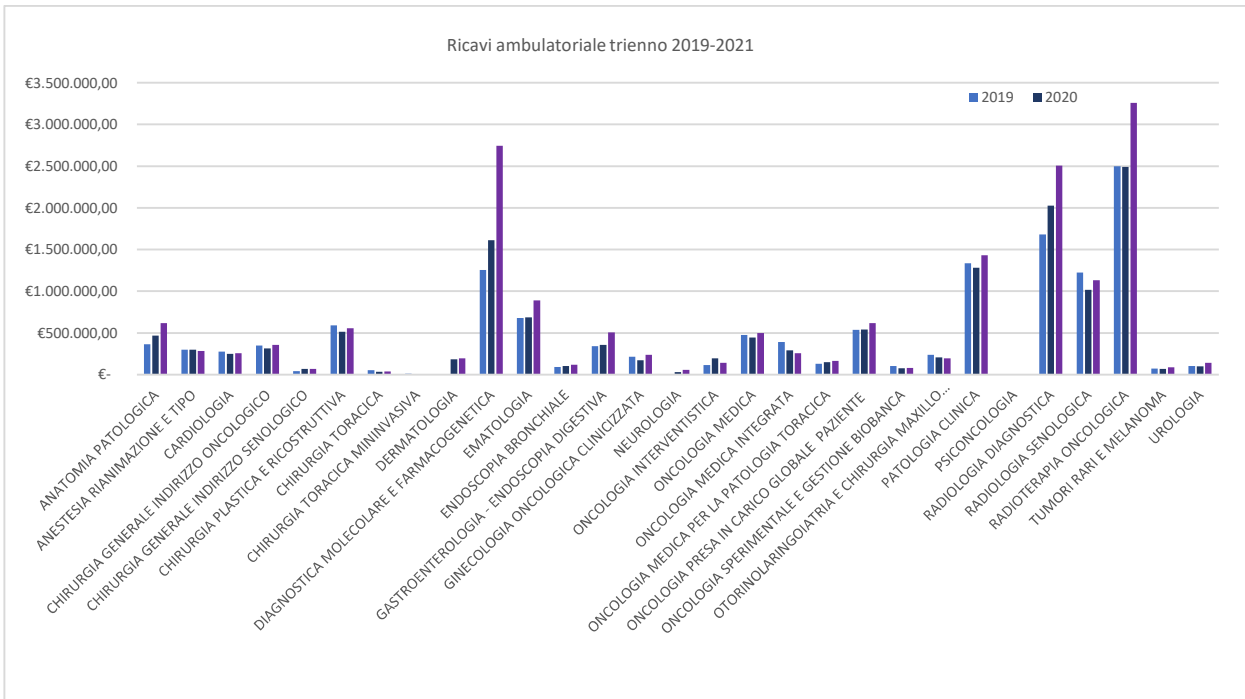


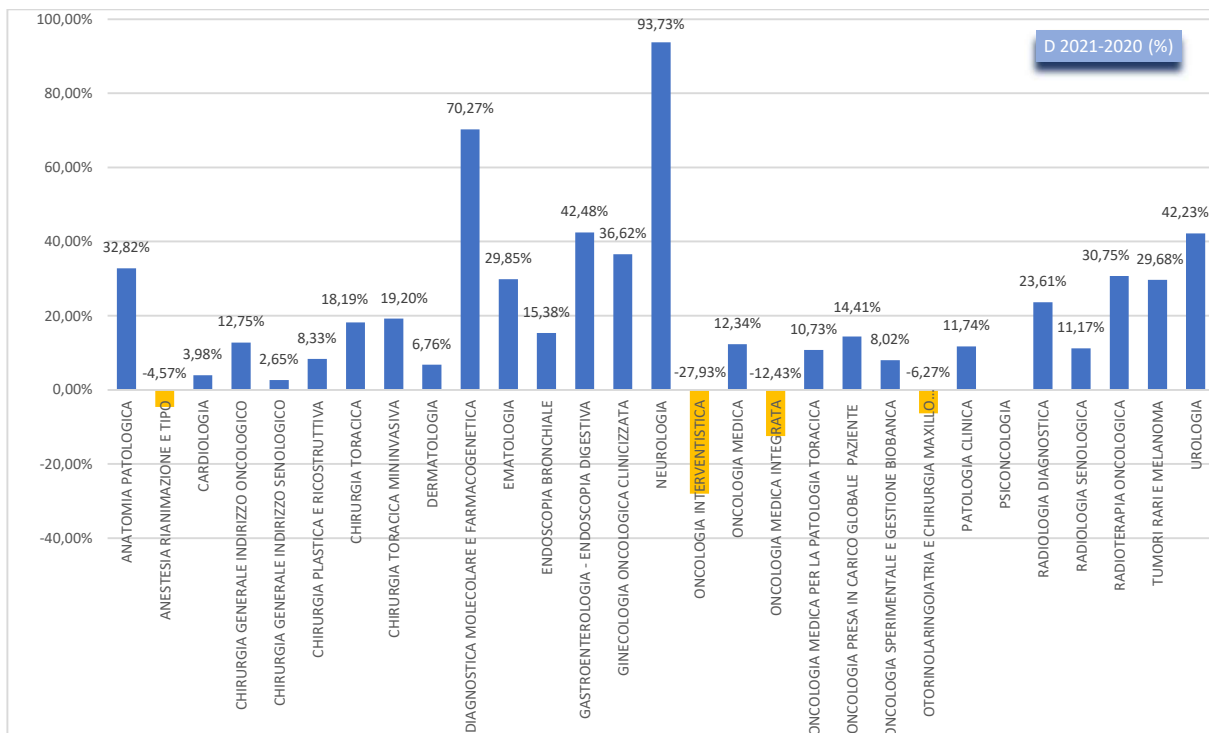
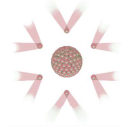
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E GESTIONE BIOBANCA	2.620	2.190	2.428	238	10,87%	-	192	-7,33%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5			-	-	-	5	-100,00%
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO MAXILLO FACCIALE PATOLOGIA CLINICA	6.133	5.239	5.594	355	6,78%	-	539	-8,79%
PSICONCOLOGIA	400.837	390.341	437.525	47.184	12,09%		36.688	9,15%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	19.548	21.899	26.170	4.271	19,50%		6.622	33,88%
RADIOLOGIA SENOLOGICA	32.610	28.226	31.012	2.786	9,87%	-	1.598	-4,90%
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	51.736	49.044	61.883	12.839	26,18%		10.147	19,61%
SENOLOGIA	96			-	-	-	96	-100,00%
TUMORI RARI E MELANOMA	6.179	5.885	7.264	1.379	23,43%		1.085	17,56%
UROLOGIA	1.964	2.862	3.238	376	13,14%		1.274	64,87%
Totale complessivo	729.624	717.172	821.372	104.200	14,53%		91.748	12,57%





Ambulatorio	2019	2020	2021	Δ 2021-2020	Δ 2021-2020 (%)	Δ 2021-2019	Δ 2021-2019 (%)
ANATOMIA PATOLOGICA	363.825,61 €	466.194,87 €	619.203,11 €	153.008,24 €	32,82%	255.377,50 €	70,19%
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO CARDIOLOGIA	298.474,18 €	298.713,03 €	285.052,98 €	- 13.660,05 €	-4,57%	- 13.421,20 €	-4,50%
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	277.609,59 €	248.684,12 €	258.578,02 €	9.893,90 €	3,98%	- 19.031,57 €	-6,86%
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	347.824,61 €	316.263,08 €	356.584,00 €	40.320,92 €	12,75%	8.759,39 €	2,52%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	42.065,26 €	68.564,83 €	70.380,27 €	1.815,44 €	2,65%	28.315,01 €	67,31%
CHIRURGIA TORACICA	591.367,86 €	514.942,33 €	557.812,13 €	42.869,80 €	8,33%	- 33.555,73 €	-5,67%
CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	52.442,53 €	32.453,25 €	38.357,06 €	5.903,81 €	18,19%	- 14.085,47 €	-26,86%
CHIRURGIA TORACICA DERMATOLOGIA	10.515,25 €	6.765,03 €	8.064,00 €	1.298,97 €	19,20%	- 2.451,25 €	-23,31%
DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	7.792,15 €	182.533,48 €	194.881,75 €	12.348,27 €	6,76%	187.089,60 €	2401,00%
EMATOLOGIA	1.255.168,99 €	1.612.209,20 €	2.745.080,40 €	1.132.871,20 €	70,27%	1.489.911,41 €	118,70%
ENDOSCOPIA BRONCHIALE	679.204,33 €	684.905,73 €	889.383,18 €	204.477,45 €	29,85%	210.178,85 €	30,94%
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	91.879,46 €	101.904,93 €	117.576,50 €	15.671,57 €	15,38%	25.697,04 €	27,97%
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	341.350,84 €	355.452,92 €	506.437,72 €	150.984,80 €	42,48%	165.086,88 €	48,36%
NEUROLOGIA	214.797,54 €	173.915,82 €	237.600,81 €	63.684,99 €	36,62%	22.803,27 €	10,62%
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	699,85 €	29.806,91 €	57.743,99 €	27.937,08 €	93,73%	57.044,14 €	8150,91%
ONCOLOGIA MEDICA	115.751,90 €	194.421,05 €	140.120,31 €	- 54.300,74 €	-27,93%	24.368,41 €	21,05%
ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA	474.443,06 €	443.904,80 €	498.692,92 €	54.788,12 €	12,34%	24.249,86 €	5,11%
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	389.437,82 €	292.493,87 €	256.129,58 €	- 36.364,29 €	-12,43%	- 133.308,24 €	-34,23%
ONCOLOGIA PRESA IN CARICO GLOBALE PAZIENTE	130.592,33 €	148.588,72 €	164.531,02 €	15.942,30 €	10,73%	33.938,69 €	25,99%
ONCOLOGIA SPERIMENTALE E GESTIONE BIOBANCA	538.347,51 €	538.994,19 €	616.669,46 €	77.675,27 €	14,41%	78.321,95 €	14,55%
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	105.125,78 €	75.832,70 €	81.916,17 €	6.083,47 €	8,02%	- 23.209,61 €	-22,08%
PATOLOGIA CLINICA	239.199,79 €	206.642,46 €	193.679,35 €	- 12.963,11 €	-6,27%	- 45.520,44 €	-19,03%
PSICONCOLOGIA	1.337.084,11 €	1.281.502,03 €	1.431.917,83 €	150.415,80 €	11,74%	94.833,72 €	7,09%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			688,27 €	688,27 €		688,27 €	
RADIOLOGIA SENOLOGICA	1.679.814,78 €	2.027.174,05 €	2.505.706,20 €	478.532,15 €	23,61%	825.891,42 €	49,17%
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1.224.570,09 €	1.018.373,52 €	1.132.152,80 €	113.779,28 €	11,17%	- 92.417,29 €	-7,55%
TUMORI RARI E MELANOMA	2.497.516,32 €	2.491.163,26 €	3.257.140,85 €	765.977,59 €	30,75%	759.624,53 €	30,42%
UROLOGIA	70.903,77 €	67.186,61 €	87.124,88 €	19.938,27 €	29,68%	16.221,11 €	22,88%
Totale complessivo	103.779,80 €	100.000,08 €	142.227,37 €	42.227,29 €	42,23%	38.447,57 €	37,05%
	13.482.894,78 €	13.979.586,87 €	17.451.432,93 €	3.471.846,06 €	24,84%	3.968.538,15 €	29,43%





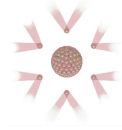
La capacità di produzione di attività ambulatoriali è fortemente limitata dalla disponibilità di spazi e dalle capacità di ulteriore somministrazione controllata di terapie di erogazione delle attività diagnostiche di supporto.

In tale senso è necessario un intervento di efficientamento del ciclo di esecuzione di analisi-visita-prescrizione-preparazione-somministrazione dei cicli di chemioterapie e similari il cui contenuto sarà meglio dettagliato nel paragrafo relativo alla pianificazione e programmazione.

Altra criticità rilevantisima per l'ambito specifico di patologie che l'Istituto tratta praticamente in maniera esclusiva, i tumori, è rappresentata dalla gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e dalla cosiddetta "presa in carico complessiva" del paziente in termini di:

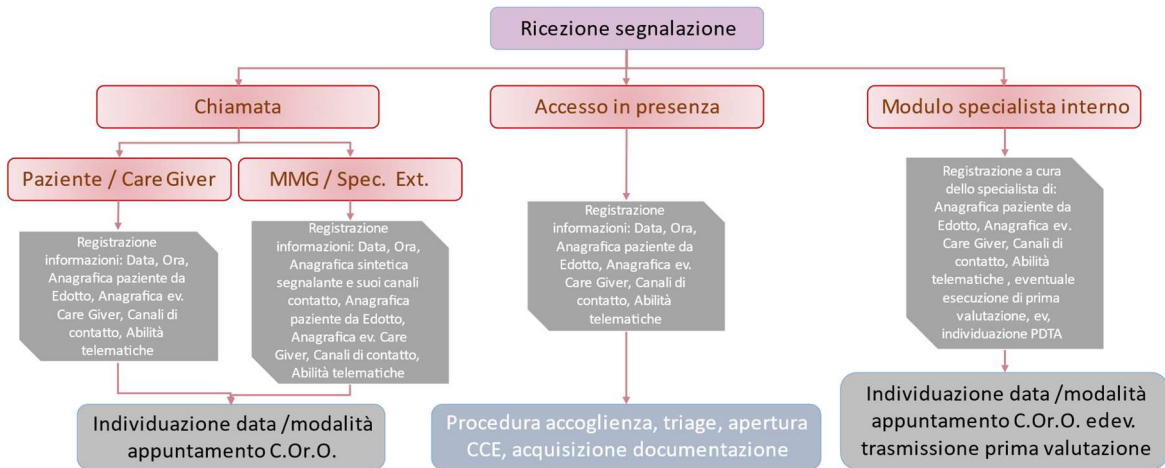
- Completamento rapido ed efficiente dell'iter diagnostico susseguente alla presentazione del sospetto diagnostico;
- Affiancamento del paziente nella gestione dei suoi bisogni psicologici, socio-assistenziali e tecnico-amministrativo (burocratici);
- Integrazione delle attività specialistiche a livello della rete dei professionisti e delle strutture dell'Istituto (Teams Multi Disciplinari) ed afferenti alla Rete Oncologica (integrazione tra Istituto e Territorio e tra Istituto ed altri ospedali)

L'approccio dell'Istituto alla gestione delle prestazioni specialistiche deve pertanto mutare **da una sterile attenzione alla gestione dei tempi e delle liste di attesa alla garanzia del completamento del percorso diagnostico ed alla presa in carico globale dell'assistenza al paziente**, secondo quanto declinato nel Manuale delle Procedure del Centro di Orientamento Oncologico dell'Istituto, adottato con Deliberazione n. 771 del 31 dicembre 2021, armonizzato all'organizzazione della Rete Oncologica Pugliese per divenirne il suo primario interprete.

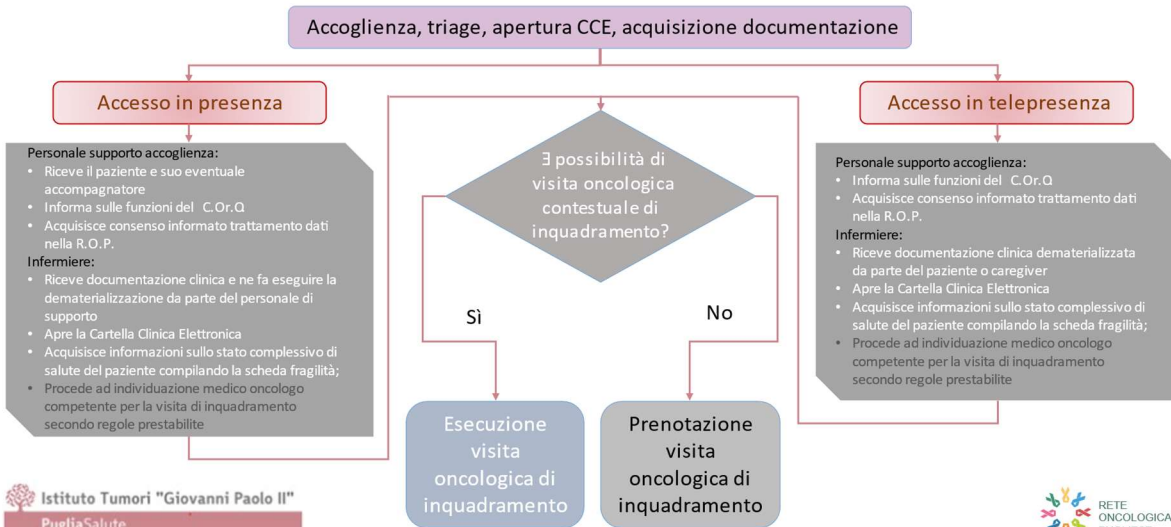


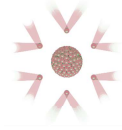
In particolare dovranno essere implementate le procedure e regole in esso riportate e di seguito sinteticamente descritte.

Procedura ricezione della segnalazione

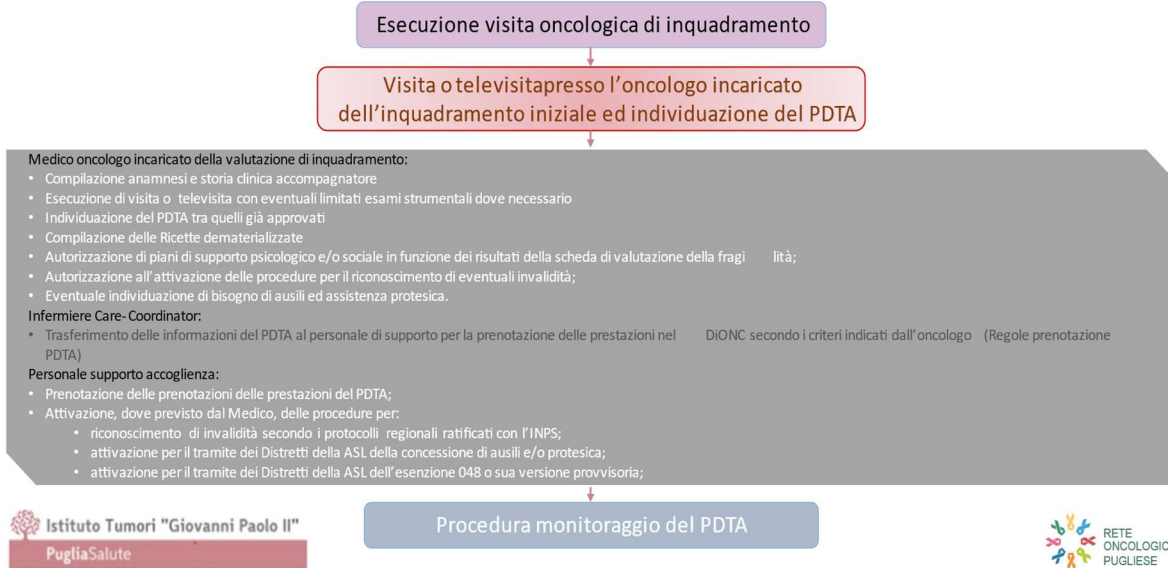


Procedura accoglienza, triage, apertura CCE,...

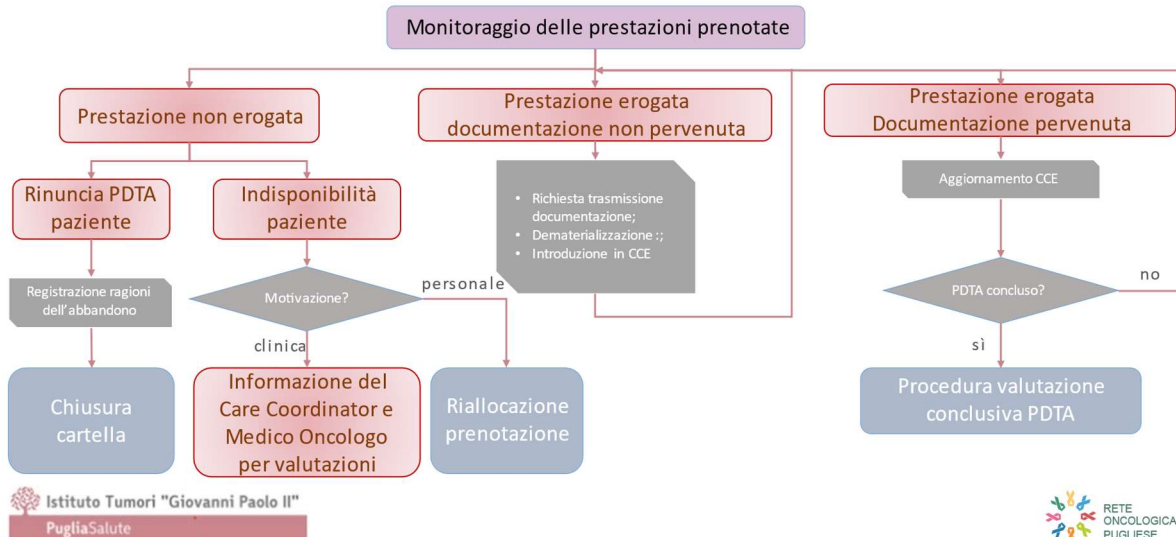


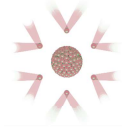


Procedura esecuzione della visita oncologica di inquadramento

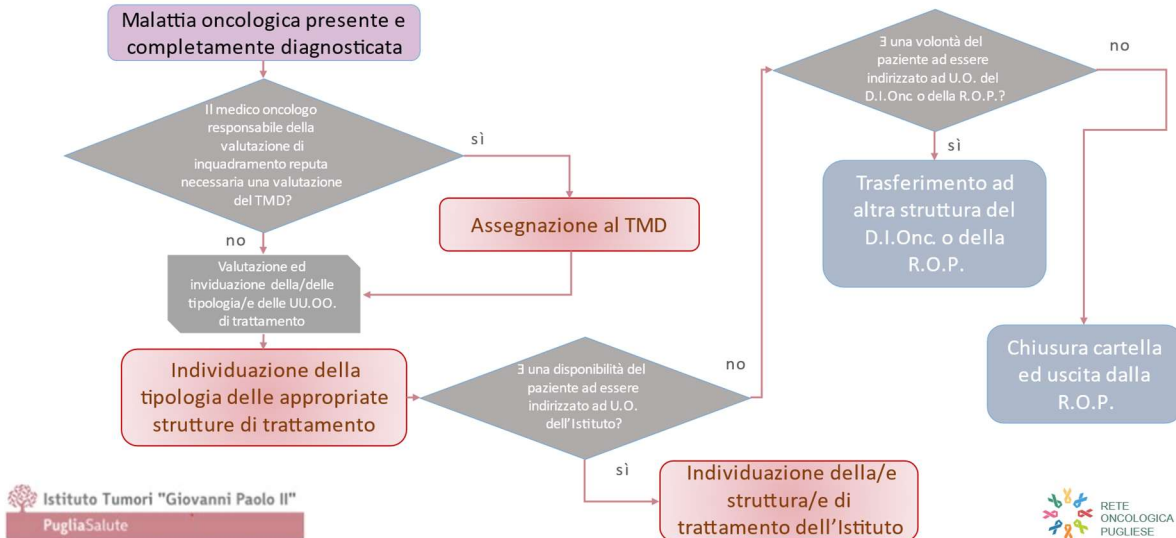


Procedura monitoraggio PDTA





Procedura valutazione conclusiva PDTA

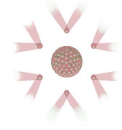


Istruzioni operative trasferimento paziente ad altra struttura del D.I.Onc./R.O.P

Il paziente ha espresso desiderio di essere assegnato a struttura non dell'Istituto seppure facente parte del D.I.Onc. O della R.O.P. per il trattamento

Le attività da porre in essere sono:

- Chiusura della CCE
- Individuazione del referente C.Or.O. destinazione
- Invio PEC o altra notifica certa di trasmissione della presa in carico
- Acquisizione del consenso informato al trasferimento delle informazioni
- Assegnazione credenziali di accesso alla documentazione e/o consegna del supporto digitale



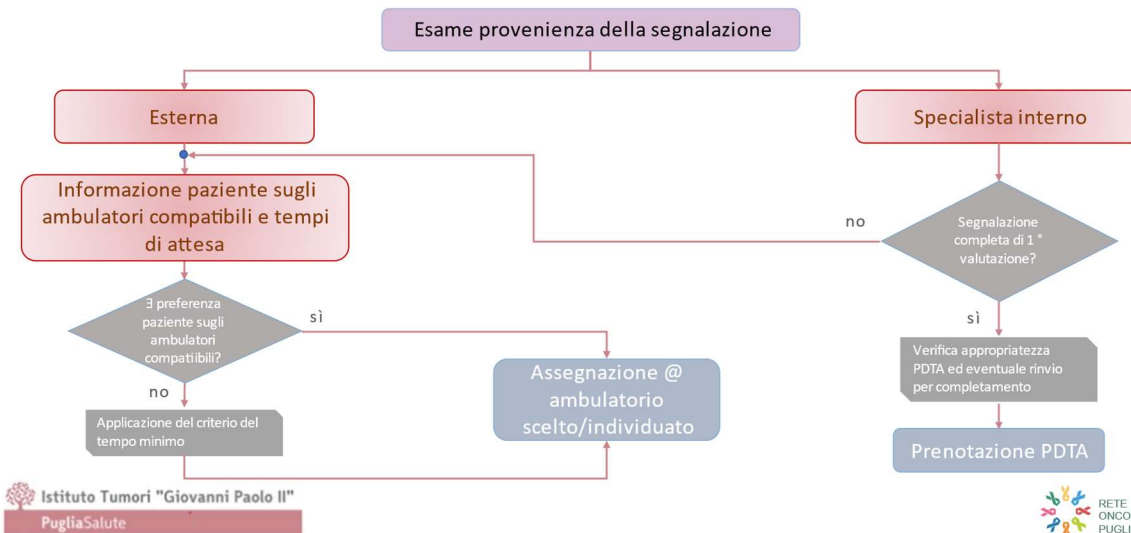
Istruzioni operative ri-presa in carico del paziente da parte del C.Or.O.

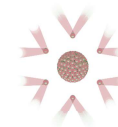
Il paziente dopo uscita dal circuito di trattamento dell'Istituto chiede di essere ri-preso in carico

Le attività da porre in essere sono:

- Individuazione del dossier sanitario elettronico del paziente
- Acquisizione del consenso informato alla introduzione delle informazioni clinico diagnostiche prodotte da strutture esterne all'Istituto nell'intervallo di tempo in cui il paziente è stato preso in carico dalle stesse
- Acquisizione dematerializzata di copie della documentazione clinico diagnostica aggiuntiva
- Individuazione del precedente Team di valutazione/trattamento per la valutazione di reimmissione nella R.O.P.

Regole individuazione medico oncologo responsabile 1° valutazione





Regole prenotazione PDTA

Il Medico Oncologo responsabile della prima valutazione di inquadramento esprime il PDTA composto da una serie di prestazioni e criteri di esecuzione delle stesse:

- Prestazioni propedeutiche ad altre prestazioni;
- Specifiche cautele generali e/o specifiche per la condizione clinica del paziente nell'esecuzione di prestazioni;
- Punti di ri-valutazione del percorso
- Criteri generali di prenotazione:
 - Minimum Time of Execution (tempo minimo di esecuzione- MTE);
 - Minimum Access Number (minimizzazione degli accessi a strutture a causa di limitata autonomia / condizioni paziente) e subordinate Tempo Minimo di Esecuzione (MNA & MTE);
 - Internal Best Effort (Mantenimento del circuito diagnostico all'interno dell'Istituto- IBE);

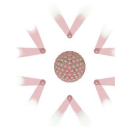
La prenotazione viene eseguita dal personale di supporto sotto la supervisione del **personale infermieristico Care-Coordinator**

3.2.3. Analisi generale sull'equilibrio economico-finanziario

L'analisi di sostenibilità economico-finanziaria è stata condotta per quanto attiene all'esercizio 2021, sulle rilevazioni di bilancio pre-consuntivo dell'esercizio, poiché allo stato attuale non è ancora possibile disporre dei dati definitivi dal bilancio consuntivo, la cui approvazione – come noto - avviene nel corso del mese di maggio. Tali dati però, anche dopo ulteriori verifiche condotte nel tempo trascorso dalla adozione del bilancio pre-consuntivo di cui alla Deliberazione n. 758 del 29 dicembre 2021 e la data di redazione del presente piano, sono stati sostanzialmente confermati sia per quanto attiene ai ricavi che ai costi.

I ricavi, sia per l'assistenza in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, hanno mostrato un andamento in crescita al di là delle più rosee previsioni, come già sottolineato nella sottosezione di analisi della produzione di ricovero ed ambulatoriale.

CONTO ECONOMICO	Importi: Euro				
	Mod. CE IV Trimestre 2021	Di cui Covid	Mod. CE IV Trimestre 2020	VARIAZIONE IV Trim. 2021 - IV Trim. 2020	
				Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
1) Contributi in c/esercizio	27.672.646	431.530	28.553.946	-881.300	-3,1%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	23.081.530	431.530	24.693.851	-1.612.321	-6,5%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	13.440		43.000	-29.560	-68,7%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	4.577.676		3.714.744	862.931	23,2%
d) Contributi in c/esercizio - da privati			102.350	-102.350	-100,0%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	651.565	29.689	2.627.893	-1.976.328	-75,2%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.020.016		1.890.125	129.890	6,9%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	68.590.405		68.764.029	-173.624	-0,3%



a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	67.108.127		67.597.430	-489.303	-0,7%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.482.278		1.164.551	317.727	27,3%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro			2.048	-2.048	-100,0%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	248.512		230.377	18.136	7,9%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	588.944		518.630	70.314	13,6%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	3.042.072	3.352	3.154.983	-112.911	-3,6%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni					0,0%
9) Altri ricavi e proventi	72.309		392.440	-320.130	-81,6%
Totale A)	101.583.339	405.193	100.876.637	706.702	0,7%

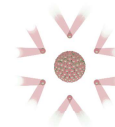
Non deve difatti ingannare il lievissimo calo di € 173.624,00 (-0,3%) nel dato cumulativo dei "Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria" il quale passa da 68.764.029 € nel 2020 a 68.764.929 del 2021.

Nella sua analisi difatti, deve tenersi debito conto delle voci che compongono tali ricavi:

Codice	Descrizione	Preconsuntivo 31.12.2021	Consuntivo 2020	Var. 2021 - 2020	Consuntivo 2019	Var. 2021 - 2019
764.101.00005	Ospedaliera (Mobilità Attiva Regionale)	19.234.080	18.856.220	377.860	20.742.195	-1.508.115
764.102.00005	Ospedaliera (Mobilità Attiva EXTRAREgionale)	882.709	817.489	65.220	873.913	8.796
764.101.00010	Specialistica (Mobilità Attiva Regionale)	16.451.802	13.183.090	3.268.712	12.743.342	3.708.460
764.102.00010	Specialistica (Mobilità Attiva EXTRAREgionale)	407.545	352.285	55.260	312.488	95.057
Subtotale produzione assistenza sanitaria		36.976.136	33.209.084	3.767.052	34.671.938	2.304.198
764.101.00020	File F (Mobilità Attiva Regionale)	29.269.300	33.038.389	-3.769.089	39.081.080	-9.811.780
764.102.00020	File F (Mobilità Attiva EXTRAREgionale)	586.680	638.531	-51.851	728.311	-141.631
Subtotale produzione assistenza farmaceutica		29.855.980	33.676.920	-3.820.940	39.809.391	-9.953.411
	Sperimentazioni cliniche altri ricavi	276.011	482.816	-206.805	491.793	-215.782
Subtotale sperimentazioni cliniche et al.		276.011	482.816	-206.805	491.793	-215.782
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		67.108.127	67.368.820	-360.693	74.973.122	-7.864.995

I dati alla produzione vera e propria di prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto, in realtà, attestano contrariamente e chiaramente, che nel corso dell'esercizio 2021, la produzione in regime di ricovero ha osservato un aumento da € 19.673.709 ad € 20.116.789 pari ad € 443.080, mentre quella ambulatoriale è passata ad € 16.859.347 da € 13.535.375, con un incremento di € 3.323.972. La produzione complessiva passa quindi da € 33.209.084 nel 2020 ad € 36.976.136 nel 2021, con un **incremento assoluto di € 3.767.052, pari all'11,34%**.

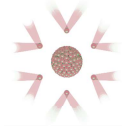
Difatti, la diminuzione complessiva di 3.820.940 € di tale voce che passa dai 33.676.920 € del 2020 ai 29.855.980 € del 2021, del tutto indifferente per l'equilibrio di bilancio dell'Istituto, permette un risparmio equivalente a tutte le ASL in cui risiedono gli assistiti.



I minori ricavi sono oggettivamente soltanto fittizi, atteso che essi sono praticamente associati al cosiddetto "File F", inerente l'assistenza farmaceutica territoriale, il quale come detto rappresenta una mera "partita di giro", compensata da identica voce di costo relativa al prezzo dei farmaci somministrati. Anzi, tale dato rappresenta un altro risultato positivo per il contenimento della spesa sanitaria ed in particolare farmaceutica su base regionale, sulla quale è posto vincolo di riduzione della spesa quale obiettivo vincolante per le Direzioni Generali a pena della decadenza. Ne consegue in totale ovvietà **che tale voce non possa essere inclusa fra le leve operative di miglioramento dell'equilibrio economico-finanziario.**

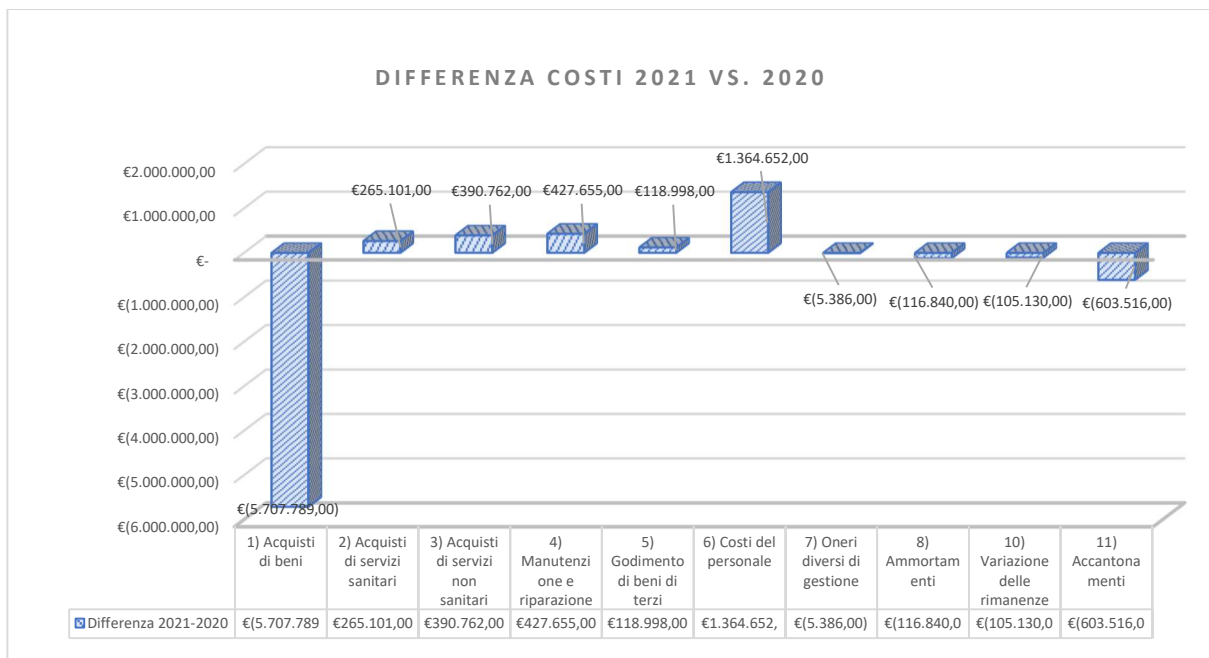
Ma anche sul fronte dei costi della produzione la performance tecnico-economica è stata realmente virtuosa. Difatti, seppur in presenza di un aumento, come detto, ben più che significativo della produzione (11,34%), si è contestualmente osservata una consistente riduzione dei costi per l'acquisto di beni sanitari - anche al netto della già menzionata riduzione dei costi dei farmaci di € 3.820.940 del cosiddetto File "F" - pari ad € 1.886.849.

B) COSTI DELLA PRODUZIONE	Esercizio 2021	Esercizio 2020	Δ 2021-2020	Δ 2021-2020 (%)
1) Acquisti di beni	44.907.990,00 €	50.615.779,00 €	- 5.707.789,00 €	-11,28%
a) Acquisti di beni sanitari	44.333.564,00 €	50.044.260,00 €	- 5.710.696,00 €	-11,41%
b) Acquisti di beni non sanitari	574.426,00 €	571.519,00 €	2.907,00 €	0,51%
2) Acquisti di servizi sanitari	3.393.766,00 €	3.128.665,00 €	265.101,00 €	8,47%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	586.774,00 €	443.401,00 €	143.373,00 €	32,33%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	156,00 €	213,00 €	- 57,00 €	-26,76%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	37.108,00 €	86.297,00 €	- 49.189,00 €	-57,00%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.040.231,00 €	758.068,00 €	282.163,00 €	37,22%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.547.157,00 €	1.727.821,00 €	- 180.664,00 €	-10,46%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	182.340,00 €	112.866,00 €	69.474,00 €	61,55%
3) Acquisti di servizi non sanitari	9.413.696,00 €	9.022.934,00 €	390.762,00 €	4,33%
a) Servizi non sanitari	9.089.958,00 €	8.502.944,00 €	587.014,00 €	6,90%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	298.018,00 €	478.429,00 €	- 180.411,00 €	-37,71%
c) Formazione	25.720,00 €	41.560,00 €	- 15.840,00 €	-38,11%
4) Manutenzione e riparazione	4.643.055,00 €	4.215.400,00 €	427.655,00 €	10,15%
5) Godimento di beni di terzi	639.895,00 €	520.897,00 €	118.998,00 €	22,84%
6) Costi del personale	36.255.519,00 €	34.890.867,00 €	1.364.652,00 €	3,91%
a) Personale dirigente medico	15.776.761,00 €	14.912.046,00 €	864.715,00 €	5,80%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.713.722,00 €	1.594.969,00 €	118.753,00 €	7,45%
c) Personale comparto ruolo sanitario	13.795.645,00 €	13.510.725,00 €	284.920,00 €	2,11%
d) Personale dirigente altri ruoli	864.072,00 €	872.992,00 €	- 8.920,00 €	-1,02%
e) Personale comparto altri ruoli	4.105.318,00 €	4.000.134,00 €	105.184,00 €	2,63%
7) Oneri diversi di gestione	1.057.888,00 €	1.063.274,00 €	- 5.386,00 €	-0,51%
8) Ammortamenti	3.048.168,00 €	3.165.008,00 €	- 116.840,00 €	-3,69%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	256.036,00 €	67.612,00 €	188.424,00 €	278,68%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	911.368,00 €	1.256.780,00 €	- 345.412,00 €	-27,48%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.880.764,00 €	1.840.616,00 €	40.148,00 €	2,18%
10) Variazione delle rimanenze	799.610,00 €	904.740,00 €	- 105.130,00 €	-11,62%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	756.251,00 €	880.654,00 €	- 124.403,00 €	-14,13%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	43.359,00 €	24.086,00 €	19.273,00 €	80,02%
11) Accantonamenti	2.438.120,00 €	3.041.636,00 €	- 603.516,00 €	-19,84%
a) Accantonamenti per rischi	- €	976.800,00 €	- 976.800,00 €	-100,00%
b) Accantonamenti per premio operosità	36.903,00 €	37.640,00 €	- 737,00 €	-1,96%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	2.356.039,00 €	1.706.186,00 €	649.853,00 €	38,09%
d) Altri accantonamenti	45.178,00 €	321.011,00 €	- 275.833,00 €	-85,93%



Totale B)	106.597.707,00 €	110.569.200,00 €	- 3.971.493,00 €	-3,59%
-----------	------------------	------------------	------------------	--------

Non può che contraddistinguersi come virtuosa una performance in cui, a fronte di un incremento di oltre l'11% della produzione di servizi sanitari, **i costi per acquisto di beni sanitari (al netto del file "F") diminuiscono da 16.938.859 € ad € 15.052.010 €: un risparmio di 1.886.849 € pari all'11,14% rispetto al 2020.**



Ed a ben osservare, anche per quanto attiene ai servizi sanitari, l'ipotesi di aumento della spesa di 265.101 €, pari all'8,47%, in realtà è praticamente dovuta alla voce: "Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)", la quale seppur aumentata di 282.163 €, produce nel bilancio alla voce 4b dei ricavi "Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie – intramoenia" un aumento delle voci attive di € 317.727, ben più che compensante l'incremento della spesa.

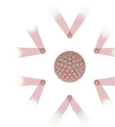
Al netto di tale voce, la spesa è sostanzialmente in tenuta, anzi in lieve diminuzione di 17.063,00 € pari allo 0,7%.

In termini assoluti è l'incremento delle voci relative ai costi del personale pari ad € 1.364.652, che è significativo, seppure giustificato dal relevantissimo incremento di produzione di 3.767.052 € (11,34%). Tale incremento è praticamente dovuto, nella sua interezza e come ovvio, all'incremento della spesa per personale medico-sanitario:

Costi della produzione	Esercizio 2021	Esercizio 2020	Δ 2021-2020	Δ 2021-2020 (%)
a) Personale dirigente medico	15.776.761 €	14.912.046 €	864.715 €	5,80%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.713.722 €	1.594.969 €	118.753 €	7,45%
c) Personale comparto ruolo sanitario	13.795.645 €	13.510.725 €	284.920 €	2,11%
Costo personale medico-sanitario	31.288.149,00 €	30.019.760,00 €	1.268.389,00 €	

Comunque l'incremento di spesa per il personale medico-sanitario, eminentemente riconducibile all'incremento di prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale, si attesta ben al di sotto del 50% del corrispondente incremento di produzione, e quindi è produttivo di un consistente margine operativo differenziale di € 2.403.600, pari al 63,8%.

Voce bilancio	Δ 2021 - 2020
---------------	---------------



Ricavi da produzione sanitaria al netto della farmaceutica	3.767.052 €
Costi del personale	- 1.364.652 €
Margine operativo	2.403.600 €

Cala complessivamente anche la spesa per “consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro” sia per i servizi sanitari (voce 2o) che per i servizi non sanitari (voce 3b):

Voce di conto (ev. sottoconto)	Anno 2021	Anno 2020	Δ 2021 - 2020	Δ 2021 - 2020 (%)
2) Acquisti di servizi sanitari - o) Consulenze collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.547.157,00 €	1.727.821,00 €	- 180.664,00 €	-10,46%
3) Acquisti di servizi non sanitari - b) Consulenze collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	298.018,00 €	478.429,00 €	- 180.411,00 €	-37,71%

Infine sono diminuiti anche i costi relativi a:

Voce di conto (ev. sottoconto)	Anno 2021	Anno 2020	Δ 2021 - 2020	Δ 2021 - 2020 (%)
8) Ammortamenti	3.048.168,00 €	3.165.008,00 €	- 116.840,00 €	-3,69%
10) Variazione delle rimanenze	799.610,00 €	904.740,00 €	- 105.130,00 €	-11,62%
11) Accantonamenti	2.438.120,00 €	3.041.636,00 €	- 603.516,00 €	-19,84%

Per la voce degli ammortamenti, avendo alcuni investimenti raggiunto il proprio orizzonte temporale, i costi complessivi sono diminuiti, per le scorte è stato posto in opera un attento controllo delle giacenze ed infine per gli accantonamenti sono stati revisionati i criteri di inclusione nei fondi attraverso rivalutazione dei rischi.

Gli unici aumenti significativi sono quelli per acquisto di servizi non sanitari, prevalentemente dovuti ai servizi di supporto al CUP, che nel 2021 sono definitivamente andati a regime, quelli di manutenzione e riparazione, in cui sono confluiti le assistenze tecniche e logistiche per l’attivazione della nuova sede e le utenze, ed infine quelli di godimento dei beni di terzi, gravati dai nuovi service dei laboratori.

Voce di conto (ev. sottoconto)	Anno 2021	Anno 2020	Δ 2021 - 2020	Δ 2021 - 2020 (%)
3) Acquisti di servizi non sanitari a) Servizi non sanitari	9.089.958,00 €	8.502.944,00 €	587.014,00 €	6,90%
4) Manutenzione e riparazione	4.643.055,00 €	4.215.400,00 €	427.655,00 €	10,15%
5) Godimento di beni di terzi	639.895,00 €	520.897,00 €	118.998,00 €	22,84%

3.3. Un piano di rilancio dell’Istituto

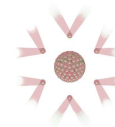
Come dimostrato, negli ultimi anni l’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” ha osservato una crescita sostenuta e della propria capacità assistenziale, in linea con le richieste del territorio in cui la patologia oncologica ha manifestato un significativo incremento della sua incidenza.

Rispetto all’originaria configurazione dei reparti e dei servizi, insediatisi nel nosocomio ristrutturato, nel 2017 sono state ulteriormente aggregate ed allocate nell’originario manufatto le strutture di:

- Chirurgia Toracica proveniente dall’Ospedale San Paolo;
- Oncologia originariamente allocata presso l’ospedale di Venere;
- Anatomia Patologica anch’essa proveniente dall’Ospedale San Paolo e che oggi opera a servizio non solo dell’Istituto, ma anche di tutta l’Azienda Sanitaria di Bari.

Recentemente, inoltre, nonostante un periodo fortemente penalizzato dalle difficoltà operative causate dall’epidemia Covid-19, grazie agli sforzi encomiabili del personale sanitario operante nell’Istituto, la produzione di assistenza ha marcato ulteriori significativi incrementi.

L’ulteriore crescita di degenze e servizi, necessaria a servire la crescente domanda di assistenza e consolidare l’immagine di Centro di Riferimento Oncologico regionale, che l’Istituto ha raggiunto anche



grazie alla qualità delle proprie prestazioni, è però **pesantemente frenata dagli oramai raggiunti limiti strutturali**.

In primis, **l'indisponibilità di spazi necessari ad ospitare ambulatori di tipo chirurgico** per:

- **Accrescere l'attività di impianto di PICC-PORT** (indispensabili per l'esecuzione dei trattamenti chemioterapici per infusione);
- **Eseguire procedure di tipo endoscopico mini-invasivo assistite da scopia RX** (ERCP o biopsie profonde);
- **Erogare le prestazioni in Day-surgery**,

costringe ad **eseguire tali procedure nel Quartiere Operatorio, riducendo la già limitata disponibilità di sale per interventi chirurgici più qualificati ed anche più remunerativi**.

Inoltre, la **frammentazione della distribuzione**:

- degli **ambulatori medici**, nel vecchio corpo di fabbrica, i quali **frequentemente occupano spazi originariamente destinati a degenza**
- degli **ambulatori e delle sale di infusione** destinate all'esecuzione **dei trattamenti chemioterapici**,

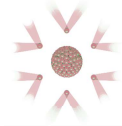
non consentono l'attivazione di una parte significativa **della prevista dotazione di 166 posti letto** (ex RR n.23/2019 e ss.mm.ii.), limitando la capacità di ricovero a poco meno di 110 posti di degenza e rendendo **inefficienti alcuni processi di esecuzione dei cicli di chemioterapia**.

Struttura	P.L.	P.L. (post lavori su TIPO)
S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE E TIPO	4	4+2
S.C. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	12	12
S.C. CHIRURGIA TORACICA	10	10
S.C. EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	10	10+ 6
S.C. ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	17	17
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	15	15
S.S.D. CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO SENOLOGICO	6	6
S.S.D. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	5	5
S.S.D. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	3	3
S.S.D. ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	7	7
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	2	2
S.S.D. UROLOGIA	8	8
Totale complessivo	99	107

Appare così evidente che il "burden" assistenziale conseguente alle potenziate attività di "screening", di cui al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 2198 del 22 dicembre 2021, non potrà trovare riscontro, per fare solo un esempio, nei soli 3 posti di degenza in ginecologia.

Particolarmente critica appare, la situazione di almeno 2 reparti chirurgici, quelli di Ginecologia e Urologia.

Il primo, in particolare, per la scarsa dotazione di posti letto e di personale, è costretto a limitare la propria attività di ricovero a poche procedure interventistiche ed alle terapie sistemiche, spesso delegate ad altri ambulatori oncologici, rinunciando al ricovero delle pazienti per le quali la terapia chirurgica sarebbe consigliata, e perdendo quindi la possibilità di garantire la continuità dell'assistenza dopo le fasi diagnostiche.



Per l'urologia, l'assenza di una chirurgia robotica cui molti pazienti fanno ormai riferimento a causa dei paventati migliori esiti degli interventi di prostatectomia per quanto attiene alla preservazione della funzione erettile ed al contenimento urinario, limitano l'attrattività di tale reparto per tale importante fascia di tumori dell'apparato genito-urinario maschile.

L'ipotesi di acquisizione di un "robot chirurgico" rappresenta un'innovazione che va attentamente valutata sotto una pluralità di aspetti: costi, efficacia, immagine, ecc. in un approccio tecnico-economico tipico della valutazione HTA, ma la cui verifica non può più essere rimandata.

Anche l'esecuzione di tutte le prestazioni diagnostiche di endoscopia digestiva e le procedure chirurgiche di tipo ambulatoriale conseguenti allo screening massivo del FOBT (Faecal Occult Blood Test) per il tumore del Colon-Retto, comporteranno un sensibile incremento dei carichi di lavoro.

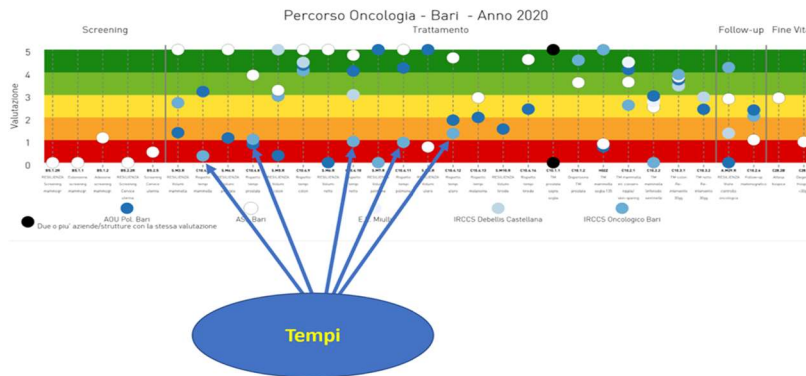
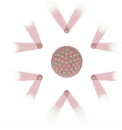
Infine, difficilmente potrà essere garantita idonea risposta all'aumento riscontrato dei tumori tiroidei o parotidei con soli 2 P.L. nella ORL o agli interventi per melanoma in una chirurgia plastica già sovraccarica dell'assistenza ai carcinomi mammari.

Altra specialità chirurgica che manifesta criticità è quella della chirurgia toracica: la domanda interventistica è sostenuta ed i tempi di attesa superano i 40 gg., ma il vero collo di bottiglia è rappresentato non tanto dalla capacità ricettiva del reparto in termini di posti letto, quanto piuttosto dalla limitata capacità di erogazione di interventi operatori presso la Sala Operatoria a causa dell'esiguo numero di sedute riservate alla Chirurgia Toracica.

Infine numerose specialità chirurgiche tra cui le endoscopie digestiva e bronchiale, la radiologia interventistica, ed anche altre che eseguono procedure biottiche profonde a supporto della diagnostica, proprio per le predette limitazioni di sale attrezzate (operatorie, di chirurgia ambulatoriale, endoscopiche ed ibride (CT-Angio), rappresentano un vero e proprio collo di bottiglia per i prelievi istologici ai fini diagnostici.

Tali pesanti limitazioni comporteranno un accrescimento della migrazione extra-regionale quando, a seguito dell'avvio delle sistematiche campagne di screening, non potendo far fronte a tutti gli accertamenti diagnostici ed alle conseguenti terapie chirurgiche, farmacologiche o ibride necessari in caso di conferma della patologia, penalizzando altresì l'immagine dell'Istituto rispetto alla conquista della prevista dimensione di hub specialistico di riferimento regionale.

Non può difatti ritenersi che l'Istituto abbia scarso "appeal": i tempi di attesa per ricoveri chirurgici rilevati dal MES della Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa mostrano che le peggiori performance dell'Istituto sono proprio legate alle prolungate attese di intervento. Nessun paziente attenderebbe a lungo un intervento se il centro chirurgico non fosse reputato qualitativamente più che adeguato.

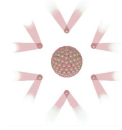


Se nelle strutture del Dipartimento Chirurgico l'obiettivo è quello di recuperare posti di degenza e disponibilità di Sale Operatorie, congiuntamente ad un contenimento della durata delle degenze, con rotazioni sui Posti Letto il più possibile efficienti ed un'esecuzione sistematica e rapida delle procedure di "pre-ricovero", per quanto attiene le strutture del Dipartimento di Area Medica, si tratta di:

- Attivare aree di degenza a "bassa intensità assistenziale", per trasferirvi pazienti in modalità protetta onde aumentare la rotazione dei Posti Letto, diminuire i casi di "outliers" ed aumentare l'indice di performance ed il Case Mix;
- Governare e garantire i percorsi diagnostico-terapeutici mediante:
 - Implementazione strutturale e massiva della Porta Unica di Accesso alla 1° valutazione oncologica rappresentata dal C.Or.O. e dalle sue procedure;
 - Gestione prioritizzata delle prestazioni associate al percorso di accertamento/perfezionamento diagnostico in funzione della situazione clinica del paziente;
 - Presa in carico globale del paziente non solo per quanto attiene agli aspetti sanitari, ma anche sociali ed amministrativi con attitudine proattiva;
- Razionalizzare la distribuzione fisica, l'organizzazione, gli strumenti e le dotazioni tecnologiche e le procedure dell'assistenza chemioterapica;
- Potenziare l'assistenza qualificante l'Istituto (trapianti di midollo, sperimentazione farmacologica di 1° Fase, medicina di precisione);
- Implementare rigorose procedure di controllo delle terapie farmacologiche in termini di appropriatezza, contenimento dei costi, eventuale autorizzazione di uso di principi attivi "off-label", sperimentazione terapeutica;
- Attivare modalità tecnico-organizzative innovative di erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le "Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", di cui al recente DM Ministero della Salute (PNRR – Milestone EU M6 C1-4);

Per le strutture che erogano "servizi di diagnostica di laboratorio e per immagini", si rende necessario:

- Efficientare le attività di esecuzione dei prelievi, soprattutto per esterni, migliorando l'accesso alle strutture da parte dei pazienti e le procedure di accettazione e tracciabilità;
- Automatizzare le fasi pre-analitiche della Diagnostica di Laboratorio;
- Integrare i Sistemi Informativi del CUP e del LIS per rendere più efficienti e sicure le procedure di accettazione;
- Introdurre un Sistema Informativo della Diagnostica Molecolare che si integri al Sistema Informativo Regionale dell'Anatomia Patologica (SIRAP);
- Implementare la Digital Pathology presso l'Anatomia Patologica, integrandola con il SIRAP;



- Rendere più efficienti e, laddove possibile, automatizzare i processi di preparazione degli specimen di Anatomia Patologica;
- Aggiornare ed ammodernare il sistema di gestione del RIS-PACS;
- Avviare a regime le diagnostiche aggiuntive di recente installazione: 2° CTI e 2° Rx telecomandato

Infine, anche per quanto attiene alla ricerca, si rendono necessari interventi di:

- Ulteriore crescita dell'Impact Factor normalizzato complessivo dell'Istituto a livelli compatibili con la prevista riforma dei requisiti di riconoscimento dello status di IRCCS;
- Potenziamento delle attività di trasferimento tecnologico con valorizzazione delle iniziative di "proof-of-concept", realizzazione del prototipo, creazione di spin-off/start-up, partnership industriale, partnership finanziaria, ruolo e status del ricercatore/imprenditore, ecc..
- Implementazione strutturale di sistemi di governo del "budget della ricerca" e di principi di "sostenibilità" dello stesso;

Si tratta di un vero e proprio "Piano" di Rilancio dell'Istituto volto a:

- Riallocare strutturalmente attività assistenziale e di ricerca al fine di potenziarne, razionalizzarne ed efficientarne l'esecuzione;
- Potenziare ed adeguare le infrastrutture tecnologiche dell'Istituto;
- Revisionare l'organizzazione dell'Istituto attraverso la strutturazione per intensità di cura, la gestione dipartimentale, la sistematica "presa in carico" dell'utenza, l'attenzione alla qualità percepita, il potenziamento della ricerca e dei suoi ritorni di qualità ed economici;
- Potenziamento quali-quantitativo del personale.

Il Piano di Rilancio dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, sinteticamente riassunto in questa relazione, sarebbe suddiviso in 2 fasi.

Fase 1 – da attuarsi nel breve periodo (12 mesi)

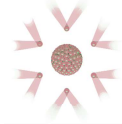
- a. Riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie all'esterno del complesso ospedaliero;
- b. Riallocazione delle strutture destinate alla chemioterapia;
- c. Riallocazione delle strutture ambulatoriali;
- d. Riallocazione della posizione del CUP/ticket, e avvio operativo del nuovo modello del C.Or.O. per la presa in carico del paziente oncologico;
- e. Riallocazione dei punti prelievo, potenziamento delle attività di diagnostica del Laboratorio di Patologia Clinica
- f. Accrescimento del numero di Posti Letto;
- g. Potenziamento della diagnostica di supporto;
- h. Efficientamento del Gruppo Operatorio;
- i. Incremento delle dotazioni di personale, per la realizzazione degli obiettivi precedenti e per il potenziamento delle attività diagnostiche

Fase 2 - - da attuarsi nel medio periodo (36 mesi)

- j. costruzione di un nuovo corpo di fabbrica per lo sviluppo delle attività di diagnostica, clinica e di ricerca, nonché per migliorare le infrastrutture di logistica (parcheggi).

Dettaglio della fase 1.

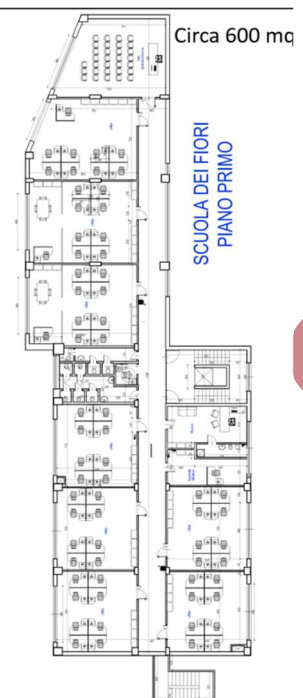
Il dettaglio delle attività di cui alla Fase 1 è quello di seguito descritto.



a. riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie all'esterno del complesso ospedaliero.

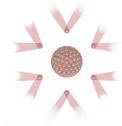
Tale attività ha avuto inizio già con il trasferimento (completato nel 2021) dell'intero primo piano della palazzina uffici, riallocate nella Sede di cui l'IRCCS si è dotato in Via Camillo Rosalba, 47/z. Ad esito di tale attività, l'intero primo piano di tale edificio ha assunto la funzione di ambulatorio per le infusioni di chemioterapia, mentre le residuali attività amministrative occupano ancora il piano secondo ed il piano terzo della Palazzina Uffici interna al perimetro di Viale O. Flacco.

Al fine di proseguire tale attività di delocalizzazione delle attività amministrative, è già stata conclusa una trattativa per l'affitto di locali nell'adiacente complesso "Scuola dei Fiori", che consentirà lo spostamento degli ulteriori uffici amministrativi e gestionali non sanitari attualmente collocati al piano secondo della Palazzina Uffici; in tal modo, sarà possibile riconvertire anche tali spazi alle funzioni di ambulatorio per le infusioni di chemioterapia, in continuità organizzativa con quanto già realizzato al piano primo.



b. Riallocazione delle strutture destinate alla chemioterapia

La delocalizzazione di parte delle attività amministrative permetterà di liberare nella palazzina uffici gli ulteriori spazi (già oggetto di progettazione e di finanziamento) per la realizzazione di un secondo piano (in continuità con il primo) da destinare ad ambulatori di chemioterapia, come da seguente planimetria:



piano secondo - pal. uff. - osp oncologico bari - progetto

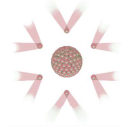
In tali spazi, inoltre, sarebbe così possibile allocare le attività di visita propedeutica, preparazione e somministrazione delle chemioterapie attualmente disperse nei vari ambulatori di volta in volta attivati nel corso del tempo.

Il terzo piano continuerà ad ospitare le sole attività amministrative che, per motivi di rappresentanza o per necessità di dialogo con le strutture dipartimentali ospedaliere, non è opportuno allocare in una sede distaccata. Tali attività contemplano la Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria.

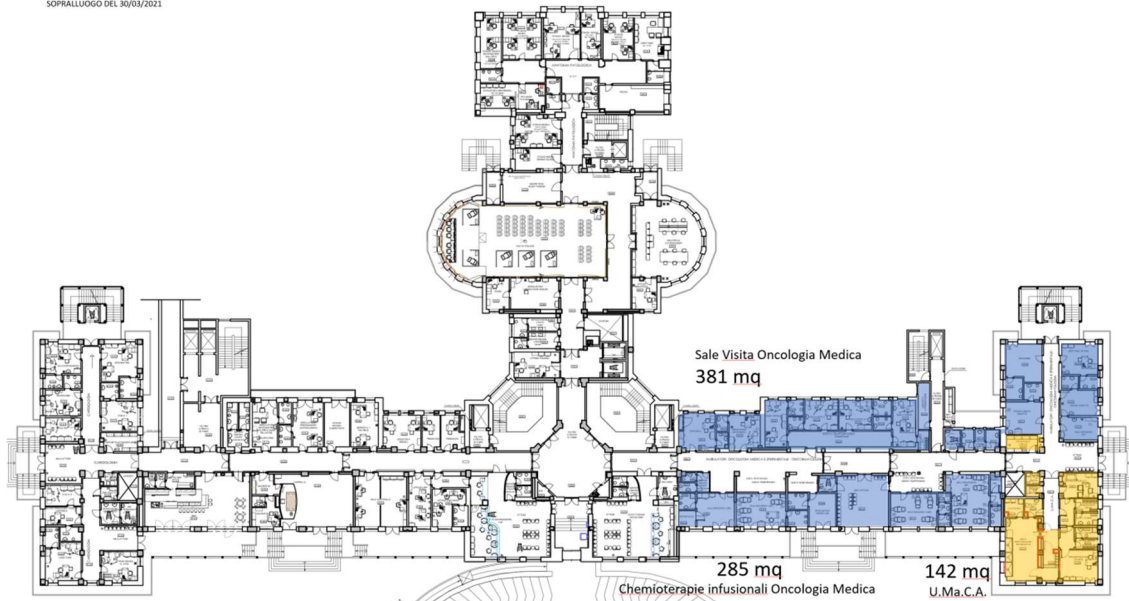
c. Riallocazione delle strutture ambulatoriali

Concentrando tutta l'attività di assistenza con chemioterapie infusionali nella "ex palazzina uffici", può essere liberata da tali attività tutta l'ala nord-est al piano rialzato del vecchio nosocomio, dove attualmente buona parte di esse è ospitata, oltre a diversi altri locali destinati alle infusioni chemioterapiche al piano 1° e 2° del braccio centrale, rispettivamente afferenti all'Ematologia ed all'Oncologia Interventistica, per ospitarvi tutti gli ambulatori di prima visita coordinati dal C.Or.O..

Di seguito il sinottico delle aree che verrebbero liberate:



OSPEDALE
PIANTA PIANO RIALZATO
SOPRALLUOGO DEL 30/03/2021

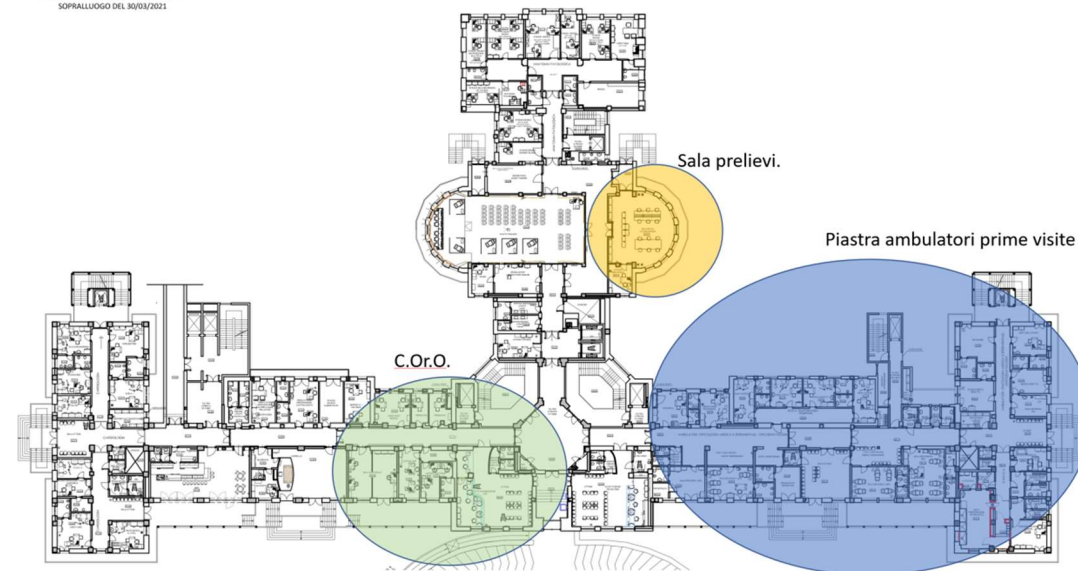


Piano rialzato manufatto principale:

- Sale di infusione e facilities connesse: 285 m²;
- Sale visita: 381 m²;

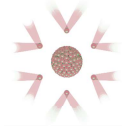
La capacità ricettiva delle attività al Piano rialzato consente di approntare non meno di 20 ambulatori, strettamente coordinati e collegati al C.Or.O. che verrebbe collocato in sua prossimità.

OSPEDALE
PIANTA PIANO RIALZATO
SOPRALLUOGO DEL 30/03/2021

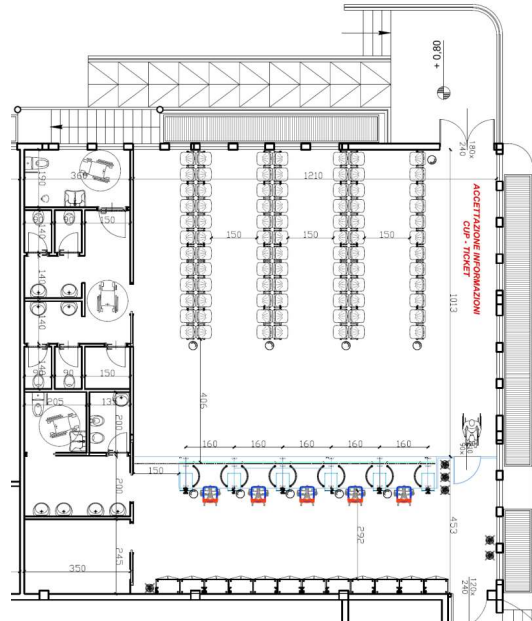


Tutto ciò migliorerebbe sensibilmente anche i tragitti interni dei pazienti e l'orientamento complessivo, nonché il coordinamento nei primi accessi all'Istituto.

d. Riallocazione della posizione del CUP/ticket, e avvio operativo del nuovo modello del C.Or.O. per la presa in carico del paziente oncologico



L'IRCCS si è dotato di un terzo spazio "al di fuori delle mura", partecipando, insieme alla AOU Policlinico di Bari, ad una procedura di selezione di spazi, da acquisire in affitto, da destinare a deposito farmaceutico e generale dell'Istituto. In tal modo, è stato possibile liberare completamente gli spazi che, nella c.d. palazzina "centrali tecnologiche", erano destinati a deposito generale dell'Istituto. E' previsto lo spostamento delle attività di CUP/Ticket proprio in tale ambito, oggetto ovviamente di adeguate opere di ristrutturazione, per realizzare il seguente schema planimetrico.

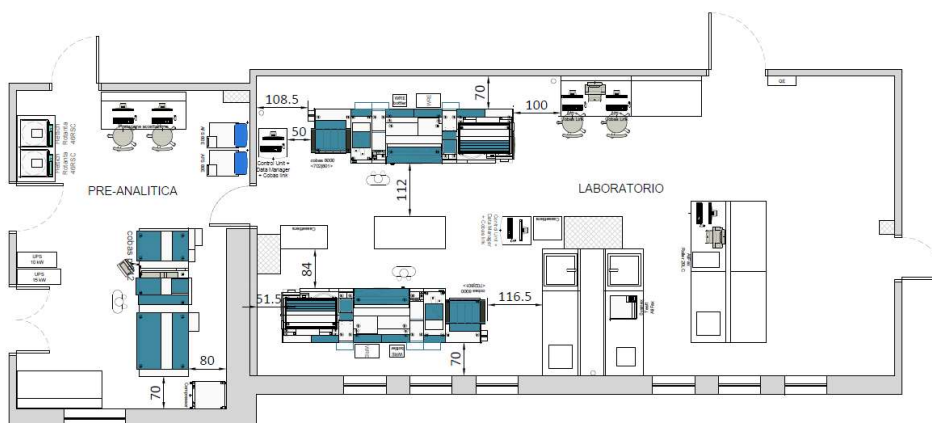


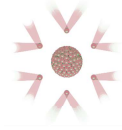
Gli spazi così liberati, attualmente occupati da CUP/ticket, verrebbero liberati e messi a disposizione del C.Or.O., come sarà meglio descritto nel seguito.

94

e. Riallocazione dei punti prelievo, potenziamento delle attività di diagnostica del Laboratorio di Patologia Clinica

Sono in via di installazione le nuove attrezzature per il potenziamento del Laboratorio di Patologia Clinica. Tra queste, costituisce una vera innovazione organizzativa la implementazione di attrezzature per la fase preanalitica.



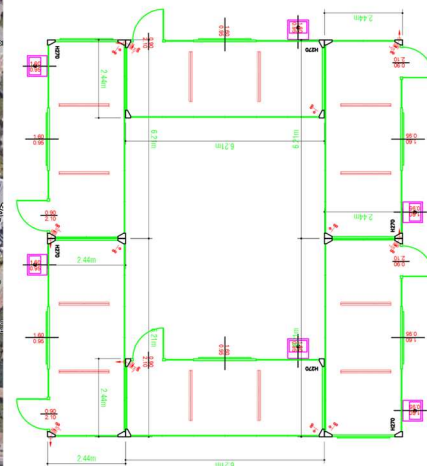
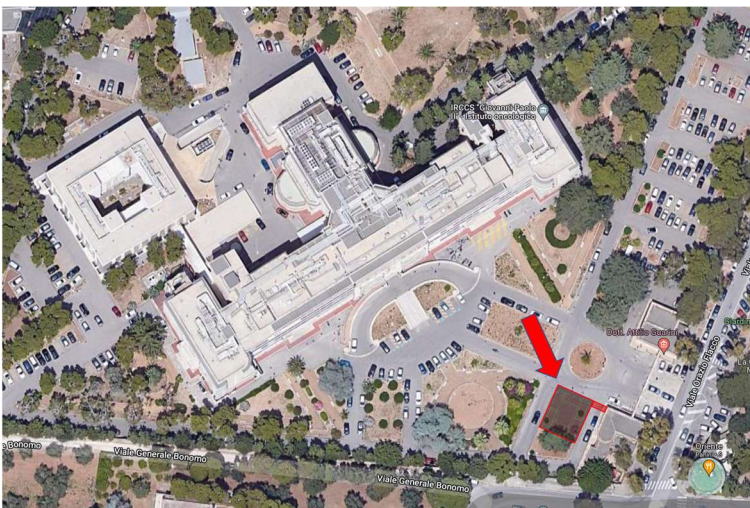


Mentre si realizza tale implementazione, contemporaneamente si provvede alla messa in sicurezza della zona prelievi: attualmente, tale attività è resa nella sala convegni, che deve però essere recuperata alle originarie funzioni.

Per tale motivo, la nuova sala prelievi sarà realizzata nella ex biblioteca dell'Istituto.

f. Approntamento di struttura per l'accoglienza ed accettazione

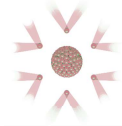
La necessità di governare gli accessi ed evitare sovraffollamenti, snellendo le procedure di accettazione ed automatizzando l'orientamento all'interno dell'ospedale, garantirebbe una più ordinata fruizione dei servizi con miglioramento della qualità percepita. Esso è un altro degli obiettivi facilmente conseguibili attraverso riposizionamento delle infrastrutture prefabbricate fornite dalla protezione civile per la gestione degli accessi nel periodo della pandemia secondo lo schema indicato. L'infrastruttura dei moduli, interconnessi fra loro e sormontati al centro da una tettoia ecologica in legno con vetrate laterali a 360° motorizzate per l'illuminazione e la ventilazione naturale, consentirebbe il posizionamento dei servizi di accoglienza e di accettazione con postazioni di verifica della autorizzazioni orarie all'accesso, consegna di QR codes per l' "orientering" ed esecuzione automatizzata di accettazione amministrativa delle prestazioni e pagamento automatizzato dei ticket



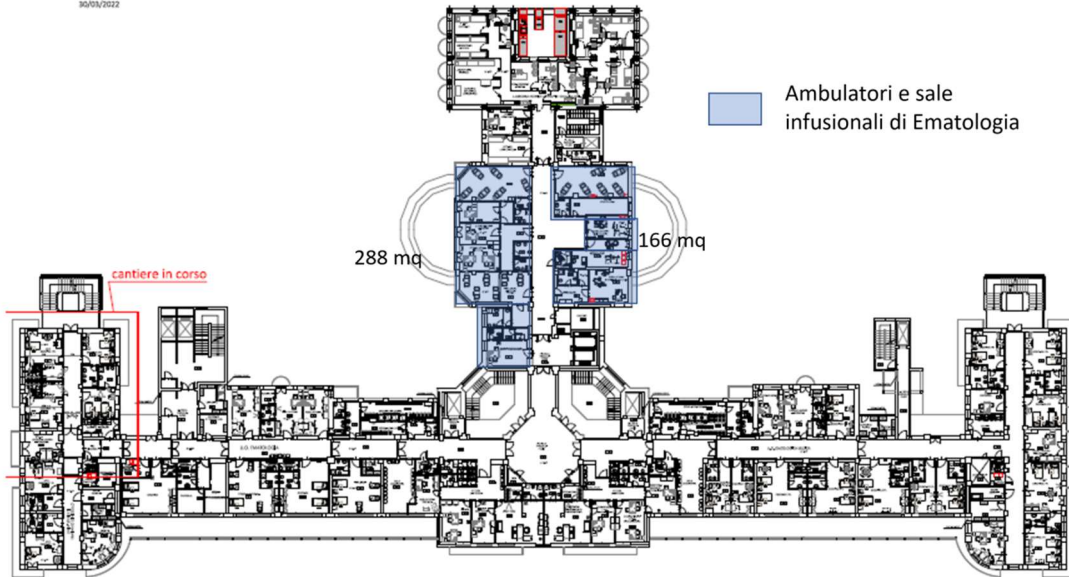
g. Potenziamento della dotazione di posti letto

Gli spostamenti dianzi descritti consentirebbero di restituire all'originaria destinazione d'uso numerosi locali originariamente destinati a degenza, e successivamente trasformati in ambulatori; con un recupero complessivo di non meno di 25 posti letto, i quali sarebbero destinati al potenziamento soprattutto delle attività chirurgiche ed in particolare delle specialità di:

- Ginecologia che verrebbe anche clinicizzata con beneficio anche della vocazione scientifica dell'Istituto, la quale passerebbe da 3 a 12 posti letto;
- Otorinolaringoiatria che potrebbe così disporre di almeno altri 4 posti letto per poter garantire l'assistenza anche su interventi più complessi che determinano degenze prolungate.
- Le altre chirurgie, tra cui in particolare la toracica, che potrebbero ricevere un incremento della rimanente dotazione di 12 posti letto.

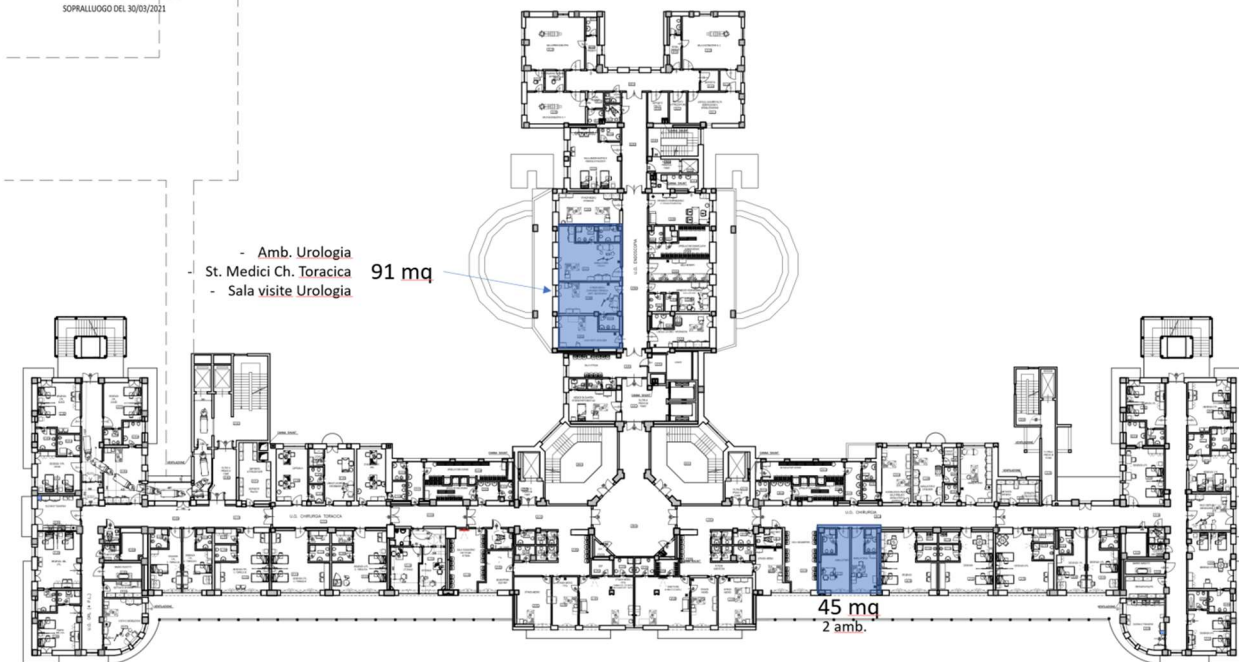


OSPEDALE
PIANTA PIANO PRIMO
30/03/2022



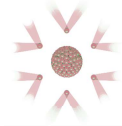
- Sale di infusione e facilities connesse: 152 m²;
- Sale visita: 302 m²;

OSPEDALE
PIANTA PIANO SECONDO
SOPRALLUOGO DEL 30/03/2021

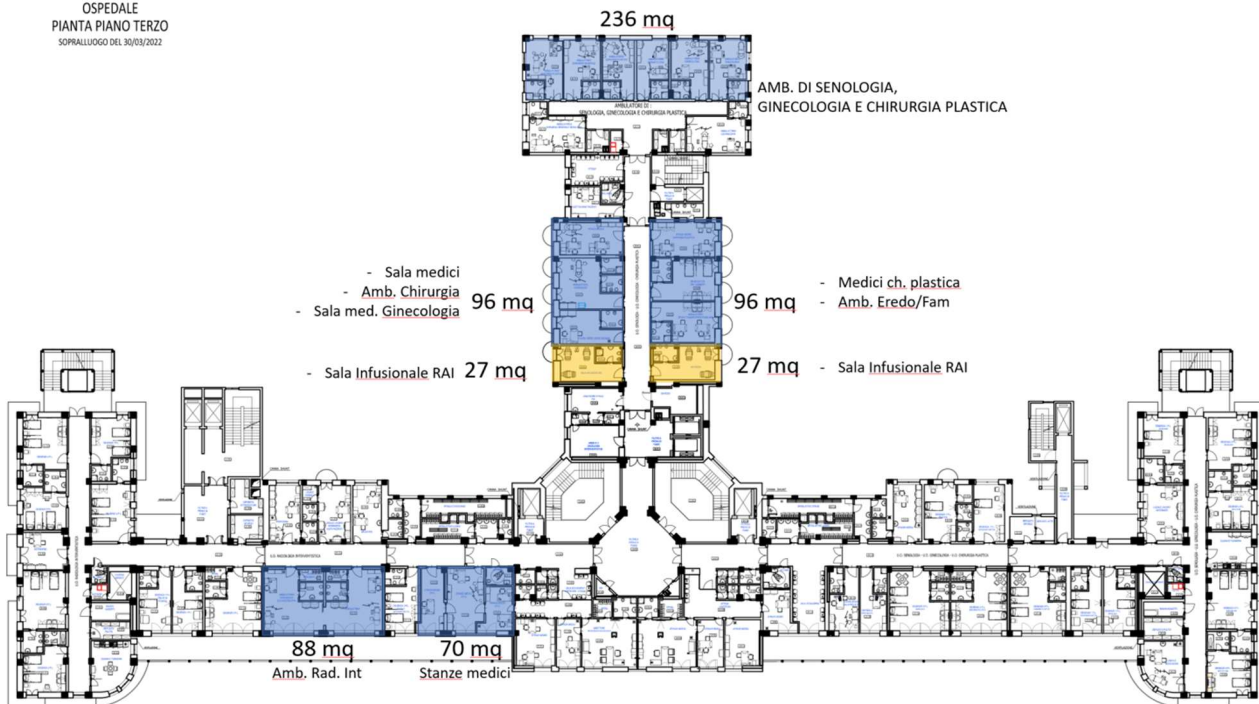


Piano secondo manufatto principale:

- Ambulatori da trasferire al Piano rialzato in quanto di visita: 136 m² (5 ambulatori)



OSPEDALE
PIANTA PIANO TERZO
SOPRALLUOGO DEL 30/03/2022



Piano terzo manufatto principale:

- Sale di infusione e facilities connesse: 54 m²;
- Sale visita: 428 m²;

In sintesi:

- Tutti gli ambulatori di prima visita (primariamente gli oncologici e quelli chirurgici di 1° visita conseguente a screening) saranno dislocati nella costituenda piastra ambulatoriale al Piano rialzato;
- Tutti gli ambulatori dedicati alle terapie infusionali verranno trasferiti alla "ex palazzina uffici";
- Verranno potenziati e resi completamente accreditabili gli ambulatori chirurgici al terzo piano (con scopia Rx).

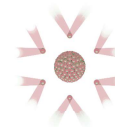
h. Potenziamento della diagnostica di supporto

Sono già state avviate importanti azioni di aggiornamento della diagnostica di immagine, attraverso le quali si sono già acquisite le seguenti attrezzature:

- TC 128 slice (già collaudato);
- Ortopantomografo (già collaudato);
- arco a "C" (già collaudato);
- telecomandato digitale (in via di installazione)

sono state avviate le acquisizioni delle seguenti attrezzature (nell'ambito del PNRR):

- n. 2 Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati
- n. 1 Tomografi a Risonanza Magnetica (MRI) - 1,5 Tesla
- n. 1 Acceleratori lineari
- n. 2 Mammografi con tomosintesi
- n. 2 ecotomografi Multidisciplinari/Internistici
- n. 1 Telecomandati digitali per esami di reparto



Al fine di garantire la tempestività dei percorsi diagnostici verrebbe attivato un “service” per le prestazioni diagnostiche PET-TC attualmente erogate dal Policlinico di Bari in una convenzione abbastanza onerosa.

i. Efficientamento del Gruppo Operatorio

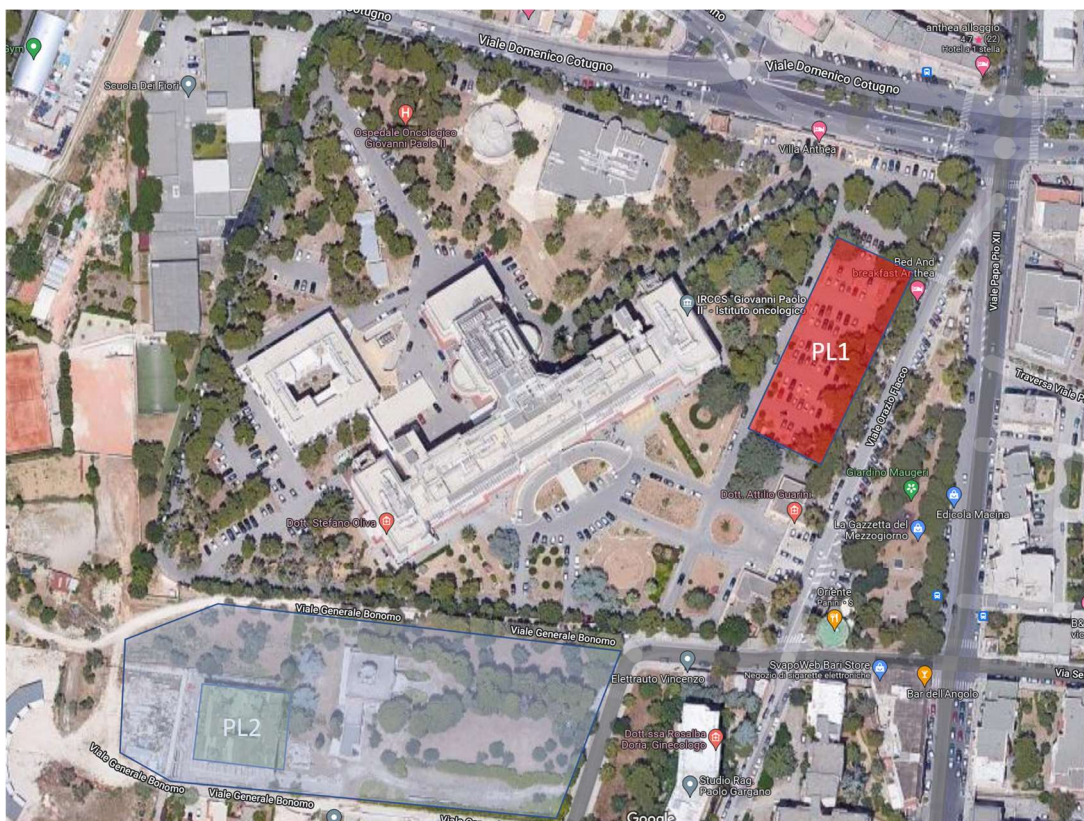
Il potenziamento ed efficientamento del blocco operatorio avverrà mediante l'utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio.

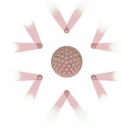
La Fase 2 del progetto da realizzarsi nel medio periodo (3 anni) prevede la costruzione di un nuovo corpo di fabbrica per l’allocazione delle seguenti funzioni:

- Diagnostica PET/TC e Medicina Nucleare con degenze per metabolica - Piano interrato -1 (stima 1.000 m²)
- Protonterapia - Piani interrati da -3 a 0 – Stima 350 m²
- Parcheggi - Piani interrati -2 e -3 – Stima 1.000 m²;
- C.Or.O. e Prime visite – Piano terra – Stima 1.500 m²;
- Espansioni ambulatoriali - Anatomia Patologica - Stima 1.500 m².

e la riallocazione delle attività amministrative e gestionali non sanitarie (piano 2);

Al momento è in valutazione la possibilità di allocare tale nuovo corpo di fabbrica al di sotto del parcheggio esistente individuato con il tratteggio PL1 o di acquisire nella formula di Partenariato Pubblico Privato, la disponibilità dei manufatti confinanti individuati dal tratteggio con PL2.





3.4. Dalla pianificazione strategica alla programmazione operativa delle attività

La metodologia seguita è stata quella del cosiddetto Balanced Scorecard (BSC), una tecnica di management che facilita il processo di traduzione della strategia in azione, ovvero in obiettivi e misure applicabili a livello operativo.

Fase I – Analisi strategica (TOP)

Tale metodo parte dall'analisi della “vision” e della strategia per individuare i più importanti aspetti della produzione attraverso un preliminare approccio “top-down” definendo i fattori critici di successo che possono permettere all'organizzazione di mantenersi efficace ed efficiente nell'ambiente competitivo. In tale fase si pone attenzione alla sostenibilità della trasformazione dal posizionamento attuale dell'Istituto, raggiunta grazie alle azioni intraprese in passato, verso la performance attesa in futura.

Fase II – Illustrazione della strategia (TOP-DOWN)

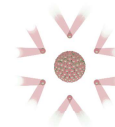
Si procede quindi ad una illustrazione degli stessi al management “apicale” per agevolare la comune comprensione degli obiettivi dell'organizzazione ed una preliminare attività di “assessment” del corretto posizionamento degli stessi.

In tale presentazione gli obiettivi vengono organizzati secondo 4 prospettive convenzionalmente riconosciute che bilanciano le misure esterne relative agli “holders” (Regione, Stato e pazienti) e le misure interne di processo, innovazione, apprendimento e crescita:

- a. Conservazione dell'equilibrio economico-finanziario (business stability);
- b. Misure di miglioramento della sicurezza, efficienza ed efficacia dell'attività (efficacy/efficiency);
- c. Misure di miglioramento della qualità percepita (perceived quality);
- d. Misure di innovazione organizzativa e formazione (business growth - evolution)

Senza modificare sostanzialmente tale impostazione, ma ai soli fini di una maggiore leggibilità della corrispondenza tra obiettivi assegnati dagli “holders” istituzionali e prospettive designate dal BSC, le prospettive aziendali vengono riassunte in 8 aree così pesate:

N.	Aree di insistenza degli obiettivi (BS adapted)	Peso
1	Obiettivi relativi alla conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»	25-35
2	Obiettivi connessi al potenziamento della ricerca traslazionale e dell'attività di ricerca in generale	15-20
3	Obiettivi di miglioramento organizzativo (efficienza)	15-20
4	Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza (efficacia)	20-25



5	Obiettivi di miglioramento della qualità percepita e comunicazione	5-10
6	Transizione digitale in sanità	5-10
7	Trasparenza ed anticorruzione: controllo/azioni correttive	5-10
8	Azioni di benessere organizzativo e pari opportunità (CUG)	5-10

Fase III – Posizionamento di dettaglio delle strategie (DOWN)

Il quadro delle azioni proposte dalla Direzione viene quindi sottoposto alla riflessione dei Dipartimenti affinché i manager apicali delle strutture assegnatarie dei fattori produttivi (personale, beni e servizi) possano elaborare verifiche di “achievability” degli obiettivi stessi, valutare eventuali esigenze di modifica dell’allocazione delle risorse, individuare le “tattiche” di efficiente conseguimento degli obiettivi (tempi, organizzazione e formazione).

Tale fase è essenziale per garantire il corretto posizionamento degli obiettivi in termini di compromesso sostenibile di ambizione e realizzabilità

Fase IV – Negoziazione (BOTTOM-UP)

In tale ultima fase si determina l’incontro fra la visione strategica della Direzione dell’Istituto ed il percorso tattico per il conseguimento degli obiettivi individuato dalla competenza dei professionisti apicali in ciascun dipartimento in un quadro di sostenibilità economico-tecnico-organizzativa dell’Istituto.

In tale fase vengono stabiliti investimenti, allocazione delle risorse, azioni coordinate e vincolanti delle strutture amministrative e di supporto, nonché le azioni interdipartimentali dell’organizzazione dell’assistenza.

100

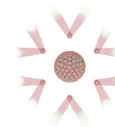
3.4.1. Gli obiettivi strategici

Il quadro sinottico degli obiettivi che la Direzione dell’Istituto deve considerare vincolanti per l’indirizzo della propria azione manageriale sono riassumibili nell’insieme degli obiettivi di seguito descritti:

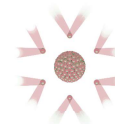
- Obiettivi che la vigente normativa definisce a pena di decadenza del Direttore Generale e che sono stati riassunti nel contratto sottoscritto da quest’ultimo;
- Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022;
- Obiettivi di performance fissati dal Coomitato di Indirizzo e Verifica dell’Istituto.

3.4.1.1. Obiettivi vincolanti a pena di decadenza contenuti nel contratto stipulato dal Direttore Generale.

Codice	Ambito	Obiettivo	Riferimento normativo
--------	--------	-----------	-----------------------



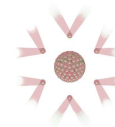
OPD-1	Flussi informativi	Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale.	Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274
OPD-2	Equilibrio economico-finanziario	<p>Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF). La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le Aziende danno comunicazione alla Giunta Regionale entro i successivi quindici giorni.</p> <p>La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi: :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) mancata o incompleta presentazione della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale; b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione all'art. 33 della L.R. 38/1994 s.m.i.; c) mancata trasmissione alla Regione del piano di rientro ovvero esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro [art. 1, commi 528, 534 e 535, della Legge n. 208/2015]; d) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra indicato. 	D.Lgs. 171/2016 s.m.i.; L.R. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; L. 289/2002, art. 52, co. 4, lett. d); Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274
OPD-3	Legalità, trasparenza e gestione amministrativa	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione	D.Lgs. 171/2016 e ss.mm.ii., art. 2, co. 5
OPD-4	Acquisto di beni e servizi.	<ul style="list-style-type: none"> • Obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. 	Legge n. 296/2006 art. 1, co. 449; D.L. n.



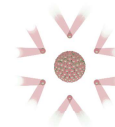
		<p>quale centrale regionale di committenza ai sensi o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, vige comunque l'obbligo di ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obbligo di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP. • Rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37/2014. 	95/2012 art. 15, co. 13, lett. d); L.R. n. 37/2014 art. 20; Legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548,
OPD-5	Attività libero-professionale intramuraria	Garanzia dell'esercizio dell'attività	L. 120/2007, art. 1, co. 7
OPD-6	Flussi informativi	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti dati ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	L.R. 4/2003, art. 32, co. 2
OPD-7	Controllo spesa farmaceutica	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento.	L. n. 347 del 18/9/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004
OPD-8	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.	L. 190/2014 (Legge Stabilità 2015), art. 1, co. 567; D.Lgs. 502/1992, art. 3-bis, co. 7-bis; D.Lgs. n. 171/2016, art. 2, co. 3, lett. a)
OPD-9	Governo delle Liste di Attesa	Adozione ed attuazione del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente.	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019

3.4.1.2. Obiettivi di mandato del Direttore Generale e riportati nel D.P.G.R n. 34 del 9 febbraio 2022

Codice	Ambito	Obiettivo	Riferimento normativo
--------	--------	-----------	-----------------------

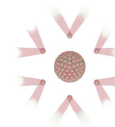


OMD-1	Contabilità aziendale	Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica, per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge	D.Lgs. n.502/92; Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, Art. 3, c.7
OMD-2	Contabilità aziendale	Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario - MOSS	DGR n. 1280/2015 DGR n. 1294/2017;
OMD-3	Assistenza Ospedaliera	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera	D.M. Salute n.70 del 2 aprile 2015; Leggi Stabilità 2016 – 2017; Regolamento Regionale n.23/2019 e s.m.i. e s.m.i. Regolamento regionale n.14/2020 ed indicazioni urgenti per gestione Covid-19
OMD-4	Equilibrio economico-finanziario	Rispetto dei tetti di spesa per il personale e rigoroso rispetto di quanto previsto dalla Regione in materia di Piani Triennali del Fabbisogno del personale, in coerenza con la programmazione regionale; Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali nonché della soglia minima per la riduzione della spesa per dispositivi medici Riconduzione graduale, nel corso di un triennio, dei valori di spesa di cui sopra ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale	Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF).
OMD-5	Sanità elettronica	Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità Elettronica	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1803 del 16 ottobre 2018 e ss.mm.ii., atti normativi o revisioni.
OMD-6	Fondi comunitari e/o nazionali	Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio	Disciplinari sottoscritti con Ministeri, Ente Regione.
OMD-7	Governo delle Liste di Attesa	Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa, attraverso un monitoraggio periodico delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019
OMD-8	Prevenzione	Attuazione dei protocolli operativi, rispetto degli standard previsti e qualificazione dei programmi regionali di screening oncologico per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, per quanto di competenza dell'istituto; Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025	D.G.R. n. 2198/2021 e ss.mm.ii. per gli ambiti di competenza
OMD-9	Anticorruzione e Trasparenza	Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione	Legge n. 190/2012



3.4.1.3. Obiettivi di performance assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Codice	Ambito	Obiettivo	Riferimento normativo
OCIV-1	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Ricoveri outliers. Riduzione della percentuale dei ricoveri outliers prodotti nel 2021 (salvo casi specifici documentati). Target: Nricoveri.outliers 2022 \leq 0,9*Nricoveri.outliers 2021	D. 190/2014 (Legge Stabilità 2015), art. 1, co. 567; D.Lgs. 502/1992, art. 3-bis, co. 7-bis; D.Lgs. n. 171/2016, art. 2, co. 3, lett. a)
OCIV-2	Governo delle Liste di Attesa	Abbattimento delle liste di attesa. Diminuzione tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali come P.N.G.L.A. (Tempo di attesa per prestazione). Target: Valore 2022 \geq Valore 2021-10%	L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019
OCIV-3	Assistenza Ospedaliera	Implementazione posti letto della TIPO Target: Aumento dei posti letto da 4 a 6	D.M. Salute n.70 del 2 aprile 2015; Leggi Stabilità 2016 – 2017; Regolamento Regionale n.23/2019 e s.m.i. e s.m.i. Regolamento regionale n.14/2020 ed indicazioni urgenti per gestione Covid-19
OCIV-4	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Applicazione linee guida hospitality. Attuazione di quanto stabilito con deliberazioni n. 774 e 734/2021 mediante Target: definizione cronoprogramma delle attività e sua implementazione	D.G.R. n. 1985/2018 e D.G.R. n. 671/2019
OCIV-5	Ricerca	Impact Factor normalizzato delle pubblicazioni scientifiche. Target: Valore IFn 2022 \geq Valore IFn 2021+5%	
OCIV-6	Assistenza Ospedaliera	N. posti letto: incremento di n.10 posti letto Target: Valore P.L.: 2022 \geq Valore P.L.: 2021+10	D.M. Salute n.70 del 2 aprile 2015; Leggi Stabilità 2016 – 2017; D.G.R. 1726/2109; Regolamento Regionale n.23/2019 e Regolamento regionale n.14/2020 oltre indicazioni per gestione Covid-19
OCIV-7	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Razionalizzazione spazi degenza - ambulatori front office. Progettazione e avvio dei procedimenti per richiedere i finanziamenti per la realizzazione del nuovo immobile da dedicare ai servizi. Target: Razionalizzazione spazi mediante definizione di cronoprogramma delle attività Ricerca finanziamenti e progetto di fattibilità	D.M. Salute n.70 del 2 aprile 2015; Leggi Stabilità 2016 – 2017; D.G.R. 1726/2109; Regolamento Regionale n.23/2019 e Regolamento regionale n.14/2020 oltre indicazioni per gestione Covid-19
OCIV-8	Sanità elettronica	Introduzione telemedicina. Target: Attivazione televisita o teleconsulto mediante definizione del cronoprogramma delle attività	Deliberazione della Giunta Regionale n. 1803 del 16 ottobre



			2018 e ss.mm.ii., atti normativi o revisioni.
OCIV-9	Obiettivi di salute ed assistenziali (efficacia, efficienza, sicurezza)	Monitoraggio appropriatezza ricoveri. Target: Rapporto DRG non LEA/DRG LEA Val 2022 ≤ 0,8 * Val 2021	L. 190/2014 (Legge Stabilità 2015), art. 1, co. 567; D.Lgs. 502/1992, art. 3-bis, co. 7-bis; D.Lgs. n. 171/2016, art. 2, co. 3, lett. a)

3.4.2. Le azioni e gli obiettivi conseguenti

A seguito dell'analisi descritta nel paragrafo precedente la Direzione Strategica ha individuato le azioni di maggiore dettaglio, di seguito descritte, suddividendole per ambiti come indicato al paragrafo I. Tali azioni ed i corrispettivi obiettivi sono stati presentati a tutti i Direttori di Dipartimento nel Collegio di Direzione tenutosi nel pomeriggio del 3 febbraio.

3.4.2.1. Conservazione dell'equilibrio economico: «incremento dei ricavi».and/or.«contenimento dei costi»

In tale ambito gli obiettivi sono stati suddivisi anche per singoli dipartimenti

3.4.2.1.1. Dipartimento Chirurgico

- ✓ Rapida ultimazione dei lavori di ristrutturazione della TIPO onde riattivare l'uso della 4° sala operatoria;

L'azione di potenziamento dell'attività dei reparti chirurgici è ovviamente subordinata alla completa disponibilità dell'intero quartiere operatorio, attualmente nella indisponibilità di una Sala Operatoria che ospita la Terapia Intensiva Post Operatoria fino al termine dei lavori di ristrutturazione della stessa.

L'accelerazione della conclusione dei lavori è l'obiettivo da raggiungere. I tempi del completamento vanno fissati nella negoziazione.

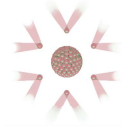
- ✓ Attivazione accreditata del nuovo ambulatorio chirurgico

Stante la criticità dell'utilizzo delle Sale Operatorie, risorsa di cui scarseggia la disponibilità, si rende necessario rendere stabilmente disponibile l'ambulatorio chirurgico per interventi ambulatoriali e di Day Surgery, oltre che per l'impianto dei PICC-PORT.

La completa attivazione dell'ambulatorio ed il suo accreditamento rappresentano obiettivo irrinunciabile: i tempi di completamento delle azioni vanno fissati nella negoziazione.

- ✓ Riduzione dei costi di degenza / aumento produzione (fatturato/numero ricoveri, fattore di occupazione, peso)

La spesa per ricovero è influenzata da fattori diversi: incremento della quantità dei ricoveri (fattore di occupazione) aumento del peso relativo dei DRG, i quali dipendono dalla configurazione della produzione degli esercizi precedenti. L'analisi delle possibilità e interventi



specifici di miglioramento è basata sulle capacità di analisi specifiche dei Direttori di struttura ed è oggetto di negoziazione.

- ✓ Potenziamento attività di Chirurgia ginecologia, urologica e toracica

Come già si è riferito nel paragrafo di analisi della performance dello scorso anno, la Chirurgia Toracica e Ginecologica patiscono dell'assenza del primario chirurgo poiché i precedenti primari hanno lasciato la struttura. In entrambi i casi il personale va integrato in idonea numerosità ed inoltre una volta fatto ciò, vista la prevalenza dei casi di tumore dell'utero e della prostata, vanno incrementate le sedute operatorie.

- ✓ Valutazione costi: emogas, generatori, suturatrici....

L'analisi della spesa di beni sanitari utilizzati dal Dipartimento della Chirurgia ha manifestato la presenza di alcune componenti di costo significative, legate all'uso di materiale di consumo per emogas-analizzatori, generatori per chirurgia e suturatrici. In tutti e tre i casi vanno avviate e portate a conclusione nuove gare volte a contenere tali costi

3.4.2.1.2. Dipartimento Medico

- ✓ Rapida ultimazione dei lavori di ristrutturazione della Sub-intensiva per potenziare attività di trapianto di midollo

Anche nel caso del Dipartimento Medico, in particolare per il Reparto di Ematologia, esiste la concreta possibilità di aumentare la numerosità dei trapianti di midollo autologhi e di qualificare la struttura anche per i trapianti di midollo allogenico, una volta completati i lavori di riqualificazione dei locali della sub-intensiva ivi allocati, con i fondi destinati dalla Regione al potenziamento delle strutture intensive e sub-intensive. L'entità dei trapianti ed i conseguenti significativi ricavi è ovviamente subordinata alla completa disponibilità dei locali. L'obiettivo è quindi la disponibilità degli stessi entro il più breve tempo possibile ed il relativo accreditamento per le attività di trapianto.

- ✓ Avvio delle sperimentazioni farmaci di Fase I (obiettivo anche di ricerca)

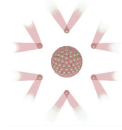
L'avvio delle attività di sperimentazione della Fase I, a seguito dell'autocertificazione emessa al termine del percorso di qualificazione organizzativa completato nel 2021, può consentire sia una qualificazione dell'assistenza con attività di particolare specializzazione avanzata che qualificano l'attività dell'Istituto, sia per convogliare ulteriori ricavi provenienti dalla ricerca.

- ✓ Riduzione dei costi di degenza / aumento produzione (fatturato/numero ricoveri, fattore di occupazione, peso)

La spesa per ricovero è influenzata da fattori diversi: incremento della quantità dei ricoveri (fattore di occupazione) aumento del peso relativo dei DRG, i quali dipendono dalla configurazione della produzione degli esercizi precedenti. L'analisi delle possibilità e interventi specifici di miglioramento è basata sulle capacità di analisi specifiche dei Direttori di struttura ed è oggetto di negoziazione.

- ✓ Riduzione della degenza media e delle degenze outliers

L'analisi condotta sulla durata delle degenze, per le strutture di area "medica", consente di far ipotizzare un contenimento delle stesse. Naturalmente gli indici di comparazione saranno



rapportati alle casistiche di riferimento e pertanto si valuteranno l'Indice Comparativo di Performance e la Degenza Media per Identico Case Mix

- ✓ Valutazione costi: farmaci, reagenti, ecc.

Le direttive regionali impongono il contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica entro i tetti di spesa assegnati ed al riguardo si rende indispensabile una costante azione di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci.

3.4.2.1.3. Dipartimento Terapia e Diagnostica per Immagini

- ✓ Avvio ambulatorio mini-invasiva

L'investimento già effettuato nell'attivazione dell'ambulatorio di chirurgia mini-invasiva collocato al terzo piano deve essere rapidamente messo in servizio operativo e laddove possibile condiviso per renderlo massimamente produttivo.

- ✓ Potenziamento produttività diagnostica per immagini (2° TAC e 2° TLC)

Il completamento dei lavori di installazione della nuova Tac e del nuovo Telecomandato deve tradursi in incrementi di produttività sia nelle procedure di pre-ricovero che nelle prestazioni diagnostiche di supporto per la valutazione dei sospetti diagnostici a servizio del C.Or:O., potenziando la capacità di servizio ai pazienti in prima accettazione.

- ✓ Riduzione dei costi di degenza / aumento produzione (fatturato/numero ricoveri, fattore di occupazione, peso)

La spesa per ricovero è influenzata da fattori diversi: incremento della quantità dei ricoveri (fattore di occupazione) aumento del peso relativo dei DRG, i quali dipendono dalla configurazione della produzione degli esercizi precedenti. L'analisi delle possibilità e interventi specifici di miglioramento è basata sulle capacità di analisi specifiche dei Direttori di struttura ed è oggetto di negoziazione.

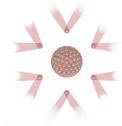
- ✓ Riduzione della degenza media e delle degenze outliers

L'analisi condotta sulla durata delle degenze, anche per la struttura dell'Oncologia Interventistica, consente di far ipotizzare un contenimento delle stesse. Naturalmente gli indici di comparazione saranno rapportati alle casistiche di riferimento e pertanto si valuteranno l'Indice Comparativo di Performance e la Degenza Media per Identico Case Mix

- ✓ Valutazione costi: dispositivi ed iniettori

L'analisi della spesa di beni sanitari utilizzati dal Dipartimento della Terapia e Diagnostica per Immagini ha manifestato la presenza di alcune componenti di costo significative, legate all'uso di materiale di consumo per gli iniettori e di altri dispositivi monouso e pluriuso per l'attività interventistica. In tutti questi casi vanno avviate e portate a conclusione nuove gare volte a contenere tali costi

3.4.2.1.4. Dipartimento dei Servizi



- ✓ Implementazione attività per acquisizione «Digital pathology» in PNRR

L'acquisizione della cosiddetta Digital Pathology è attività essenziale per l'efficiamento, il miglioramento della qualità e l'acquisizione di informazioni utili alla ricerca e pertanto la sua acquisizione ed avvio è estremamente urgente per aumentare la produzione, migliorare la refertazione e garantire elevate quantità di dati per l'effettuazione di studi retrospettivi basati sui big data delle immagini. L'obiettivo è quello di individuare ogni azione per attivarne il finanziamento ed accelerarne l'installazione definitiva.

- ✓ Avvio automazione di laboratorio

L'automazione delle procedure di pre-analitica e di esecuzione dei prelievi può avere effetti prevalenti di efficientamento delle attività diagnostiche oltre che del controllo di qualità dei prelievi effettuati. Si può così rendere possibile una migliore e più efficiente gestione delle procedure diagnostiche di laboratorio propedeutiche per l'esecuzione dei cicli di chemioterapia, oltre che di quelle di effettuazione dei prelievi in reparto. L'obiettivo è quello di accelerare la loro definitiva operatività.

- ✓ Valutazione della remuneratività tariffe di diagnostica molecolare

La diagnostica molecolare è sempre più indispensabile ed irrinunciabile nell'approccio di "precisione" nella cura dei tumori. I costi ad essa associati e la rapida crescita delle tecnologie rende il tariffario frequentemente inadatto e pieno di lacune che, in caso di rinuncia ad effettuare la determinazione diagnostica per timore dei costi ad essa associati, rischia di mettere a rischio il paziente ed in caso di applicazione di aggravare oltremisura i costi pregiudicando l'equilibrio economico-finanziario dell'Istituto. L'obiettivo è quindi quello di determinare con la metodologia scientifica dell'Activity Based Costing la spesa necessaria per ogni metodica e conseguentemente rappresentare alla Regione la sua corretta remunerazione.

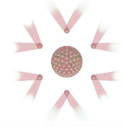
- ✓ Attivazione controlli «pace-maker» e «defibrillatori»

La Cardiologia Diagnostica dell'Istituto si trova frequentemente nella necessità di disattivare temporaneamente i dispositivi di stimolazione cardiaca/defibrillazione semiautomatica prima di un intervento per poi procedere alla loro riprogrammazione/verifica. Tale attività potrebbe essere eseguita senza alcun investimento (i programmatori dei pacemaker/defibrillatori sono concessi gratuitamente e non fanno uso di consumabili ed tali attività sarebbero produttive di ulteriori ricavi oltre a migliorare la qualità dell'assistenza percepita da parte del paziente.

- ✓ Valutazione costi: reagenti di apparecchiature di proprietà ed assistenza tecnica

L'analisi sulla spesa del 2021 attesta che i costi dei reagenti per diagnostica di laboratorio sono particolarmente significativi. Nel caso di analizzatori diagnostici di proprietà possono determinarsi condizioni opportuniste nella fornitura di materiale consumabile che risulta nella quasi totalità infungibile. L'obiettivo è quello di condurre un'analisi tecnico-economica HTA sull'opportunità di mantenere le apparecchiature di proprietà o acquisire la disponibilità di apparecchiature equivalenti in service.

3.4.2.1.5. Dipartimento di Staff e della Gestione



✓ Ispezioni Armadietti di Reparto

La gestione ottimale dei farmaci e della loro spesa deve prevedere anche attività di periodica ispezione delle scorte al fine di ridurne l'entità ed evitarne la scadenza prima dell'impiego con significativi effetti positivi sul bilancio.

✓ Audit sull'appropriatezza prescrittiva intra ed extra ospedaliera su uso Farmaci e Dispositivi

La nuova legge regionale sui tetti di spesa dell'assistenza farmaceutica prevede un rigoroso controllo sulla stessa che deve essere attivato mediante audit frequenti sull'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture ambulatoriali e di ricovero. La costante esecuzione di tali attività rappresenta obiettivo primario dell'Istituto.

✓ Tempestività dei pagamenti

Oltre ad un obbligo di legge, la liquidazione delle fatture in stato di esigibilità, entro i termini contrattualmente convenuti (in genere 60 gg.), consente di limitare i costi degli eventuali interessi ed il possibile contenzioso. Il mantenimento dell'ITP al disotto del valore zero è obiettivo inderogabile delle strutture preposte alla liquidazione.

✓ Efficienza nell'utilizzo dei fondi PNRR e FESR

L'utilizzo dei fondi PNRR e FESR rappresenta praticamente l'unica fonte di investimento e potenziamento delle dotazioni infrastrutturali e dotazioni tecnologiche dell'Istituto. L'intercettazione competitiva dei fondi e l'efficiente attuazione dei progetti rappresenta una accresciuta capacità di garantire l'introduzione più tempestiva di adeguamenti strutturali ed organizzativi necessari ad una sempre migliore efficienza ed efficacia delle proprie prestazioni.

✓ Introduzione della procedura di controllo del budget assegnato

Ai fini di un maggiore controllo dei costi, si rende necessario responsabilizzare i cosiddetti centri di responsabilità rispetto all'impegno della spesa attraverso l'introduzione di un budget ad essi assegnato in cui l'eventuale suo superamento va debitamente giustificato e sottoposto a procedura aggravata di autorizzazione da parte della direzione strategica.

3.4.2.1.6. Potenziamento della ricerca

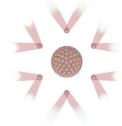
Gli obiettivi che seguono sono stati individuati direttamente dalla Direzione Scientifica:

✓ Ogni dipartimento deve produrre almeno un progetto di ricerca da sottoporre a finanziatori esterni a seguito di partecipazione a procedura competitiva;

✓ Ciascuna struttura che abbia ottenuto il riconoscimento di un progetto di Ricerca Corrente dovrà predisporre entro 15 giorni dall'approvazione un cronoprogramma delle attività, degli impegni di spesa e dovrà implementarlo nei tempi ivi previsti.

✓ Ogni struttura dovrà aumentare l'Impact Factor delle pubblicazioni del proprio personale ricercatore del 5% rispetto al 2021

✓ Ogni struttura di diagnostica di laboratorio dovrà presentare almeno un lavoro di ricerca ad un convegno/congresso internazionale, ogni altra struttura dovrà presentare almeno un lavoro di ricerca ad un convegno/congresso nazionale,



- ✓ Ogni struttura dovrà garantire la propria partecipazione ai workshop dell'innovazione che verranno organizzati a partire dal secondo quadrimestre del 2022 da parte dell'Ufficio Trasferimento Tecnologico oltre agli audit sulla proprietà intellettuale già avviati nello scorso anno.

3.4.2.1.7. Miglioramento organizzativo

- ✓ Attivazione C.Or.O. secondo Manuale delle Procedure adottate

Con deliberazione n. ___ del _____ è stato approvato il manuale delle Procedure del C.Or.O.. Il C.Or.O. rappresenta il modello organizzativo e procedurale di funzionamento locale della Rete Oncologica Pugliese oltre ad essere garanzia di trasparenza ed efficiente gestione delle risorse mediche e diagnostiche. La sua implementazione compiuta rappresenta un obiettivo di miglioramento nella gestione delle Liste di Attesa per la malattia oncologica.

- ✓ Potenziamento ambulatorio PICC/PORT

L'impianto dei PICC-PORT è presupposto inderogabile per l'esecuzione delle chemioterapie. Da rilevazioni interne è stato possibile appurare che il loro impianto iniziale e talvolta il loro controllo, comporta tempi tali da ritardare oltremodo la tempestiva esecuzione della terapia o addirittura di far uscire il paziente dal circuito interno dell'assistenza. L'obiettivo è di rendere la capacità di impianto e controllo congrua con il fabbisogno dell'Istituto.

- ✓ Efficientamento Gruppo Operatorio (Lean)

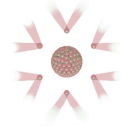
La gestione del Gruppo Operatorio richiede l'implementazione di un sistema di misurazione delle tempistiche di esecuzione delle attività: Chiamata del paziente, Bonifica della sala Operatoria, Trasporto del paziente presso il Gruppo Operatorio, Preparazione del paziente e pre-anestesia, Ingresso in Sala ed anestesia del paziente, Inizio intervento, Chiusura paziente, Uscita paziente dalla Sala Operatoria, Risveglio paziente, Trasporto paziente in Reparto. A seguito della misurazione dovranno essere studiate misure di possibile ottimizzazione ed efficientamento delle attività.

- ✓ Efficientamento Chemioterapie (Lean)

Altra area operativa di efficientamento procedurale è quella dell'assistenza ambulatoriale per la somministrazione delle chemioterapie. Un preliminare "assessment" ha consentito di rilevare la presenza di numerosi ambiti di ottimizzazione possibile: dall'esecuzione tempestiva dei prelievi e delle analisi di laboratorio, all'esecuzione delle visite dilazionata nel corso della giornata, all'automazione del ciclo di prescrizione, preparazione, trasporto e somministrazione. Obiettivo prioritario è quello di condurre un'analisi e misurazione dell'intero processo per introdurre azioni correttive per efficientare il processo e migliorare la redditività dell'assistenza.

- ✓ Efficientamento ed organizzazione procedure biotiche

L'esecuzione delle procedure di prelievo biotico è il presupposto inderogabile per una compiuta diagnostica del paziente. Da rilevazioni interne è stato possibile appurare che l'attivazione delle procedure di biopsia profonda radioguidata e di endoscopia digestiva, bronchiale e polmonare ha tempi troppo lunghi e capacità produttive insufficienti. L'obiettivo è quello di rendere la capacità di esecuzione delle procedure biotiche indicate e la loro tempistica congrua con il fabbisogno ed i tempi di completamento dei PDTA dell'Istituto.



✓ Efficiamento procedure Pre-ricovero

Anche le procedure di pre-ricovero chirurgico appaiono lunghe a causa del limitato dimensionamento delle agende di prestazioni diagnostiche allocate ai protocolli deliberati ed inoltre anche a causa di questo ingiustificato prolungamento talvolta si rendono necessari approfondimenti diagnostici di riposizionamento della valutazione clinica del paziente, tali da invalidare in qualche circostanza tutta la procedura e non rendere più possibile il ricovero. L'obiettivo è quello di rendere la capacità di esecuzione delle procedure di pre-ricovero e la loro tempistica congrua con il fabbisogno di esecuzione degli interventi chirurgici necessari.

✓ Implementazione Progetti Lean proposti

Nel corso del 2021 tutte le strutture hanno proposto progetti di miglioramento operativo in ottica "lean" che sono stati valutati. L'obiettivo naturalmente conseguente è quello di procedere all'implementazione dei progetti che hanno superato la valutazione.

✓ Integrazione software LIS-CUP

L'integrazione tra l'applicativo del CUP ed il Sistema Informativo del Laboratorio (LIS) è in grado di consentire un rilevante risparmio di tempo nelle attività di accettazione dei pazienti potendo importare direttamente le prestazioni prenotate dal CUP nel LIS che a sua volta le ha importate dal SIST richiamando la ricetta elettronica. L'obiettivo di attivazione di tale integrazione permette pertanto di ridurre il tempo-uomo destinato a tali attività, diminuire eventuali errori umani e ridurre il disagio della prolungata attesa dei pazienti per il prelievo.

✓ Revisione agende, gestione Liste d'Attesa, riduzione tempi

L'Istituto, anche a seguito dell'attivazione del funzionamento del C.Or.O. secondo il nuovo modello organizzativo, deve procedere alla completa revisione delle agende, limitando a livello residuale le attività ambulatoriali diagnostiche e di visita per pazienti "non tumore-esenti" (048 o P048) e prioritizzando le attività destinate ai PDTA di inquadramento dei pazienti di primo accesso C.Or.O. rispetto alle attività di controllo. L'obiettivo è quello di ottimizzare la gestione delle liste di attesa per garantire l'appropriato svolgimento dei PDTA di assistenza oncologica.

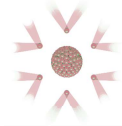
✓ Verifica ed efficientamento assegnazioni comparto infermieristico

L'avvenuto raggiungimento del plafond di posti in pianta organica del comparto infermieristico, non consente allo stato attuale di garantire alcune attività strategiche: incremento delle sedute operatorie, attivazione degli ambulatori chirurgico e mini-invasivo, supporto al C.Or.O., ecc. Si rende pertanto necessario procedere ad una verifica della produttività per addetto infermieristico onde procedere ad una possibile riallocazione dello stesso per aumentare la produttività complessiva dell'Istituto.

3.4.2.1.8. Obiettivi concernenti il miglioramento dell'appropriatezza ed il potenziamento dell'offerta

✓ Aumento ulteriore posti letto: Progetti nel breve e medio periodo

L'analisi della performance condotta nei paragrafi precedenti ha posto in evidenza la necessità di disporre di ulteriore capienza nelle degenze. A tale scopo devono essere avviati due tipi di studi tecnici, uno per rendere disponibili nel breve periodo, non meno di ulteriori 10 posti letto mediante trasferimento di attività non assistenziali ed un secondo per produrre la



progettazione preliminare e previsione economica di massima dell'investimento per la realizzazione di nuova volumetria utile ad ospitare servizi diagnostici ed ambulatoriali e liberare locali per ospitare ulteriori degenze per raggiungere la prevista dotazione di 166 P.L. da prospettare alla Regione.

- ✓ Introduzione chirurgia robotica: HTA e pre-fattibilità

La Direzione Strategica, preso atto della diffusione della chirurgia robotica oramai anche a livello di assistenza ordinaria e non solo di sperimentazione clinica ed avendo osservato la preferenza che i pazienti accordano a tale approccio chirurgico per esempio nel trattamento dei CR della prostata, ma anche in applicazioni toraciche e della chirurgia addominale, ritiene indispensabile procedere ad una valutazione HTA della sostenibilità tecnico-economica dell'investimento e dei costi di gestione ed esercizio del robot-chirurgico. L'obiettivo è quello di completare la valutazione ed in caso di esito positivo completare lo studio di fattibilità per individuare le idonee strategie di investimento/service per disporre della tecnologia.

- ✓ Potenziamento della chirurgia toracica in toracosopia rigida

—

- ✓ Introduzione nuova MRI: Approntamento documentazione e individuazione formula di finanziamento

L'attuale modalità diagnostica MRI è oramai abbastanza obsoleta al punto da renderne indispensabile la sostituzione possibilmente finanziata dai fondi PNRR. Obiettivo è quello di porre in essere tutta la documentazione necessaria ad ottenere l'approvazione del finanziamento e laddove esso venisse concesso ogni azione necessaria al rispetto del disciplinare stipulato con la Regione.

- ✓ Introduzione PET/TC: Approntamento documentazione, verifica amministrativa e individuazione formula di finanziamento

La mancanza di una PET/TC in un Istituto Oncologico rappresenta una sorta di paradosso attesa la pressoché totale destinazione della suddetta modalità diagnostica alle patologie tumorali. Obiettivo è quello di approntare tutta la documentazione necessaria ad ottenere l'autorizzazione all'installazione, l'approvazione del finanziamento e laddove esso venisse concesso ogni azione necessaria al rispetto del disciplinare stipulato con la Regione.

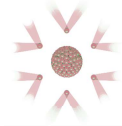
- ✓ Telemedicina: Accredimento prestazioni di televisita/teleconsulto

L'esperienza maturata durante la pandemia Covid-19 nell'uso di strumenti di videocomunicazione sia da parte del personale medico che da parte dei pazienti ha posto le basi per un corrente esercizio della telemedicina per l'esecuzione di prestazioni di televisita e teleconsulto. L'obiettivo è quello di introdurre l'uso della piattaforma regionale COR-eHealth e redigere la prevista valutazione HTA per l'accredimento istituzionale delle prestazioni. Obiettivo da conseguire è l'accredimento di tali prestazioni in telemedicina e l'avvio operativo delle stesse.

- ✓ HDR Brachiterapia: HTA, studio di fattibilità e individuazione formula di finanziamento

La brachiterapia ad alto dosaggio (HDR) trova applicazione nelle neoplasie della cervice uterina, nel tumore dell'esofago, polmoni, mammella e della prostata. E' proprio nel





trattamento di quest'ultima, che la chirurgia non riesce ad incrementare per l'assenza della robotica, che può essere avviata l'attività all'interno del terzo bunker della radioterapia oggi non utilizzato. L'obiettivo è quello di completare lo studio di fattibilità per individuare le idonee strategie di investimento/service per disporre della tecnologia.

✓ Benchmarking PNE e Regione Puglia

Si rende necessario attivare un sistema di rilevazione comparata delle prestazioni rese dall'Istituto in ambito oncologico rispetto ad analoghe strutture nazionali e regionali e di posizionamento della performance dell'Istituto nel Piano Nazionale Esiti e nel MES della Scuola Superiore di Sant'Anna. L'obiettivo è che tali report di "benchmarking" vengano rappresentati con periodicità quadrimestrale alle strutture di produzione per stimolarne la crescita sino a livelli di qualità comparabili con le migliori espressioni dell'assistenza oncologica regionale e nazionale.

✓ CAR-T: Accredimento laboratorio Ematologia

L'investimento realizzato oramai da qualche anno per il laboratorio di coltura cellulare presso la struttura di Ematologia deve essere accreditato ed attivato al fine di avviare attività di ricerca avanzate sulle terapie CAR-T. L'obiettivo è verificare le condizioni complessive dell'impiantistica di supporto, avviare le pratiche per il suo accreditamento e sviluppare iniziative di ricerca che ne facciano pieno utilizzo.

✓ Redazione ed approvazione Regolamento interno accreditamento

Particolare attenzione va posta all'attuazione delle previsioni di cui al Regolamento Regionale n. 16/2019 e ss.mm.ii. di cui al Regolamento Regionale n. 4 /2021, si rende urgente adottare i previsti Manuali di Accredimento dell'Istituto e dare luogo nel rispetto delle tempistiche previste dagli stessi Regolamenti alle fasi di Plan (completamento) Do, Check and Act. L'obiettivo è il completo rispetto delle previsioni regolamentari e l'assenza di rilievi da parte della Regione Puglia.

✓ Rilancio e stimolo delle attività del Registro Tumori

L'ultima versione del Rapporto del Registro Tumori della Regione Puglia risale a dati del 2015 e si sente la necessità di ridare slancio alle attività del Registro Tumori Pugliese che è coordinato secondo norma dall'Istituto. L'obiettivo è quello di riavvianne i lavori e redigere un cronoprogramma con le ASL Pugliesi per prevenire ad un Rapporto aggiornato recente.

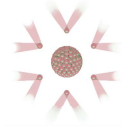
✓ Risk assessment delle procedure sanitarie digitali

L'avvenuta introduzione di Electronic Medical Records mediante Sistemi Informativi diagnostici e gestionali ed il grado di affidamento sulla loro "resilienza", può ingenerare rischi clinici seri in caso di loro malfunzionamento. L'obiettivo è quello di individuare tali rischi e procedere alla redazione di procedure operative alternative in caso di guasto.

✓ «Improvement» del ricorso alla valutazione in Team Multidisciplinare

Il ricorso ai Team Multi-Disciplinari ed alle valutazioni congiunte è strumento operativo la cui efficacia è universalmente riconosciuta soprattutto nella valutazione delle patologie oncologiche in cui le possibili alternative terapeutiche vanno valutate in funzione delle condizioni cliniche del paziente. Tale approccio deve costituire sempre più il metodo di





riferimento delle équipes multidisciplinari. L'obiettivo è quello di stimolare la presenza costante di tutti i medici appartenenti al team per garantirne un efficiente ed efficace funzionamento.

3.4.2.1.9. Obiettivi concernenti il miglioramento della qualità percepita

- ✓ Piano «hospitality»: implementazione obiettivi annuali

Con Deliberazione n. ___ del ____, L'Istituto ha approvato il proprio Piano Triennale di Accoglienza, redatto secondo le Linee Guida approvate dalla Regione Puglia. L'obiettivo è quello di dare attuazione alle previsioni del Piano per l'annualità in corso.

- ✓ Revisione e predisposizione di Azioni Correttive su questionari 3S3W

Nel corso dell'esercizio 2021 tutte le Unità Operative hanno raccolto informazioni sulla qualità percepita da parte dei pazienti nella semplice forma 3 S (3 punti di forza) 3W (3 punti di debolezza). Tali questionari semplificati debitamente analizzati devono condurre all'introduzione sistematica di azioni correttive. L'obiettivo è quello di pianificare ed attuare tali azioni.

- ✓ Attivazione di procedura tracciabile per rilievi @ URP

Allo stato attuale le segnalazioni dei pazienti all'URP, sebbene riportate alle strutture competenti per darvi risposta e/o introdurre azioni correttive non danno evidenza alla Direzione aziendale dei riscontri e/o dell'avvenuta implementazione delle soluzioni. L'obiettivo è quello di redigere una procedura che consenta la tracciabilità e la verifica di soluzione delle problematiche segnalate.

- ✓ Formazione del personale all'uso dei social per la promozione dell'Istituto e nei rapporti con la stampa

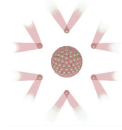
Lo sviluppo dei social e la legittima presenza su di essi da parte del personale dipendente a qualsiasi livello di inquadramento, deve tener conto dei vincoli nella rappresentazione pubblica di informazioni inerenti l'Istituto che possano essere oggetto di interpretazione e manipolazione o veicolo di promozione dell'immagine dell'Istituto stesso. L'obiettivo è quello di formare il personale dell'Istituto alla corretta rappresentazione delle informazioni verso l'esterno anche per la tutela della salute dei pazienti.

- ✓ Aggiornamento della Carta di Servizi

L'aggiornamento della Carta dei Servizi dell'Istituto, oramai datata di qualche anno, rappresenta un obbligo normativo oltre che uno strumento di divulgazione dei servizi e della modalità di fruizione degli stessi per i cittadini-pazienti. L'obiettivo è quello di completarne l'aggiornamento entro l'anno.

3.4.2.1.10. Obiettivi concernenti la Sanità Elettronica e la transizione digitale

Di seguito si riassumono gli obiettivi di riferimento:



- ✓ Introduzione della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale secondo programmazione regionale;
- ✓ Implementazione del nuovo applicativo di gestione delle Sale Operatorie e dell'attività interventistica;
- ✓ Diffusione del Portale del Dipendente quale strumento di comunicazione interna verso il personale e quale strumento di dematerializzazione delle richieste da parte dei dipendenti;
- ✓ Adozione di apposita programmazione per il miglioramento della sicurezza informatica aziendale;
- ✓ Formazione all'uso di MS-Teams per il Teamworking in Lavoro Agile;
- ✓ Formazione all'uso di MS-Planner ed introduzione dello strumento per «task assignment & verification» (procedure amministrative tracciabili);
- ✓ Implementazione della App IO per i rapporti con il cittadino (CUP/Cassa);
- ✓ Attivazione del Sistema Informativo della Ricerca di recente acquisizione e sua integrazione con il Workflow del Ministero e con il sistema contabile AREAS;
- ✓ Attivazione del nuovo applicativo software per il Protocollo Informatico e la gestione del Workflow degli Atti (Delibere/Determine)

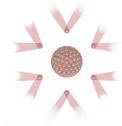
3.4.2.1.11. Obiettivi concernenti la Trasparenza ed Anticorruzione

- ✓ Avviare un Gruppo di Lavoro per la verifica degli Atti al fine del miglioramento della trasparenza nelle narrative degli stessi al fine di una migliore trasparenza degli stessi oltre alla verifica dei potenziali conflitti di interesse. L'obiettivo è quello di campionare randomicamente il 30% delle Delibere ed il 20% delle Determine e procedere alla verifica, redigendo, al termine di tali attività, un rapporto mirato per il miglioramento degli aspetti risultati carenti, da distribuire al personale incaricato della redazione ed approvazione degli atti.
- ✓ Garantire da parte dei Direttori e Dirigenti Responsabili di struttura il riscontro semestrale sull'aggiornamento del Rischio Anticorruzione e Trasparenza richiesto dal Responsabile Aziendale.
- ✓ Attivare ed implementare corsi di formazione aziendale obbligatori in materia di trasparenza ed anticorruzione.

115

3.4.2.1.12. Obiettivi concernenti le «Good Practices» nel trattamento del personale

- ✓ Attivazione ed implementazione di un programma di formazione del personale sulle funzioni del Comitato Unico di Garanzia, sul Codice di Comportamento e sull'uso rispettoso del linguaggio verso l'identità individuale di genere.
- ✓ Istituzione della figura del Responsabile aziendale per l'introduzione nell'organizzazione del dipendente disabile



- ✓ Promozione della tutela del benessere fisico dei dipendenti attraverso azioni di verifica dello stato di salute
- ✓ Promozione della tutela del benessere psichico dei dipendenti attraverso azioni di supporto nella conciliazione dei tempi tra vita privata e prestazione di lavoro, nonché l'attivazione di uno sportello di ascolto.
- ✓ Redazione ed attivazione della procedura di "Accoglienza del personale dipendente nell'Istituto".

3.5. Misurazione e valutazione della Performance

3.5.1. Premessa

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Istituto Tumori è redatto in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, nonché degli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida n. 2/2017, n. 4/2019 e n. 5/2019).

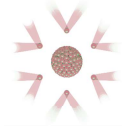
L'oggetto del Sistema è la performance, inteso come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'IRCCS e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita, esso è monitorato attraverso il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance delle pubbliche amministrazioni (di seguito indicato SMVP) consente di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. Va sottolineato inoltre che tale Sistema delle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione.

La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al "satisficing", ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato. In poche parole, misurare bene le proprie performance può consentire all'Istituto di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di



gestire. E quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, la performance complessiva aziendale.

Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due livelli strettamente correlati tra loro, la performance organizzativa e la performance individuale:

- 1) il livello organizzativo, che considera sia l'Azienda nel suo complesso (Dipartimenti e le relative strutture organizzative);
- 2) la performance individuale si rivolge a tutti i dipendenti, Dirigenza e Comparto, che vengono valutati, secondo il sistema che viene descritto di seguito, dai Loro diretti responsabili.

La formalizzazione del SMVP per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

- 1) migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
- 2) introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
- 3) rappresentare, misurare, rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

Il Sistema di misurazione della performance rispetta i seguenti requisiti:

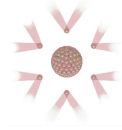
- chiara definizione degli obiettivi;
- specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- caratterizzazione degli indicatori secondo le modalità definite dalla normativa vigente;
- rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nel ciclo della performance.

Il SMVP non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 150/09, così come novellato dal D. Lgs. 74/2017, la funzione di misurazione della performance, in aderenza agli indirizzi emanati dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (ora A.N.AC.), è svolta:

- dall'Organismo indipendenti di valutazione (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso (performance organizzativa);
- dai dirigenti dell'Azienda (performance individuale);
- dai cittadini e dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'Azienda, partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'Azienda.

Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi



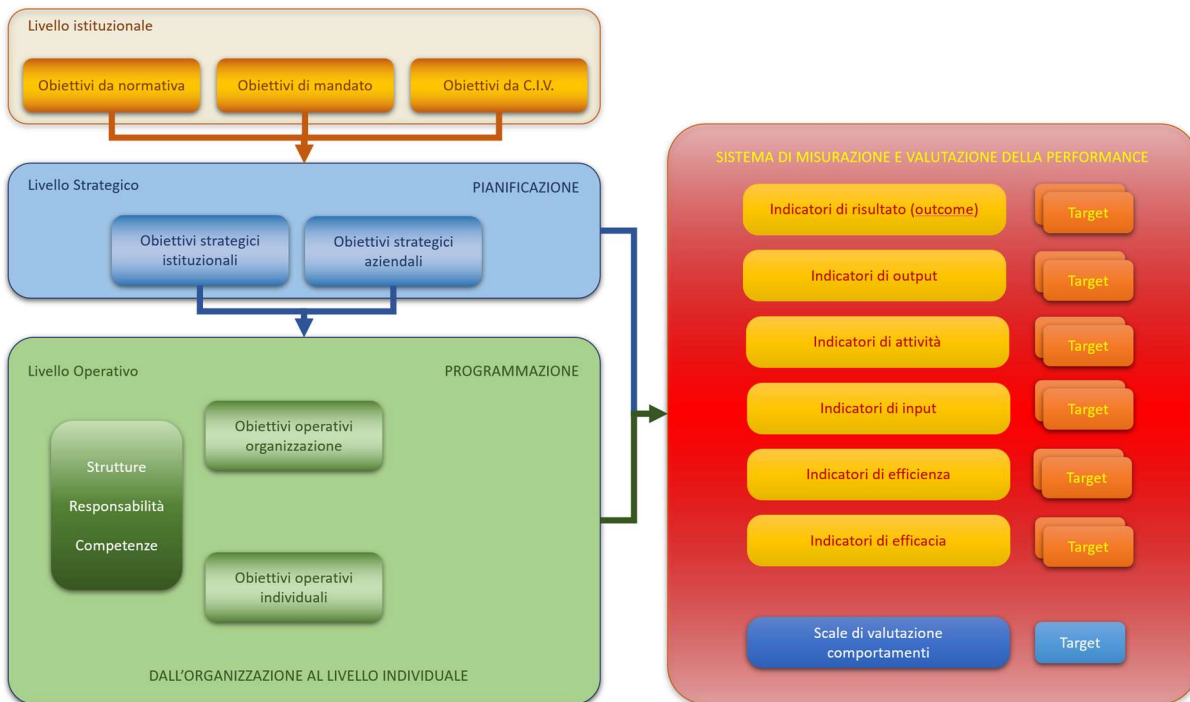
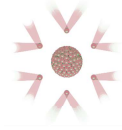
offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche nel processo di apprendimento e di crescita delle competenze professionali degli operatori.

Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere in linea con i seguenti principi:

- **Valorizzazione del merito e erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative:** questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a raggiungere il singolo operatore;
- **Garanzia di pari opportunità di diritti e di doveri:** si sottolinea sia l'aspetto del diritto del dipendente sia quello della sua responsabilità nei confronti della collettività per il cui bene è chiamato ad operare;
- **Trasparenza nei risultati conseguiti:** quest'ultimo punto viene ripreso nel terzo comma e successivamente in altri articoli del decreto. Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'accountability, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine accountability si intende appunto il "rendere conto" del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

L'adozione di un sistema di misurazione e valutazione della Performance in linea con le disposizioni contenute al Titolo II del D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. è condizione necessaria per l'erogazione dei premi e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione degli incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali (art. 3, comma 5 D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.).

Il processo di misurazione e valutazione della performance si concretizza nel Ciclo di Gestione della Performance ed è fondato sui seguenti elementi fondamentali: target, indicatori, infrastruttura di supporto, processo, ambiti di valutazione, criteri e scale di valutazione.



Indicatore

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

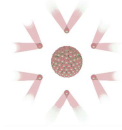
L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore)
- rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate come: outcome, output, attività, efficienza, efficacia, comportamenti)
- confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simili e attività standard)
- fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento)
- affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Gli indicatori sono differenziati per i diversi livelli di performance, distinguendo i livelli di responsabilità tra il livello strategico istituzionale (indirizzi regionali), il livello strategico aziendale e il livello direzionale e operativo, interessato dai principali strumenti di programmazione di breve periodo (budget).

Target

Un "target" è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Il "target" rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che il "target":



- sia ambizioso, sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;
- sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al "target";
- siano previste forme di riconoscimento (non necessariamente di tipo finanziario);
- ci sia supporto da parte di superiori e/o vertici organizzativi;
- sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo;

Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

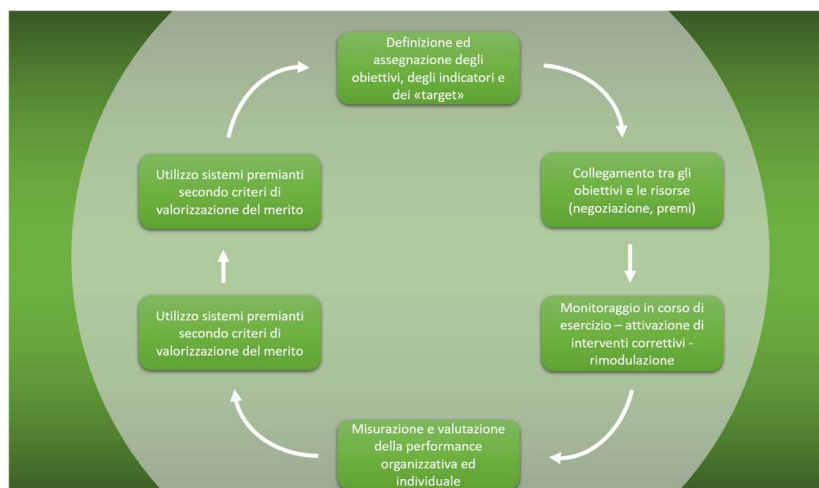
È responsabilità del Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.

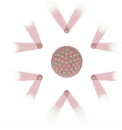
Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di controllo interno e di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.





3.5.2. La valutazione della performance organizzativa

Ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs 150/2009 il Sistema di misurazione e valutazione della Performance Organizzativa concerne:

- L'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- L'attuazione dei piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- La modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- Lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi di erogazione delle prestazioni;
- La qualità e la quantità delle prestazioni e servizi erogati;
- Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La valutazione della performance organizzativa va distinta in due tipologie:

- **dell'Istituto** - valuta la capacità della stessa di conseguire obiettivi, quanto più possibile, orientati alla soddisfazione dei bisogni dei destinatari dei servizi "outcome";
- **delle Strutture** - valuta l'effettivo raggiungimento nell'anno degli obiettivi strumentali (es. azioni da realizzare) al conseguimento degli obiettivi di "outcome".

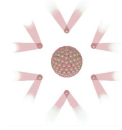
La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative individuate quali centri di negoziazione del Budget dall'IRCCS e a cui è attribuita una qualche misura di autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del processo di budget.

Il sistema degli obiettivi aziendali si riferisce ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali e Aziendali: queste sono le unità organizzative a cui si attribuisce la responsabilità della performance organizzativa.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si pone i seguenti obiettivi:

- la comprensione e l'analisi del complessivo andamento della amministrazione;
- la comprensione e l'analisi dell'andamento delle diverse aree organizzative, anche attraverso processi di osservazione dal generale al particolare;
- la comprensione e l'analisi delle cause degli scostamenti dei risultati ottenuti rispetto a quanto programmato;
- il supporto alla definizione degli interventi di miglioramento delle performance, sulla base dei risultati dell'analisi degli scostamenti.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si basa su:



- l'effettivo e adeguato funzionamento del sistema informativo interno;
- la produzione di dati ed informazioni coerenti con i requisiti della validità, affidabilità, funzionalità, comprensibilità, rendicontabilità e trasparenza;
- la realizzazione del principio di correlazione tra obiettivi programmati, risorse assegnate e responsabilità organizzative.

L'oggetto della valutazione, pertanto, è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti dall'Azienda alle suddette strutture nell'ambito del processo di budget, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli obiettivi (risultati di gestione), nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale.

Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono organizzate dal Controllo di Gestione.

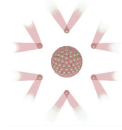
La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'O.I.V. che, ai sensi dell'art.14, comma 4, lett. c) del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., è chiamato a validare la Relazione sulla Performance.

3.5.3. Le fasi relative al ciclo della performance

Ogni ciclo di valutazione comincia all'inizio dell'anno e termina con la fase di Valutazione di prima istanza da effettuarsi, di norma, entro il mese di giugno dell'anno successivo.

Per garantire la puntuale gestione del processo valutativo la Direzione Generale, o struttura interna delegata, definisce, le scadenze temporali di ogni singola fase del processo, dettagliate nel Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione, tenuto conto delle seguenti principali fasi di identificazione del Ciclo di gestione della Performance Organizzativa:

1. Pianificazione e Controllo Strategico in cui rientrano le attività di indirizzo e declinazione della strategia di medio e lungo periodo dell'Istituto, che richiedono uno sforzo di lettura e analisi del contesto organizzativo di partenza;
2. Gli Obiettivi di Budget si baseranno su indicatori di outcome, output ed esiti attesi, coerenti con il piano pluriennale delle performance e con gli obiettivi generali emanati, a cadenza annuale dalla direzione strategica;
3. Programmazione e Controllo in cui rientrano le attività che l'Istituto pone in essere per definire e rilevare il rapporto tra risorse e risultati in corrispondenza dei propri obiettivi da conseguire. Nel processo di Programmazione e Controllo si colloca sia la Valutazione della Performance Organizzativa che della Performance individuale/collettiva (gestione delle risorse umane).
4. Rendicontazione e Trasparenza è la fase nella quale i risultati finali conseguiti saranno formalizzati e condivisi dalla Direzione Aziendale (Relazione sulla Performance) e validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Il livello della performance organizzativa raggiunto durante il periodo di riferimento (anno solare) è portato a conoscenza degli interlocutori interni ed esterni con l'utilizzazione degli strumenti disponibili, a partire dal sito web istituzionale (pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente").



Per ciascuna delle fasi del Ciclo si procede alla misurazione "ex ante" (definizione dell'oggetto di misurazione — outcome, output, esiti, attività, servizi, progetti, programmi strategici, ecc.), "in itinere" (monitoraggio e verifica in corso d'anno dello scostamento tra obiettivi e risultati con l'avvio eventuale di azioni correttive, ritenute necessarie ed opportune per il rispetto del target atteso) ed "ex post" (verifica, a fine anno, dello scostamento tra obiettivi e risultati conseguiti).

3.5.4. L'attribuzione degli obiettivi

In tempo utile per la realizzazione degli obiettivi stessi, durante il processo di negoziazione del budget, a ogni Struttura Organizzativa sono assegnati obiettivi in relazione agli Obiettivi Strategici dell'Istituto, direttamente connessi agli indirizzi di politica aziendale. Il processo di assegnazione degli obiettivi avviene in maniera dialettica e condivisa con i Responsabili delle Strutture Organizzative.

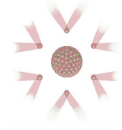
Definita questa prima fase del processo, successivamente il Dirigente Responsabile illustra gli obiettivi ricevuti a tutto il personale della Struttura (dirigenza e comparto) diretta, attraverso verbali di audit oppure di riunioni interne, distribuisce ed assegna gli obiettivi di lavoro, predisponendo il "Piano Operativo delle Attività" (ribaltamento/attribuzione dei singoli o specifici obiettivi di budget alle diverse articolazioni funzionali interne alla Struttura), quale atto dirigenziale di programmazione annuale. Tale documento è sottoscritto dal dirigente responsabile di struttura che sarà oggetto di valutazione e dal coordinatore del personale di comparto, ove individuato.

Qualsiasi variazione organizzativa (ridefinizione dell'obiettivo, revisione/modifica dell'assetto organizzativo, funzionale e/o strutturale, ecc.) che possa avere impatto su tale processo di assegnazione e, quindi, sulla valutazione finale delle prestazioni/attività da conseguire, dovrà essere tempestivamente comunicata alla Direzione Strategica oltre che agli interessati, da parte del Responsabile della struttura organizzativa. Durante il processo di monitoraggio, nei verbali di audit, in relazione alle aree strategiche degli obiettivi attribuiti, dovranno essere evidenziate le principali azioni poste in essere e le eventuali criticità operative riscontrate nel corso dell'anno.

La documentazione riguardante tale programmazione dirigenziale rientrante nel "Piano Operativo delle Attività" è trasmessa entro un mese dalla pubblicazione del PIAO alla Direzione Strategica e per essa al Controllo di Gestione nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per informativa di coerenza agli indirizzi dell'Istituto, oltre che per l'attivazione delle procedure di valutazione dei risultati conclusivi.

Il Controllo di Gestione, inoltre, dovrà effettuare apposita istruttoria al fine di determinare il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati. La Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) dell'O.I.V. potrà effettuare ulteriori verifiche ed accertamenti che riterrà opportuno e/o necessari in merito, tenuto conto delle dimensioni organizzative dell'azienda sanitaria e delle diverse e peculiari attività assistenziali svolte (ospedaliera, territoriale, collettiva).

L'Area Gestione del Personale, in considerazione delle risorse disponibili, quantificherà successivamente i relativi compensi spettanti a ciascun dipendente.



3.5.5. La misurazione degli obiettivi

La misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi si sviluppa in relazione a criteri generali che tengono conto della diversificazione e della tipologia dei risultati da conseguire, ed in particolare:

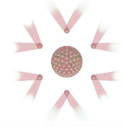
- a. Obiettivi riguardanti prestazioni: la misurazione e la valutazione dei risultati di tali obiettivi, di tipo quantitativo, si avvale dei dati e delle verifiche effettuate da parte del Controllo di Gestione tramite il sistema informativo dell'Istituto o regionale (Edotto). Pertanto, il Controllo di Gestione fornisce supporto documentale e comparativo dei risultati gestionali delle diverse strutture del sistema organizzativo aziendale, in riferimento alla efficienza ed efficacia delle attività svolte.
- b. Obiettivi riguardanti implementazione o attivazione di procedure nonché obiettivi di qualità dei servizi: questi obiettivi non sono misurabili con i dati provenienti dai flussi informativi del Controllo di Gestione in quanto si riferiscono prevalentemente ad obiettivi qualitativi riguardanti l'adozione di procedure/percorsi di tipo clinico – assistenziali. Pertanto, la valutazione del risultato conseguito si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata, convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.
- c. Obiettivi riguardanti attivazione o implementazione di attività di supporto: in tale ambito rientrano gli obiettivi relativi alle attività gestionali amministrative, tecniche e di staff per le funzioni comuni di carattere generale e di supporto. La valutazione dei risultati conseguiti si baserà sulla relazione predisposta dal Dirigente della Struttura interessata (Aree, Servizi Tecnici, ecc.), convalidata dalla Direzione Strategica oppure confermata da terzi sulla base di documentazione ed atti coerenti, che deve dimostrare, in relazione all'obiettivo assegnato, il risultato effettivamente raggiunto.

La corretta individuazione/definizione degli obiettivi costituisce il riferimento cruciale dell'intero processo di valutazione. A ogni obiettivo individuato ed assegnato deve corrispondere un indicatore di esito (con modalità di calcolo dell'indicatore di performance e fonte dati nonché il relativo target/esito atteso), che costituirà l'elemento oggettivo di raffronto per valutare il raggiungimento del risultato.

Pertanto, la valutazione si propone di stabilire se gli obiettivi assegnati siano stati conseguiti o meno ed in quale misura rispetto ai risultati attesi. Ne consegue che obiettivi non misurabili non potranno dare luogo ad una valutazione oggettiva.

Per rendere l'obiettivo misurabile è necessario individuare indicatori di misurazione quali/quantitativa ed i valori programmati, al fine di stabilire le dimensioni della qualità/quantità riferite all'obiettivo e, quindi, ai risultati attesi (la misura può essere espressa in termini numerici assoluti o percentuali ovvero in termini di benchmarking rispetto ad analoghe strutture organizzative). Pertanto, al fine di rendere agevole la verifica dell'obiettivo, è necessario evitare di descriverlo attraverso l'uso di termini generici senza quantificarne la reale portata.

La valutazione finale dei risultati rappresenta, quindi, la verifica di quanto realizzato dalla Struttura Organizzativa (complessa o a valenza dipartimentale) in relazione agli obiettivi di gestione o di budget concordati con il Dirigente Responsabile.



La valutazione finalizzata alla verifica del grado di conseguimento degli obiettivi assegnati alla Struttura Organizzativa è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base dell'apposita istruttoria predisposta dall'Unità Operativa Controllo di Gestione e dalla Struttura Tecnica Permanente.

3.5.6. La valutazione partecipativa

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 150/2009 prevedono espressamente un ruolo attivo dei Cittadini e degli altri Utenti finali ai fini della valutazione della performance organizzativa, attraverso il rinvio ai sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi di cui agli articoli 8 e 19 bis.

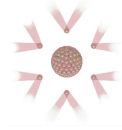
Tenuto conto che solo in data 28/11/2019, il Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la Valutazione della Performance ha emanato le Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche n. 4 del Novembre 2019, e che questo Istituto Tumori, data la situazione di scarsa possibilità di attivare meccanismi partecipati di consultazione in presenza della grave situazione pandemica e la complessità delle attività richieste, così sintetizzabili:

- Mappatura degli stakeholder dell'amministrazione;
- Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
- Selezione dei cittadini e/o degli utenti;
- Definizione delle dimensioni di performance organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
- Motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
- Valutazione delle attività e/o dei servizi;
- Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa. si riserva di aggiornare successivamente il SMVP relativamente a questa sezione,

nelle more di implementazione del modello di valutazione comparativa, l'Istituto Tumori, si impegna ad avviare, tramite le proprie unità di Staff percorsi di progettazione di sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione (customer satisfaction) con le organizzazioni/associazioni dei consumatori o analoghe (Comitato Consultivo Misto), nonché acquisire periodicamente attraverso questionari oppure piattaforme dedicate il gradimento dei cittadini e dei dipendenti (utenti interni) su item predefiniti riconducibili ad obiettivi organizzativi di livello generale (funzioni) oppure specifico (servizi ed attività), coinvolgendo a tal proposito l'O.I.V.

Le predette rilevazioni costituiranno oggetto di analisi da parte dell'OIV, in via sperimentale, anche al fine di poter determinare future azioni migliorative o di riprogettazione nell'impatto esterno dell'erogazione delle attività e dei servizi pubblici offerti.

Al fine di favorire le più ampie forme di partecipazione degli utenti, dovranno essere implementate procedure diffuse ed aperte attraverso le quali i cittadini, gli utenti finali ed interni dell'azienda sanitaria possano contribuire alla misurazione della performance organizzativa, esprimendo direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio livello di soddisfazione per i servizi erogati, secondo le modalità definite dagli stessi O.I.V. per la raccolta ed il monitoraggio delle segnalazioni, ai sensi del D.Lgs. n. 74/2017, così come previsto dalle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica.



In tal senso dovrà essere valorizzato e rafforzato il ruolo e le azioni positive del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) al fine di garantire gli adempimenti stabiliti dalla Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 del Ministero della Funzione Pubblica e della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

3.5.7. La valutazione della performance organizzativa

Al termine del periodo di riferimento, il Dirigente Responsabile della struttura organizzativa predispone e trasmette al Controllo di Gestione la relazione annuale conclusiva delle azioni e delle attività svolte per il conseguimento degli obiettivi di budget. La valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi avviene secondo una scala cui corrisponde un giudizio finale, tenuto conto della specifica tipologia degli obiettivi, così espresso:

Giudizio finale

- **Obiettivo Pienamente Raggiunto** (relazione annuale conclusiva completamente rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)
- **Obiettivo Parzialmente Raggiunto** (relazione annuale conclusiva in parte rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito)
- **Obiettivo Non Raggiunto** (relazione annuale conclusiva non soddisfacente/coerente/rispondente agli elementi di analisi richiesti dall'indicatore di risultato/esito; risultato nullo)

In relazione ai giudizi espressi, cui corrisponderà la percentuale di scostamento di ciascun obiettivo rispetto al target atteso per l'anno solare, verrà definita conseguentemente la relativa Performance Organizzativa complessiva della struttura interessata che, secondo quanto stabilito dal Regolamento Aziendale di cui alla Deliberazione n. 186 del 27 marzo 2014 e suoi allegati, così come modificato dalla Deliberazione n. 43 del 20 gennaio 2015, attribuirà alla struttura un'entità dei premi proporzionale alla percentuale di raggiungimento del totale complessivo di punteggio pari a 100.

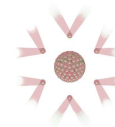
A seguito della validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V., l'Unità Operativa Controllo di Gestione trasmetterà all'Area Gestione del Personale un report informativo con i seguenti dati riepilogativi:

- Macrostruttura/Dipartimento di riferimento;
- Unità Operativa/Articolazione funzionale;
- Percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi operativi di budget; al fine di porre in essere tutti gli adempimenti connessi e consequenziali.

I suddetti criteri di valutazione relativi alla performance organizzativa verranno applicati anche per la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi previsti dalle attività progettuali, a valenza regionale e/o aziendale, preventivamente vagliate dagli uffici di staff ed autorizzate con specifico atto deliberativo, da parte delle unità operative interessate.

3.5.8. La valutazione della performance individuale

La valutazione della "performance individuale" è fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. alla



Deliberazione n. 186 del 27 marzo 2014 e suoi allegati, così come modificata dalla Deliberazione n. 43 del 20 gennaio 2015, per quanto attiene alla Dirigenza SPTA, la valutazione annuale individuale è distinta in due parti.

Una prima valuta l'apporto individuale del dirigente al conseguimento degli obiettivi organizzativi e prende in considerazione i seguenti parametri:

- A) Osservanza degli obiettivi prestazionali affidati
- B) Livello di impiego personale quale contributo al raggiungimento degli obiettivi dell' U.O.
- C) Disponibilità a svolgere le funzioni affidate e correlate all'articolazione dell'orario di servizio
- D) Attenzione prestata dal dirigente alle implicazioni economiche derivanti dai suoi comportamenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi dell'U.O.

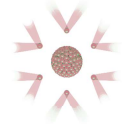
ed a ciascuno di questi deve essere assegnato un punteggio compreso tra 0 (nessun apporto) e 5 (apporto ottimo) per indicare in quale misura il dirigente ha partecipato al conseguimento degli obiettivi della struttura (non è ammesso l'uso di valori intermedi) Il livello "3" definisce l'apporto "normale" all'attività, lo standard minimo previsto dalla posizione del dirigente. La somma dei punteggi moltiplicata per cinque (per esprimere in termini percentuali l'entità dell'apporto garantito) rappresenta la misura dell'impegno del singolo dirigente al conseguimento degli obiettivi operativi della struttura di appartenenza.

Una seconda è finalizzata alla valutazione annuale del percorso professionale del dirigente. Nella fattispecie sono esaminate le "capacità", le "conoscenze" ed i "comportamenti" dirigenziali.

Detta valutazione è legata all'attribuzione del Salario di Posizione di parte aziendale, strettamente connessa all'incarico del dirigente.

Per la direzione di SC o di SSD mediche, la valutazione riguarda i seguenti aspetti:

Aspetto valutato	Fattore di ponderazione
A. Qualità dei modelli organizzativi adottati. Capacità di adottare modelli organizzativi (assegnazione di compiti, risorse, tempi, procedure) finalizzati al raggiungimento degli obiettivi proposti avvalendosi di strumenti adeguati di promozioni e controllo.	21%
B. Capacità decisionale. Capacità di identificare con tempestività e sicurezza, i problemi e le risorse necessarie per individuare soluzioni adeguate, proponendo decisioni chiare e precise	10%
C. Gestione e promozione dell'innovazione (progettualità). Capacità di proporre iniziative e progetti volti all'innovazione e al miglioramento dei processi aziendali	11%
D. Gestione e promozione dell'innovazione nelle procedure appropriatezza prestazioni. Risultato delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza alla certificazione di qualità dei servizi.	12%
E. Gestione e sviluppo delle risorse umane. Capacità di creare e favorire interazioni personali soddisfacenti ed equilibrate, utilizzando gli strumenti della comunicazione e le modalità di gestione emotiva dei momenti di crisi	13%



F. Capacità relazionale e di gestione. Capacità di motivare, valorizzare e valutare (tramite gli strumenti di valutazione contrattuali) i propri collaboratori, identificando i loro bisogni di formazioni, di sviluppo professionale e assegnando incarichi.	12%
G. Appropriatezza nella gestione delle risorse a disposizione. Capacità di considerare le implicazioni economiche del proprio lavoro, di investire appropriatamente le risorse a disposizione.	11%
H. Partecipazione e collaborazione. Capacità di lavorare con i propri collaboratori, di partecipare all'attività dipartimentale, all'integrazione multidisciplinare, di creare sinergie di gruppo nel perseguire obiettivi comuni.	10%

A ciascun aspetto valutato è attribuito un punteggio da 1 a 5

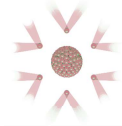
Per la direzione di SC o di SSD PTA, la valutazione riguarda i seguenti aspetti:

Aspetto valutato	Fattore di ponderazione
A. Qualità dei modelli organizzativi adottati. Capacità di adottare modelli organizzativi (assegnazione di compiti, risorse, tempi, procedure) finalizzati al raggiungimento degli obiettivi proposti avvalendosi di strumenti adeguati di promozioni e controllo.	21%
B. Capacità decisionale. Capacità di identificare con tempestività e sicurezza, i problemi e le risorse necessarie per individuare soluzioni adeguate, proponendo decisioni chiare e precise	10%
C. Gestione e promozione dell'innovazione (progettualità). Capacità di proporre iniziative e progetti volti all'innovazione e al miglioramento dei processi aziendali	11%
D. Gestione e sviluppo delle risorse umane. Capacità di creare e favorire interazioni personali soddisfacenti ed equilibrate, utilizzando gli strumenti della comunicazione e le modalità di gestione emotiva dei momenti di crisi	13%
E. Capacità di comunicare. Sia con l'utenza esterna sia con gli uffici interni individuando procedure amministrative idonee e standardizzate	12%
F. Capacità relazionale e di gestione. Capacità di motivare, valorizzare e valutare (tramite gli strumenti di valutazione contrattuali) i propri collaboratori, identificando i loro bisogni di formazioni, di sviluppo professionale e assegnando incarichi.	12%
G. Appropriatezza nella gestione delle risorse a disposizione. Capacità di considerare le implicazioni economiche del proprio lavoro, di investire appropriatamente le risorse a disposizione.	11%
H. Partecipazione e collaborazione. Capacità di lavorare con i propri collaboratori, di partecipare all'attività dipartimentale, all'integrazione multidisciplinare, di creare sinergie di gruppo nel perseguire obiettivi comuni.	10%

A ciascun aspetto valutato è attribuito un punteggio da 1 a 5

Per la Dirigenza medica la valutazione riguarda i seguenti aspetti:

Aspetto valutato	Fattore di ponderazione
A. Collaborazione interna e partecipazione all'organizzazione	18%
B. Modalità di espletamento delle funzioni affidate nella gestione e qualità dell'apporto professionale	20%



C. Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generale un clima organizzativo favorevole alla produttività', attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e della gestione dei istituti contrattuali	15%
D. Risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità' clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza alla certificazione di qualità' dei servizi	16%
E. Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità' nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati	11%
F. Attività di formazione e ricerca documentata	10%
G. Rispetto del codice di comportamento	10%

A ciascun aspetto valutato è attribuito un punteggio da 1 a 5

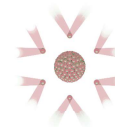
Per la Dirigenza PTA la valutazione riguarda i seguenti aspetti:

Aspetto valutato	Fattore di ponderazione
A. Collaborazione interna e partecipazione all'organizzazione	18%
B. Modalità' di espletamento delle funzioni affidate nella gestione e qualità' dell'apporto professionale	20%
C. Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generale un clima organizzativo favorevole alla produttività', attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e della gestione dei istituti contrattuali	15%
D. Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità' nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati	11%
E. Capacità di comunicare sia con l'utenza esterna sia con gli uffici interni individuando procedure amministrative idonee e standardizzate	16%
F. Attività di formazione e ricerca documentata	10%
G. Rispetto del codice di comportamento	10%

A ciascun aspetto valutato è attribuito un punteggio da 1 a 5

Al termine del processo di valutazione individuale, i dirigenti sono collocati in una graduatoria secondo il seguente ordine:

- coloro che raggiungono il 100% del punteggio, ricevono l'attribuzione del premio stabilito maggiorato del 10% (2% circa);
- coloro che raggiungono dal 91 al 99% del punteggio ricevono l'attribuzione del 100% del premio stabilito (24% circa);
- coloro che raggiungono dal 71 al 90% del punteggio ricevono l'attribuzione del premio stabilito in proporzione (48% circa);
- coloro che raggiungono dal 26 al 70% del punteggio non ricevono il saldo del premio stabilito (solo eventuali acconti mensili pari al 50% del premio stabilito) (24% circa);
- il restante personale (punteggio <=25%) non ha diritto all'attribuzione di alcun trattamento accessorio collegato alla performance individuale e deve restituire gli eventuali acconti (2% circa).

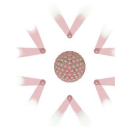


La valutazione individuale del personale del comparto, indipendentemente dal ruolo, valuta i seguenti ambiti:

Ambito	Fattori di valutazione	P. Max
IMPEGNO	Rispetto dei regolamenti e delle direttive	35
	Flessibilità/Adattabilità operativa	
	Disponibilità a valutare le necessità del servizio conciliandole con le esigenze personali	
	Comportamento atto a stabilire una relazione positiva con utenti/cittadini	
	Rispetto nell'utilizzo e nella custodia dei beni di cui si dispone per ragioni d'ufficio	
	Rispetto del ruolo professionale	
	Rispetto della privacy/segreto d'ufficio/segreto professionale	
CAPACITA'	Assunzione delle responsabilità connesse alle proprie attività	45
	Capacità organizzativa: capacità di organizzare le attività professionali proprie, di individuare	
	Qualità delle prestazioni	
	Precisione operativa	
	Disponibilità ai rapporti interpersonali e spirito di collaborazione per il lavoro di gruppo/équipe	
	Disponibilità nell'accogliamento/inserimento/tutoraggio dei neoassunti, di studenti o tirocinanti	
	Interazione, comunicazione, informazione in base al ruolo pubblico rivestito	
	Comportamento di fronte a situazioni nuove o imprevisti	
	Comportamento a fronte di errori propri e di incidenti critici sul lavoro	
ARRICCHIMENTO PROFESSIONALE	Grado di propensione all'aggiornamento e arricchimento professionale	20
	Grado di propensione all'aggiornamento nell'utilizzo di computer e strumenti informatici	
	Acquisizione e applicazione di nuove conoscenze/competenze a seguito di partecipazione a eventi formativi	
	Iniziativa personale e capacità di proporre metodologie/soluzioni innovative o migliorative	

In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali (ossia al meccanismo di assegnazione e verifica degli obiettivi organizzativi), sia rispetto agli obiettivi individuali e ai percorsi di formazione e di crescita professionale.

La valutazione della Performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Essa è effettuata dal diretto conoscitore dell'attività del valutato, come indicato nella tabella sottostante:



Valutato	Valutatore	Valutatore 2a istanza
Dipendente del comparto	Dirigente della Struttura di appartenenza	Collegio di 2° grado costituito da Direttore struttura, Direttore Sanitario e Presidente OIV per il personale medico, oppure Direttore Amministrativo invece del Direttore Sanitario per le strutture amministrative
Dirigente con incarico professionale anche di alta specializzazione	Direttore di Struttura Complessa o Struttura Semplice (Dipartimentale) di appartenenza	
Dirigente di struttura semplice	Direttore struttura complessa di appartenenza	
Direttore Struttura Complessa o Dirigente Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale	Direttore Sanitario per le strutture mediche o Direttore Amministrativo per le strutture amministrative	
Direttore Dipartimento	Direttore Generale e Direttore Scientifico per le strutture mediche, Direttore Generale e Direttore Amministrativo per le strutture amministrative	

Nel caso in cui, in corso d'anno, il valutato abbia svolto la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui il valutato ha prestato o presta l'attività prevalente in termini temporali.

Nel caso in cui, in corso d'anno, la responsabilità di una struttura sia stata affidata a più figure dirigenziali, il valutato sarà soggetto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31.12. dell'anno a cui si riferisce la valutazione.

Il dipendente che sia stato assente, a vario titolo, per tutto l'anno di riferimento, sarà ritenuto non valutabile. Il dipendente che sia stato assente, a vario titolo, per parte dell'anno di riferimento, dovrà essere valutato per il periodo di servizio svolto.

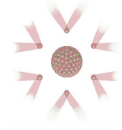
Qualora la distribuzione del personale non avvenisse secondo le percentuali indicative, riportate tra parentesi al precedente comma 2, dovranno essere riviste tutte le valutazioni espresse al fine di ricondurre le stesse entro i parametri percentuali riportati nel precedente comma 2.

3.5.9. Valutazione non condivisa

Il Valutatore è tenuto a discutere in contraddittorio con il Valutato il contenuto della scheda di valutazione, acquisendone contestualmente la firma.

Nel caso in cui il dipendente non condivida la valutazione, non potrà rifiutarsi di firmare la scheda ma dovrà riportare le proprie considerazioni nell'apposito campo previsto nella scheda (Annotazione e commenti da parte del valutato e motivazione: per eventuale istanza di assegnazione della decisione definitiva alla commissione di 2° grado in caso di difformità di giudizio e/o non accettazione), avviando contestualmente le procedure di contestazione, così come previste dai Contratti Integrativi Aziendali, per ciascuna Area Contrattuale.

3.5.10. Procedura Conciliativa



L'OIV, in qualità di soggetto terzo, provvederà a comunicare per iscritto al dipendente valutato una data, non anteriore a gg. 15, per esperire il contraddittorio, precisando che lo stesso può farsi assistere da persona di propria fiducia e può produrre eventuali memorie scritte anche prima della data fissata per il contraddittorio.

Ad esito del contraddittorio con il dipendente valutato ed alla acquisizione di eventuali controdeduzioni da parte del Valutatore, l'OIV formula ai due soggetti (valutato e valutatore) una proposta di conciliazione che cerca di tener conto delle posizioni di entrambe le parti e delle risultanze degli atti e della documentazione sottoposta al suo esame; le parti sono libere di accettare o meno la proposta conciliativa.

In caso di mancato accordo tra le parti, ed ai fini degli adempimenti connessi e consequenziali, verrà ritenuta definitiva la valutazione formulata dal Valutatore.

3.5.11. Valutazione negativa

In casi di valutazione negativa, dei dirigenti o del personale del comparto, secondo quanto stabilito dal Regolamento Aziendale di cui alla Deliberazione n. 186 del 27 marzo 2014 e suoi allegati, così come modificato dalla Deliberazione n. 43 del 20 gennaio 2015, sarà attivato un contraddittorio con l'Organo di seconda istanza, indipendentemente dall'attivazione da parte del Valutato della procedura di contestazione.

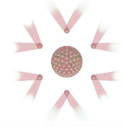
La valutazione negativa rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'art. 55 quater, comma 1, lettera f-quinquies. Essa determina la perdita del diritto alla retribuzione di risultato per l'anno di riferimento e le altre conseguenze previste dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali, ivi compresa l'eventuale verifica anticipata relativa alla conferma dell'incarico dirigenziale.

Così come espressamente evidenziato nelle Linee Guida DFP n. 5 dicembre 2019, tutti gli aspetti relativi agli effetti della valutazione non rientrano fra i contenuti del SMVP e pertanto sono oggetto di specifico contratto integrativo aziendale sottoscritto con le OO.SS., secondo le regole dei vigenti CCNL.

3.6. Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

3.6.1. Introduzione

Il presente documento costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza" per il periodo 2022-2024 dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari (d'ora in avanti anche "Istituto"), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".



Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza recepisce le modifiche di legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive e le delibere, relative al periodo precedente, nonché le prescrizioni del vigente Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2019).

Il presente Piano, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con un'azione coordinata e sistemica, considera i seguenti aspetti:

- Caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico per la valutazione d'impatto del contesto esterno;
- Caratteristiche della struttura organizzativa interna e dei processi per la valutazione di impatto del contesto interno;
- Mappatura dei processi con particolare riferimento a quelli finalizzati al raggiungimento/incremento del "valore pubblico";
- Analisi dei rischi corruttivi e programmazione delle misure di mitigazione;
- Monitoraggio sull'attuazione e sull'efficacia delle misure applicate;
- Programmazione delle misure della trasparenza amministrativa e dell'accessibilità.

3.6.2. Procedimento di elaborazione e adozione del Piano "Rischi Corruttivi e Trasparenza"

In considerazione della valenza programmatica del Piano (ovvero della sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i.) e della sua articolazione triennale, ne deriva che le previsioni contenute nel presente Piano sono soggette a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato, a fronte di specifiche necessità, soprattutto annualmente, sulla base dei dati esperienziali acquisiti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità sempre più rispondenti all'esigenze dell'Istituto. Ogni anno il RPCT elabora una proposta di aggiornamento del Piano che viene poi adottata dall'organo di indirizzo politico con deliberazione del Direttore Generale.

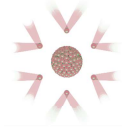
Nella fase di aggiornamento del Piano si tiene conto:

- degli obiettivi strategici aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- delle risultanze del monitoraggio dell'attività svolta nell'anno precedente
- di quanto segnalato dai referenti del RPCT e da tutti gli stakeholder interessati a seguito di consultazione pubblica del Piano.

All'elaborazione del presente Piano hanno partecipato i dirigenti delle macro-articolazioni aziendali in quanto detentori della necessaria conoscenza dei processi decisionali e dei relativi rischi corruttivi, assieme a tutti i dipendenti dell'Istituto.

In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'Istituto si è dotato di un applicativo informatico che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;



- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto" a disposizione dell'utente fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

3.6.3. Obiettivi strategici

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari pone al centro della propria attività di assistenza e di ricerca la persona nella sua interezza, di cui rispetta la dignità.

I principi fondanti del SSN, l'equità di accesso alle cure, l'universalità e la solidarietà, vengono costantemente ribaditi all'interno dell'Istituto. Per il rispetto di fondamentali principi etici, ogni spreco viene evitato e per tale motivo l'appropriatezza nelle scelte assistenziali e l'efficienza vengono costantemente perseguiti mediante continuo monitoraggio della produzione, dei costi e degli esiti.

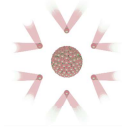
Ogni potenziale conflitto di interesse viene combattuto perché moralmente inaccettabile comunque, ma ancora di più quando si combatte il tumore.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza indicati dalla Direzione aziendale, nell'ambito della declinazione delle linee programmatiche di indirizzo generale, sono di seguito riportati:

- Incremento delle attività di formazione del personale sul Codice di Comportamento, Etica e Legalità, anche ai fini della successiva applicazione della misura della rotazione ordinaria del personale nelle aree maggiormente a rischio corruttivo;
- Implementazione dei processi di verifica e controllo sugli atti adottati dall'Istituto, al fine di garantire il rispetto delle misure per l'anticorruzione e trasparenza;
- Monitoraggio periodico (I e II livello) delle misure previste in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi della normativa vigente e delle determinazioni e Linee guida dell'ANAC in materia;
- Miglioramento della qualità complessiva del sito aziendale in termini di completezza, chiarezza e intelligibilità, con particolare riferimento ai requisiti di accessibilità, fruibilità alle informazioni ed attuazione di una progressiva implementazione della pubblicazione dei dati, documenti ed informazioni, in materia di trasparenza con particolare attenzione all'anonimizzazione o pseudonimizzazione dei dati prevista dal vigente Regolamento UE 2016/679;
- Monitoraggio dei feedback da parte degli stakeholders e di altri soggetti portatori di interessi sull'andamento delle azioni intraprese in materia di trasparenza;
- Intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di "conflitto di interessi" nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito della sperimentazioni e sponsorizzazioni.

3.6.4. Coordinamento con il Piano delle Performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che "l'efficacia del Piano triennale per la prevenzione della corruzione dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'Amministrazione e, pertanto,



è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Amministrazione".

L'art. 41, c. 1, lett. h), del D.Lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della Legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: "L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

I processi mappati per l'analisi del rischio corruttivo, costituiscono la base di partenza per il controllo di gestione che sarà implementato gradualmente, così come avverrà per la misurazione della Performance, anche tenendo conto delle misure di mitigazione adottate per la prevenzione della corruzione.

L'Istituto adotta un proprio processo di gestione del Ciclo delle Performance. Il contenuto del presente piano sarà integrato con il suddetto piano e gli altri strumenti di programmazione annuale così come richiesto dalla normativa.

Tenuto conto della distinzione, descritta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Istituto, tra performance organizzativa, oggetto degli obiettivi delle schede di budget e legata al contributo che ogni struttura dà al perseguimento degli obiettivi strategici annuali, e la Performance individuale, che valorizza il contributo che il singolo dipendente (dirigenza e comparto) dà all'attuazione della strategia e inoltre si basa su valutazioni di tipo qualitativo e comportamentale, risulta quindi evidente che la tematica dell'anticorruzione è oggetto di attenzione nell'ambito appunto della performance individuale, come responsabilità individuale per quanto attiene sia al rispetto dei Codici di Comportamento, sia al rispetto dei Regolamenti e come responsabilità in vigilando per l'attenzione alla gestione delle risorse affidate.

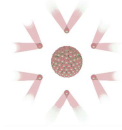
Tra gli obiettivi strategici ed operativi previsti dal Piano delle Performance, sono presenti anche quelli relativi agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, come di seguito elencati:

In ottemperanza alle vigenti disposizioni, l'Istituto ha previsto un'esplicito collegamento tra gli obiettivi indicati nel Piano delle Performance come di seguito declinati:

- Obblighi di trasmissione e pubblicazione (trasmissione e pubblicazione atti e informazioni di competenza in Amministrazione Trasparente)
- Monitoraggio procedure contenute nel Piano di prevenzione della corruzione (audit con rendicontazione delle misure applicate).

3.6.5. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.



L'Istituto, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con Istituzioni, Enti del S.S.N. e altri soggetti. In particolare, l'Istituto, instaura rapporti con le Istituzioni che, oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato, prevalentemente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata e l'integrazione con gli altri IRCCS e con le Reti.

Per l'aggiornamento del contesto esterno si è tenuto conto in primis delle principali competenze istituzionali come di seguito elencate:

3.6.5.1. Assistenza Clinica

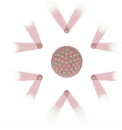
L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari svolge la propria attività di assistenza clinica nell'ambito della programmazione Nazionale e Regionale.

In tal contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. L'Istituto si colloca come Polo oncologico di altissima specializzazione, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate da ulteriori prestazioni innovative qualora riconosciute dal Comitato Etico dell'Istituto. L'Istituto adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi-professionale e multi – disciplinare, attraverso la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati a livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.

3.6.5.2. Ricerca

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto. Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, attività di ricerca e di assistenza, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base. La ricerca si distingue in corrente e finalizzata: è ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedica e della sanità pubblica; è ricerca finalizzata quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale. Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente sono definite ed approvate annualmente dal Ministero della Salute.

La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche e private ed anche nell'effettuazione di ricerche sponsorizzate. Il D.lgs 16 ottobre 2003 n. 288 avente ad oggetto: "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico" sancisce espressamente che gli IRCCS "...perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari" e possono "stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito



industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca. Al fine di un'adeguata gestione dei rapporti con i propri dipendenti – nonché gli eventuali rapporti con soggetti terzi, in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, l'Istituto si dota di opportuno regolamento aziendale.

3.6.5.3. Formazione e didattica

La formazione, promossa e gestita in Istituto, ha lo scopo di sviluppare le risorse professionali e relazionali, promuovere l'integrazione organizzativa, migliorare la qualità e fornire un'immagine aziendale positiva. L'Istituto è sede di didattica in ambito oncologico mediante collaborazioni organizzate con Università ed altre istituzioni, sia con riferimento ai Corsi di Laurea che alle Scuole di Specializzazione e di Formazione Universitaria di II Livello.

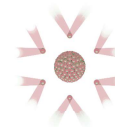
3.6.5.4. Sperimentazione

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto, l'Istituto è dotato di un apposito regolamento in materia di sperimentazioni.

Nel corso dell'anno 2021 l'Istituto ha stipulato alcune specifiche Convenzioni come di seguito elencate:

- Convenzione con l'Associazione di Promozione Sociale "Verso Est" -Partenariato-Cooperazione Regione Puglia- con sede legale in Taranto, per la realizzazione del Progetto "Dalla Puglia alla Russia - un ponte per la salute" gemellaggio fra questo Istituto e i Centri Oncologici della Federazione Russa (deliberazione del Commissario Straordinario n. 704 del 3 dicembre 2021);
- Convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico per prestazioni specialistiche e consulenze nefrologiche, accessi vascolari e trattamenti dialitici. Rinnovo per gli anni 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 679 del 26 novembre 2021);
- Convenzione con IKOS Scuola di Specializzazione Quadriennale in Psicoterapia PNL di Bari per consentire agli allievi (Medici e Psicologi) frequentanti la Scuola IKOS di svolgere l'attività di tirocinio (deliberazione del Commissario Straordinario n. 659 del 26 novembre 2021);
- Convenzione Quadro con l'Università degli Studi della Basilicata - Dipartimento delle Culture Europee e del Mediterraneo – DiCEM (deliberazione del Commissario Straordinario n. 631 del 12 novembre 2021);
- Convenzione con la Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale POLICLINICO di Bari per gestione delle emergenze/urgenze a favore dei pazienti oncologici dell'IRCCS arruolati negli studi fase I. Rinnovo per gli anni 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 606 del 29 ottobre 2021);



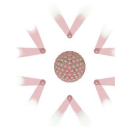
- Convenzione con l'Associazione Interstudi Europei di Chiasso per attività di tirocini di formazione ed orientamento curricolari (deliberazione del Commissario Straordinario n. 555 del 15 ottobre 2021);
- Convenzione con l'Aouc Policlinico di Bari per l'utilizzo da parte del Centro Regionale Trapianti Puglia. della Biobanca Istituzionale dell'Istituto. Attivazione Bioconservatorio CRT—Puglia presso la Biobanca Istituzionale (deliberazione del Commissario Straordinario n. 515 del 04 ottobre 2021);
- Convenzioni ASL BA e IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" per l'attività di consulenza in ANATOMIA PATOLOGICA, EMATOLOGIA e CHIRURGIA TORACICA, a seguito di trasferimento di funzioni di competenza oncologica. Rinnovo annualità 2021-2022 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 496 del 04 ottobre 2021);
- Convenzione Quadro tra l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare di Frascati e il Dipartimento di Fisica dell'Università degli Studi di Bari - Presa d'atto dell'istituzione del Comitato Permanente Paritetico (deliberazione del Commissario Straordinario n. 491 del 30 settembre 2021);
- Convenzione trilaterale tra l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari e l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari per la realizzazione del Progetto "Endoscopia Digestiva" (deliberazione del Commissario Straordinario n. 397 del 14 luglio 2021).

L'Istituto prevede specifiche procedure che si basano su tre misure fondamentali:

- **La trasparenza nei rapporti che si instaurano**, attraverso la predisposizione di appositi atti deliberativi che vengo pubblicati sul sito dell'Istituto e resi pubblici;
- **La predisposizione di un apposito regolamento che disciplini i singoli rapporti**, anch'esso pubblicato nella sezione amministrazione trasparenza;
- **La verifica periodica** sullo stato di avanzamento delle attività.

Di seguito la matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) di eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto e dell'incidenza degli interessi degli stakeholder a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

STAKEHOLDER DI INPUT					
Tipo attività / interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
PROGRAMMAZIONE	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • AReSS • Agenas • Ministero della Salute • MEF • Università • Enti di Ricerca • Comunità scientifica <u>Soggetti privati</u> <ul style="list-style-type: none"> • Associazioni di categoria 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
FINANZIAMENTO	<u>Soggetti pubblici</u> <ul style="list-style-type: none"> • Regione • Ministero Salute 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio



	<ul style="list-style-type: none"> Altri soggetti pubblici <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aziende Cittadini 				
PRODUZIONE	<p><u>Soggetti pubblici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Aziende di Servizi alla Persona</u> <p><u>Soggetti privati</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Fornitori Dipendenti <u>Sponsor</u> 	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto
STAKEHOLDER DI OUTPUT					
Tipo attività/interessi	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
INTERESSI SOCIALI ED ISTITUZIONALI	<p><u>Attori sociali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cittadini Regione "Assessorato Salute" Ministero della Salute Università Enti di Ricerca Comunità scientifica ARPA Comuni Istituti scolastici Associazioni volontariato Organizzazioni sindacali Tribunale diritti del malato FIASO Federfarma Ordini professionali 	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio

L'interazione con i soggetti sopra indicati in relazione alla numerosità degli stessi e alla rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Istituto correlati all'incidenza degli interessi specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata l'analisi del rischio del contesto esterno.

3.6.5.5. Indice demografico

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente a Bari per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile.

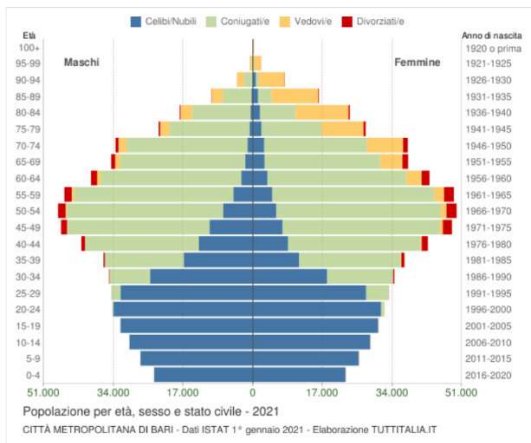
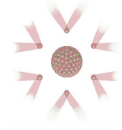


Figura 1 - Distribuzione popolazione

3.6.5.6. Indice occupazione/disoccupazione (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)

Di seguito un'infografica sul tasso di occupazione Italia-Mezzogiorno-Puglia.

- Percentuale di occupati di età 20-64 anni sulla popolazione di età 20-64 anni
- Unità di misura: Percentuale
- Polarità: Positiva

Nel 2020, in Puglia, il tasso di occupazione femminile è minore di -29,3 punti percentuali rispetto agli uomini, divario maggiore di quello del Mezzogiorno (-26%) e Italia (-19,9%).

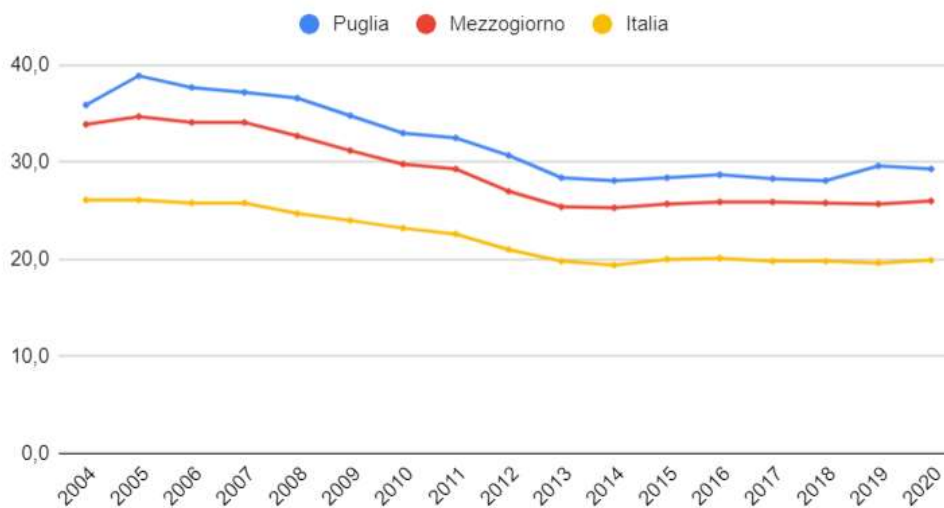


Figura 2 - tasso occupazione

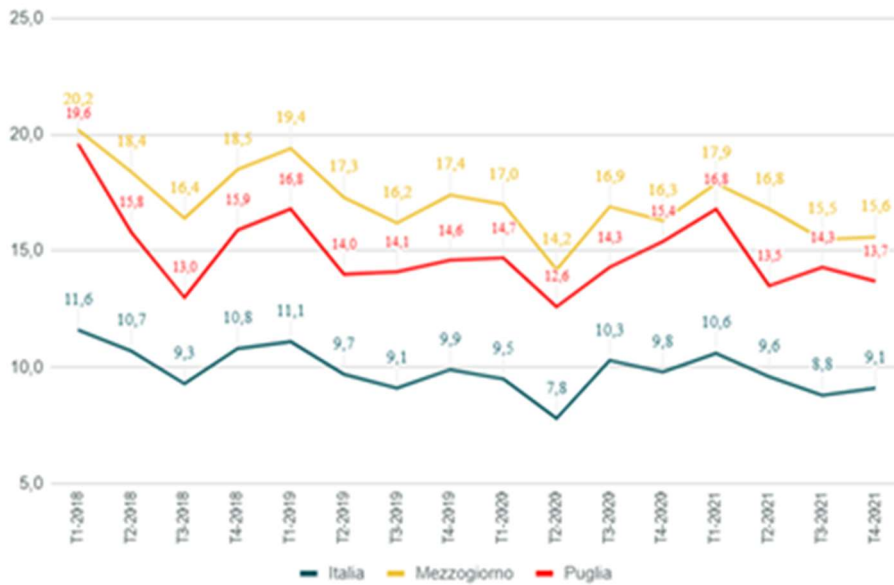
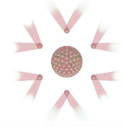


Figura 3 – Tasso disoccupazione per trimestre. Italia-Mezzogiorno-Puglia. Anni 2018-2021

Indice del dominio Salute (fonte Ufficio Statistico Regione Puglia)

INDICATORI DI BASE	Puglia	Mezzogiorno	Italia	Puglia vs Mezzogiorno	Puglia vs Italia	Anno	Polarità	Unità misura
1 Adeguata alimentazione (tassi standardizzati)	12,9	13,4	18,8	-0,5	-5,9	2020	+	per 100 persone
2 Alcol (tassi standardizzati)	16,2	13,7	16,7	2,5	-0,5	2020	-	per 100 persone
3 Eccesso di peso (tassi standardizzati)	48,6	50,7	45,9	-2,1	2,7	2020	-	per 100 persone
4 Fumo (tassi standardizzati)	16,8	18,6	19,1	-1,8	-2,3	2020	-	per 100 persone
5 Indice di salute mentale (SF36)	68,9	67,9	68,2	1	0,7	2020	+	Punteggi medi standardizzati
6 Mortalità evitabile (0-74 anni)	16,8	18,7	17	-1,9	-0,2	2018	-	per 10.000 residenti
7 Mortalità infantile	3,3	3,7	2,9	-0,4	0,4	2018	-	Per 1.000 nati vivi
8 Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	31,5	29,9	33,3	1,6	-1,8	2018	-	per 10.000 residenti
9 Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	0,6	0,5	0,5	0,1	0,1	2020	-	per 10.000 residenti
10 Mortalità per tumore (20-64 anni)	8,5	9	8,5	-0,5	0	2018	-	per 10.000 residenti
11 Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)	47,8	56,9	48,9	-9,1	-1,1	2020	-	valori percentuali
12 Sedentarietà (tassi standardizzati)	42,2	49,1	33,8	-6,9	8,4	2020	-	per 100 persone
13 Speranza di vita alla nascita	82,2	81,6	82	0,6	0,2	2020	+	N. medio di anni
14 Speranza di vita in buona salute alla nascita	61,6	58,9	60,9	2,7	0,7	2020	+	N. medio di anni
15 Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni	10	8,5	9,6	1,5	0,4	2020	+	N. medio di anni

Figura 4 - Dominio Salute - posizionamento Puglia-Mezzogiorno-Italia

- Definizione: Percentuale di dipendenti con una retribuzione oraria inferiore a 2/3 di quella mediana sul totale dei dipendenti.
- Unità di misura: %
- Polarità: negativa

In Puglia, nel 2020, le donne dipendenti con bassa paga sono l'8% in più degli uomini. Nel Mezzogiorno (4,9%) e in Italia (3,6%) la distanza percentuale è minore.

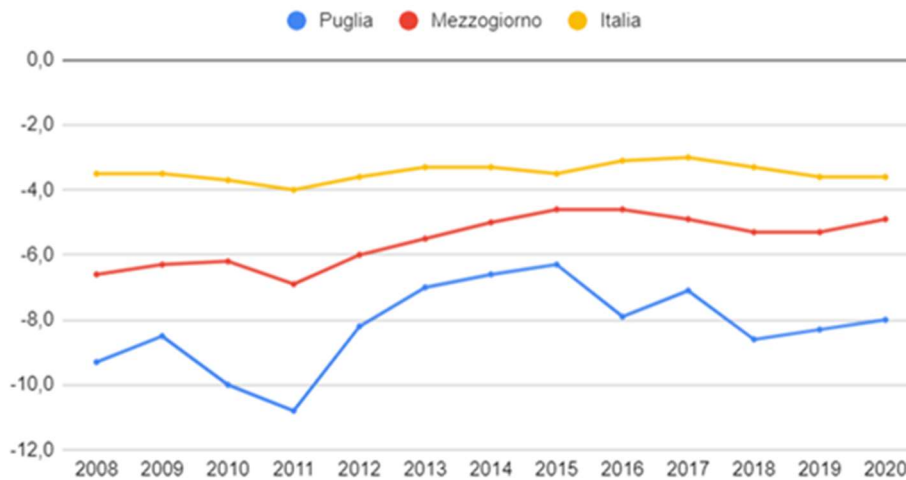
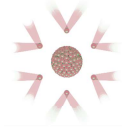


Figura 5- Dipendenti con bassa paga

3.6.5.7. Indice criminalità

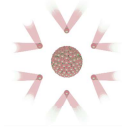
Con riferimento alla localizzazione territoriale dell'Istituto, si evidenziano significative presenze di organizzazioni criminali, così come evidenziato di recente dal Dipartimento per la pubblica Sicurezza del Ministero degli interni, da cui emerge che la provincia di Bari e quella di Foggia sono le provincie pugliese al più altro indice di criminalità rispetto alle altre provincie.

Nel capoluogo pugliese è rilevato un contesto criminale in continua evoluzione caratterizzato da frequenti spaccature anche interne, sì da far ritenere tuttora sussistente una struttura orizzontale di tipo camorristico al cui interno nuovi soggetti sarebbero sempre pronti a rimpiazzare quelli neutralizzati dall'azione di contrasto dello Stato o da sanguinose faide.

Nella relazione semestrale della Direzione investigativa antimafia 2020, emerge che in Puglia i maggiori rischi di infiltrazione criminale riguardano il settore sanitario, nella produzione e distribuzione di dispositivi medici, nello smaltimento di rifiuti speciali o nella sanificazione ambientale.

L'Istituto, nella consapevolezza della presenza di tale fattore di rischio, intende adottare specifiche misure di controllo e mitigazione dell'esposizione ai rischi con particolare riferimento a possibili furti di farmaci oncologici. In particolare, le Campania e Puglia sono le Regioni più colpite, in cui si concentrano il 45% di tutti i casi. Il business fa gola soprattutto alla criminalità organizzata e per quanto riguarda le destinazioni dei farmaci rubati i ricercatori individuano oltre all'Italia Slovacchia, Lettonia, Ungheria, Slovenia e Romania, definite "lavanderie" in cui questi farmaci vengono riciclati. I prezzi elevati e l'alta redditività, oltre che la possibilità di smercio sul mercato nero e la vendita sul web, sono tra i motivi che spingono le organizzazioni criminali a puntare sulla sottrazione dei farmaci in ospedale, favorita da pochi arresti e sanzioni inferiori a quelli di attività illecite simili, come il traffico di droga.

L'attenzione giudiziale e mediatica posta su tale fenomeno, ha evidenziato come il settore sanitario, e in particolare le singole aziende operanti in tale settore, possano essere oggetto di processi ad alto rischio e che possono interessare l'Istituto, quali per esempio:



- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;
- prescrizioni inappropriate.

Da un'analisi sommaria delle informazioni sopra riportate, si conferma un trend che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in aumento, così come i livelli di disoccupazione e di accordi corruttivi di stampo mafioso.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Istituto e sono considerati come "fattori abilitanti" di contesto da non sottovalutare, nell'ambito delle decisioni strategiche aziendali.

3.6.5.8. Emergenza Epidemiologica

L'emergenza sanitaria ha posto in luce molte verità sulla salute delle persone e sul sistema chiamato a tutelarla mostrando da un lato, la grande abnegazione e disponibilità del personale sanitario nel prodigarsi per dare risposte ai cittadini ma ha anche evidenziato debolezze nel prevedere scenari più volte documentati quali l'estensione della popolazione anziana, la crescita delle malattie croniche, i cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie, la conseguenza dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali, il blocco del turn over e la necessità di potenziare i servizi territoriali.

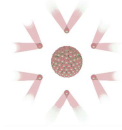
143

3.6.6. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

3.6.6.1. Direttore Generale

La Direzione Aziendale è il primo soggetto preposto a porre in essere azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e attuazione della trasparenza dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari. Il particolare il Direttore Generale:

- Nomina con un apposito atto deliberativo il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012) e il Responsabile della Trasparenza (art. 43, D.lgs n. 33/2013);
- Adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ovvero la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" all'interno del PIAO), nonché i suoi eventuali aggiornamenti;
- Adotta tutti gli atti di indirizzo che ritiene opportuno finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;



- Assicura al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- Decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- Riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, nonché riceve dallo stesso, segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- In relazione al coinvolgimento nei termini sopra evidenziati, l'ANAC si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente allo stesso Direttore Generale;
- Garantisce l'attività di coordinamento degli atti e delle azioni adottati nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

3.6.6.2. Responsabile RPCT

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, rappresenta uno dei soggetti fondamentali evidenziati dal nostro Legislatore nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nella Legge n. 190/2012 sono stati dettagliatamente definite le attività del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

In particolare, il RPCT pro tempore, nominato giusta deliberazione n. 858 del 06/11/2020, svolge attività di:

- controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione alla Direzione Aziendale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio provvedimenti disciplinari (articolo 43 del d. lgs n. 33/2013);
- propone al Direttore Generale il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, per la successiva adozione, con apposito atto deliberativo;
- controlla e assicura, insieme ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, la regolare attuazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

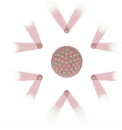
144

3.6.6.3. Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O.

L'Istituto ha inteso costituire apposito gruppo di lavoro per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del "Piano integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO) di cui all'art. 6 del d.l. 80/2021 e s.m.i., con l'apporto di competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle sezioni tematiche del PIAO, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 10/01/2022.

3.6.6.4. Network Sanità

L'Istituto fa parte del "Network Sanità" della Regione Puglia, una struttura di raccordo tra il RPCT della Regione e gli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale pugliese istituita con DGR



n. 48/2018 al fine di condividere criteri e metodologie e garantire un'azione sinergica nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione in ambito sanitario.

L'ultima riunione, convocata dalla Dirigente della Sezione Affari Istituzionali e Giuridici della Regione Puglia, si è tenuta in data 20 ottobre 2021 in modalità remota. In tale occasione, sono state condivise alcune misure di mitigazione del rischio corruttivo con particolare riferimento alla rotazione pluriennale, alla gestione dei conflitti di interesse, alle acquisizioni delle dichiarazioni di incompatibilità ed inconferibilità, al monitoraggio del codice di comportamento, alla trasparenza amministrativa e alla criticità rilevate sulle commissioni invalidi civili.

3.6.6.5. O.I.V.

I componenti dell'Organismo Indipendente di vigilanza:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001).

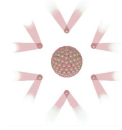
3.6.6.6. Referenti interni

Tutti i Dirigenti dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del presente Piano e svolgono, per quanto di competenza:

- attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'Autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, impegnandosi al monitoraggio di I livello (autovalutazione);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- partecipano alle attività formative obbligatorie previste nel Piano formativo anticorruzione e/o proposte dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nell'ottica del coinvolgimento del personale e della necessità di diffusione dei valori di etica e legalità, si è provveduto a costituire, con Deliberazione n.57 del 23/01/2018 avente ad oggetto: "Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. Individuazione e nomina dei referenti interni per la prevenzione della corruzione" un gruppo di lavoro composto dalla Direzione Strategica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori e i Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni per la corruzione, al fine di consentire il coinvolgimento di tutte le strutture e gli attori dei processi aziendali nelle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza in un'ottica di continua ricerca di diffusione dei valori di etica e di legalità.

3.6.6.7. Ufficio Procedimenti Disciplinari



L'ufficio procedimenti disciplinari di cui all'art. 55 bis, comma 4° del D.lgs n. 165/2001, è costituito quale Ufficio autonomo. Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 439 del 07/09/2021 si è provveduto alla nuova designazione del Presidente UPD e dei suoi componenti.

In caso di procedimento disciplinare nei confronti di specialista ambulatoriale, un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento con il SSN ai sensi dell'art. 37, comma 5, lett. b) ACN 2015.

L'attività svolta dell'U.P.D. è qui di seguito riportata:

- Svolge procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- Provvede alla comunicazione obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria;
- Propone un aggiornamento del Codice di comportamento.

3.6.6.8. Dipendenti e Collaboratori

Tutti i dipendenti dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservando le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'ufficio procedimenti disciplinari – U.P.D., casi di personale in conflitto d'interesse. Tutti i dipendenti dell'Istituto rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti:

- rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione;
- prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Istituto, di cui siano venuti a conoscenza.

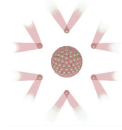
Pertanto, tutte le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione previste e adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1 comma 14,1 della Legge 190/2012.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – I.R.C.C.S. di Bari sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione della corruzione previste nel presente Piano e segnalare le situazioni di illecito nei modi previsti dalla normativa vigente.

3.6.6.9. Consiglio di indirizzo e verifica

Di seguito i principali compiti del Consiglio di indirizzo e verifica (CIV):

- nomina il Direttore Generale dell'Istituto, scelto tra gli idonei dell'apposito albo regionale affidandogli gli obiettivi;
- determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione Puglia;
- approva i programmi annuali e triennali di attività, predisposti dal Direttore Generale, verificandone l'attuazione;
- fissa e assegna al Direttore Generale gli obiettivi annuali entro il 31 dicembre dell'anno precedente e ne verifica l'attuazione secondo i criteri introdotti dalla D.G.R. n. 3009/2012;
- nomina i componenti del Comitato Tecnico-Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;



- esprime parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio;
- esprime parere obbligatorio sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- svolge le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto ed esprime parere sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati.

3.6.6.10. Comitato Etico

Il Comitato Etico per le sperimentazioni cliniche dei medicinali è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei protocolli sperimentali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. L'indipendenza del Comitato Etico è garantita:

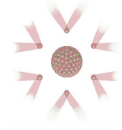
- dalla mancanza di un rapporto subordinato gerarchico del Comitato stesso nei confronti della struttura dell'Istituto;
- dalla presenza di personale non dipendente dell'Istituto, ad eccezione di quello ex officio;
- dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di un legame di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico.

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1227 del 04.07.2013, nel rispetto delle disposizioni del D.M. 8 febbraio 2013 emanato dal Ministro della Salute, gli IRCCS afferenti al Comitato Etico dell'IRCCS Istituto Tumori "G. Paolo II" (Area 5) sono i seguenti:

- Irccs Istituto Tumori Giovanni Paolo II Bari;
- Irccs "De Bellis" Castellana Grotte (Ba);
- Irccs Fondazione Casa Sollievo Della Sofferenza San Giovanni Rotondo;
- Irccs Fondazione Salvatore Maugeri Cassano Delle Murge (Ba);
- Irccs Fondazione Medea (Br).

3.6.6.11. Comitato Unico di garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è un nuovo organismo introdotto dall'art. 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010, che sostituisce i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge. L'unicità del CUG risponde all'esigenza di garantire maggiore efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni alle quali il nuovo organismo è preposto. Con deliberazione del Direttore Generale n. 471 del 24 agosto 2015 è stato recepito il Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le Parti Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Istituto. Con deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 26/09/2019 è stato pubblicato l'avviso di manifestazione di interesse per la designazione dei componenti titolari e supplenti del CUG.



3.6.6.12. Collegio Sindacale

I compiti del Collegio Sindacale non sono più limitati alla semplice revisione amministrativo-contabile, come avveniva nel passato, bensì sono anche volti a verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e gestionale. Ciò è testimoniato anche dal mutamento del proprio nome da Collegio dei revisori dei conti a Collegio sindacale.

Nella riunione di insediamento, si procede a verificare che i sindaci siano in possesso dei requisiti professionali previsti dalla legge, nonché ad accertare l'inesistenza di eventuali incompatibilità o possibili situazioni potenzialmente rilevanti per la valutazione dei profili di indipendenza.

L'Istituto ha provveduto alla nomina del Collegio Sindacale con deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 10 gennaio 2019.

3.6.6.13. Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.) è un organismo dell'Istituto con funzioni propositive e consultive, volto a dare ascolto e rilievo al punto di vista del cittadino-utente all'interno della Sanità.

E' infatti un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente. Il riferimento normativo cardine è il D.Lgs 502/92 e successive modificazioni.

E' definito misto in quanto composto sia da rappresentanti delle Associazioni di Volontariato ed Organismi di Tutela, sia da operatori interni all'Istituto.

Ai sensi della L.R. n. 25/2006 il Comitato Consultivo Misto svolge le seguenti funzioni:

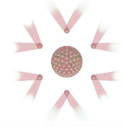
- Contribuisce alla programmazione dell'Istituto in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, proponendo strategie e strumenti per la tutela dei diritti dei cittadini e il miglioramento della qualità dei servizi;
- Verifica la funzionalità e la rispondenza dei servizi alle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

L'Istituto ha approvato il Regolamento per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto (CCM), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 252 del 04/05/2016; successivamente, in data 27 novembre 2019, si è preso atto dell'elezione delle cariche associative del Comitato Consultivo Misto – Ricostituzione del CMM dell'IRCCS "G. Paolo II, giusta deliberazione n. 1001 del 27/11/2019.

3.6.6.14. Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione svolge i seguenti compiti:

- concorre al governo delle attività cliniche dell'Istituto, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- concorre alla pianificazione delle attività dell'Istituto, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;



- esprime parere obbligatorio sull'Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- esprime parere obbligatorio sul Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.;
- esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

L'Istituto con deliberazione n. 572 del 13.11.2014 ha preso atto dei contenuti della Legge Regionale 17 ottobre 2014, n.43 "Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi degli articoli 3, comma1 quater e 17 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i." addivenendo alla:

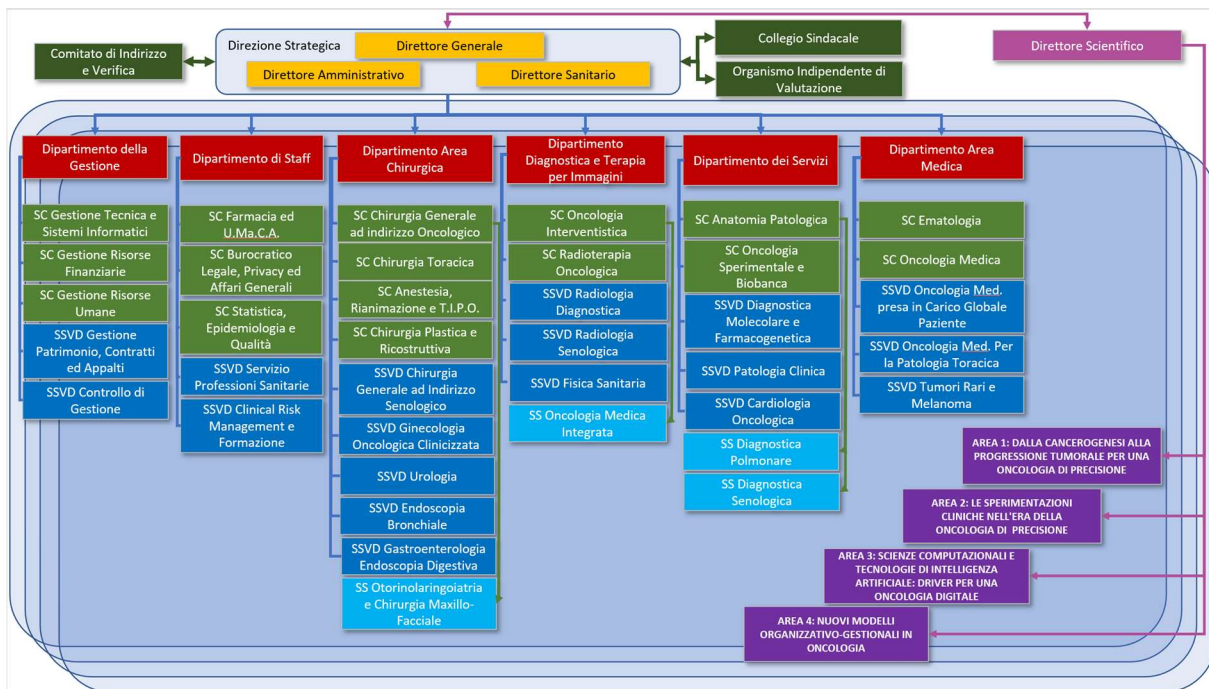
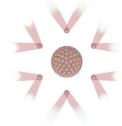
- Composizione del Collegio di Direzione dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II;
- Definizione delle Competenze ed al funzionamento del Collegio di Direzione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1012 del 03/12/2019 si è provveduto ad integrare la composizione del Collegio di Direzione con la figura del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) al fine di un idoneo coordinamento e controllo dei flussi informativi nonché della conoscenza specifica dei processi aziendali e dei rischi correlati al trattamento di dati personali.

3.6.7. Contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'organizzazione e della gestione operativa dell'Istituto e che influenza la struttura del rischio corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.

L'organizzazione aziendale è rappresentata, nel suo complesso, dal seguente organigramma:

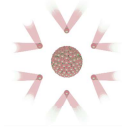


L'offerta dei servizi sanitari è articolata in quattro Dipartimenti di produzione:

- Dipartimento Area Chirurgica, costituito da:
 - n. 3 Strutture Complesse: Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, Chirurgia Toracica ed Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post Operatoria e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva;
 - n. 5 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico, Ginecologia Oncologica Clinicizzata, Urologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Endoscopia Bronchiale
 - n. 1 Struttura Semplice di Otorinolaringoiatria, Cervico e Maxillo-Facciale
- Dipartimento Area Medica, costituito da:
 - n. 2 Strutture Complesse: Ematologia e terapie cellulari, Oncologia Medica;
 - n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Oncologia Medica per la Patologia Toracica, Oncologia Medica per la presa in carico Globale del Paziente, Tumori Rari e Melanoma;
- Dipartimento dei Servizi, costituito da:
 - n. 2 Strutture Complesse: Anatomia Patologica ed Oncologia Sperimentale e Biobanca;
 - n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Patologia Clinica, Diagnostica Molecolare e Cardiologia ad Indirizzo Oncologico;
- Dipartimento della Diagnostica e Terapia per Immagini, costituito da:
 - n. 2 Strutture Complesse: Oncologia Interventistica (da cui dipende la Struttura Semplice di Oncologia Medica Integrata) e Radioterapia;
 - n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Radiologia Diagnostica, radiologia senologica e Fisica Sanitaria;

e due Dipartimenti di Supporto:

- Dipartimento della Gestione (amministrativo), costituito da:



- n. 3 Strutture Complesse: Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici (da cui dipende la Struttura Semplice di Ingegneria Clinica), l'Area Gestione Risorse Umane e l'Area Gestione Risorse Finanziarie;
- n. 2 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Area Gestione del Patrimonio, Appalti e Contratti e Controllo di Gestione.
- Dipartimento di Staff alla Direzione Strategica, costituito da:
 - n. 3 Strutture Complesse: Farmacia ed U.Ma.C.A., Epidemiologia e Statistica e Struttura Burocratico Legale, Affari Generali e Privacy;
 - n. 2 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale: Clinical Risk Management e Formazione e Servizio delle Professioni Sanitarie.

I servizi sanitari erogati sono sia di tipo ambulatoriale che di ricovero.

Di seguito alcuni dati sintetici sulla dotazione organica dell'Istituto al 31/12/2021:

- Dirigenza medica: 160 unità;
- Dirigenza non medica amministrativa: 5 unità;
- Dirigenza non medica professionale: 3 unità;
- Dirigenza non medica sanitaria: 22 unità;
- Personale del Comparto (amministrativo-tecnico-professionale-sanitario): 505 unità.

3.6.8. Mappatura processi

Nel rispetto di quanto disposto dalla Legge 190/2012 e dai P.N.A. approvati, l'Istituto ha proceduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "Risk Management - Principles and guidelines".

Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2021, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso apposita check-list e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di un sistema software centralizzato.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.

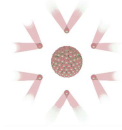
In particolare, sono state considerate le seguenti aree a rischio:

A) Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento

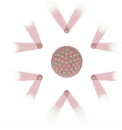


3. Requisiti di qualificazione
 4. Requisiti di aggiudicazione
 5. Valutazione delle offerte
 6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
 7. Procedure negoziate
 8. Affidamenti diretti
 9. Revoca del bando
 10. Redazione del cronoprogramma
 11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
 12. Subappalto
 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
- C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario. Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:
1. Contratti pubblici;
 2. Incarichi e nomine;
 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
 4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;
 5. Attività libero professionale e liste di attesa;
 6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
 7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
 8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2021 sono stati mappati ed analizzati 135 processi aziendali.

Per dettagli si rinvia al documento "Allegato 1 alla Sottosezione << Rischi Corruttivi e Trasparenza >>- Analisi dei rischi".

3.6.9. 10. Valutazione del rischio



La valutazione del rischio è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è prima identificato, poi analizzato ed infine confrontato con altri rischi per definire i livelli di priorità di intervento.

La gestione del rischio di corruzione è quindi lo strumento da utilizzare per la riduzione della probabilità che il rischio si verifichi, riducendo altresì l'impatto sia per l'organizzazione che per lo stakeholder.

La pianificazione, mediante l'adozione del piano della prevenzione della corruzione descritto nella presente sottosezione, è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

I risultati sullo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio, concretamente applicate dai Dirigenti delle Strutture interne aziendali, sono illustrate nel documento allegato "Allegato 3 alla Sottosezione << Rischi Corruttivi e Trasparenza >> - Stato attuazione misure".

L'intero processo di gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- Realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione e alla trasparenza, in un'ottica di realizzazione di un processo concreto di miglioramento continuo dell'attività dell'Istituto e non un mero aspetto burocratico;
- E' parte integrante del processo decisionale;
- E' un processo che si integra con processi di programmazione e gestione, il particolare con il Ciclo di Gestione delle Performance. Infatti, gli obiettivi individuati nel Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza per i Responsabili delle Unità Organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione e i relativi indicatori, sono collegati agli obiettivi da inserire nel Piano delle Performance. Ne consegue che, l'attuazione delle misure previste nel presente Piano è uno degli elementi di valutazione del personale Dirigente e del personale non dirigenziale.
- E' un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e possibilità di attuare gli interventi previsti;
- È un processo che implica l'assunzione di responsabilità. Il processo di gestione del rischio è un processo di analisi, diagnosi e trattamento che richiede un'attenta valutazione degli organi di indirizzo, dei dirigenti e del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- E' un processo che tiene conto di uno specifico contesto interno ed esterno e prevede il coinvolgimento dei portatori di interessi interni ed esterni;
- È ispirato al criterio della prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio di corruzione, basato sulla valutazione riferito alle eventuali disfunzioni organizzative e non sulla qualità dei singoli individui.

Le principali fasi che caratterizzano il processo di gestione del rischio, posso essere sintetizzate in quattro fasi fondamentali, come di seguito evidenziate, che hanno caratterizzato la predisposizione del presente Piano.

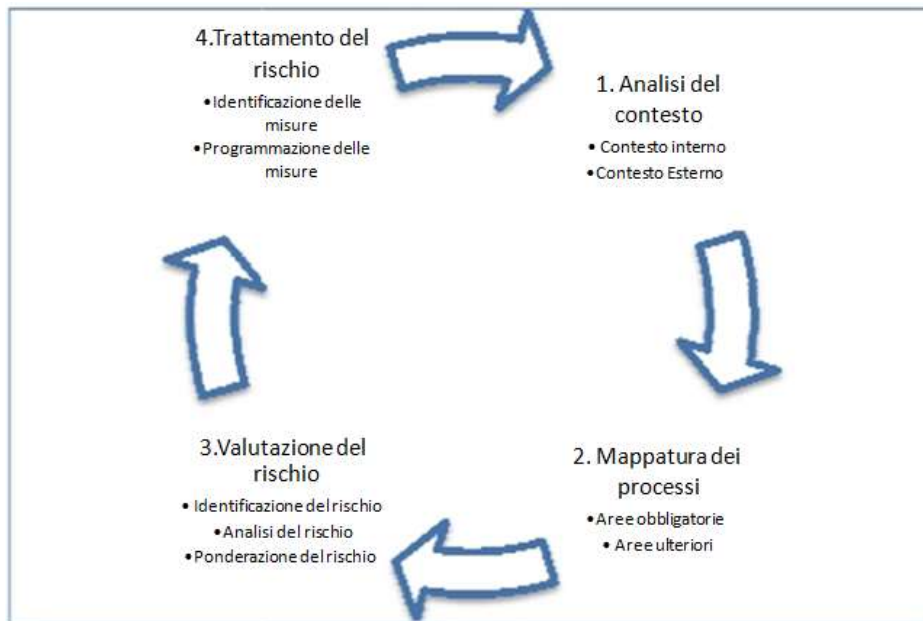
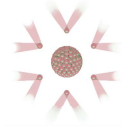


Figura 7 Fasi gestione del rischio

Sono stati utilizzati i criteri in termini di indici di “probabilità” e “impatto”, prendendo in considerazione i fattori abilitanti e moltiplicando i relativi fattori determinati dalla media della somma degli indici di valutazione della probabilità per la media della somma degli indici di valutazione dell’impatto.

Tale analisi del rischio riportata nell’”Allegato1-Analisi dei rischi” è stata effettuata con l’ausilio di una piattaforma web centralizzata dedicata al governo delle misure anticorruptive aziendali, consentendo un miglioramento qualitativo nella mappatura dei processi e delle misure di mitigazione dei rischi.

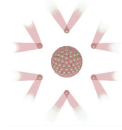
Nel corso del triennio 2022-2024 sarà gradualmente perfezionata la nuova metodologia di analisi del rischio quali-quantitativa prevista dalle nuove Linee guida ANAC allegata al PNA 2019.

Ciascun dirigente in qualità di Referente del RPCT ha provveduto altresì a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione (Allegato3-Stato attuazione misure).

L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dal gruppo di lavoro appositamente costituito con Delibera n. 57 del 23/01/2018, avente ad oggetto: “Legge 190/2012 avente ad oggetto: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”. Individuazione e nomina dei Referenti interni per la prevenzione della corruzione”, composto dal Direttore Generale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, i Direttori e Dirigenti Responsabili di Unità Operativa e i Referenti interni. Nella individuazione delle aree a rischio si è tenuto conto delle “Area di rischio obbligatorie” di cui all’art. 1 comma 16 della Legge 190/2012, nonché delle “Aree Generali” e delle “Aree di rischio specifiche” individuate nel PNA.

L’analisi preliminare condotta, coinvolgendo tutto il personale aziendale, ha consentito di:

- migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;
- modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;
- attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;
- modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.



Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo "ibrido" quali-quantitativo. Sono stati individuati i seguenti principali criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli
- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

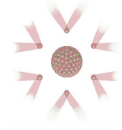
Con riferimento all'analisi del rischio e relativa rendicontazione delle misure di monitoraggio, sono allegati al presente Piano i seguenti documenti cui si rinvia:

- "Allegato 1 alla Sottosezione <<Rischi Corruttivi e Trasparenza>> - Analisi dei rischi"
- "Allegato 2 alla Sottosezione <<Rischi Corruttivi e Trasparenza>> - Priorità trattamento rischi"
- "Allegato 3 alla Sottosezione <<Rischi Corruttivi e Trasparenza>> - Stato attuazione misure"

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo, si è provveduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata:

Livello di rischio	Classificazione e identificazione del rischio
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell'effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L'Istituto deve adottare misure ulteriori di mitigazione.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di "rischio residuo", ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'amministrazione valutandone l'idoneità



e l'effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

Sono stati altresì considerati i "fattori abilitanti" ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli;
- Mancanza di trasparenza;
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- Scarsa responsabilizzazione interna;
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi;
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità;
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione;

3.6.10. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase cruciale del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasce:

- Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'adeguatezza delle misure di trattamento del rischio

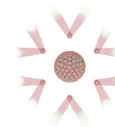
I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Nel corso dell'anno 2021, è stato effettuato un monitoraggio interno di I (Referenti) e II livello (RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.

Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico.

L'obiettivo della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio.

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene con frequenza semestrale attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni delle strutture aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l'analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali



scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio procede con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruptivo nel suo complesso.

3.6.11. Stato di attuazione delle misure

Da una lettura comparativa con i precedenti report si rileva un continuo miglioramento delle attività di prevenzione della corruzione svolte dall'Istituto ed una generalizzata attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruptivo "generali" e "specifiche".

In particolare, sono state rendicontate da ciascun Referente RPCT le misure di mitigazione del rischio corruptivo per ciascun processo a rischio, ivi compreso l'indicatore con relativo stato di avanzamento delle attività. Per dettagli si rinvia al report in allegato "Allegato 3 alla Sottosezione <<Rischi Corruptivi e Trasparenza>> - Stato attuazione misure".

Gli esiti complessivamente positivi del monitoraggio al 31 dicembre 2021, confermano l'adeguatezza della programmazione definita a monte, in termini di efficacia ed efficienza.

Le attività di sorveglianza svolte dal RPCT hanno contribuito ad identificare con maggiore precisione fasi, tempi e, in particolar modo, indicatori di attuazione (target), attraverso l'ausilio di procedure informatizzate.

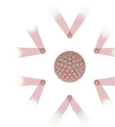
Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella Relazione annuale del RPCT (Allegato4-Relazione RPCT) per l'anno 2021, di cui all'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, pubblicata sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione - Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e risultati dell'attività svolta (<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-risultati-dell-attivita-svolta>).

3.6.12. Misure generali e specifiche

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure di prevenzione idonee a contrastare i rischi corruptivi. Gli interventi individuati tengono conto dell'analisi del contesto esterno, interno e degli esiti della mappatura dei processi effettuata nel 2021 e sono conformi alle misure previste dagli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'Istituto.

Di seguito l'elenco delle misure generali (MG) e delle misure specifiche (MS) definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:

Cod.	Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
MG-01	Inconferibilità e incompatibilità	SI

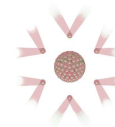


MG-02	Incarichi extra-istituzionali	SI
MG-03	Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
MG-04	Astensione per conflitto di interessi	SI
MG-05	Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
MG-06	Codice di Comportamento	SI
MG-07	Segnalazioni illeciti (whistleblowing)	SI
MG-08	Formazione del personale	SI
MG-09	R.A.S.A.	SI
MG-10	Gestore U.I.F.	SI
MG-11	Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	SI
MG-12	Patto di integrità	SI
MG-13	Trasparenza	SI
MS-01	Informatizzazione e dematerializzazione	SI
MS-02	Regolamentazione delle Sponsorizzazioni	SI
MS-03	Regolamentazione delle Sperimentazioni	SI
MS-04	Controllo attività conseguenti al decesso	SI
MS-05	Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
MS-06	Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
MS-07	Regolamentazione alienazione immobili	SI
MS-08	Certificazione bilancio di esercizio	SI

3.6.13. Inconferibilità e incompatibilità (MG-01)

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione con il Responsabile dell'Area Gestione Risorse Umane e con i Dirigenti/Responsabili delle Strutture competenti al conferimento degli incarichi, verifica che sia attuato il monitoraggio sull'insussistenza di ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi conferiti o da conferire, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013. L'accertamento avviene al momento del conferimento dell'incarico mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato allegata all'atto di conferimento pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora accertato, contesta all'interessato l'incompatibilità eventualmente emersa nel corso del rapporto e vigila affinché siano adottate le misure conseguenti. Il Responsabile della prevenzione, in collaborazione con l'Area Gestione Risorse Umane, verifica che sia attuato il controllo sulla sussistenza di eventuali precedenti



penali in capo ai dipendenti dell'Istituto o a soggetti, anche esterni a cui l'Istituto intende conferire l'incarico di membro di commissione di affidamento di commesse o di concorso di incarichi dirigenziali o di altri incarichi di cui all'art. 3 del D.lgs n. 39/2013.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione di autocertificazione resa dall'interessato conformemente a quanto previsto dall'art. 20 del D.lgs n. 39/2013.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Inconferibilità e incompatibilità	Attuata	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi.	100% Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni pervenute	Area Gestione Risorse Umane

3.6.14. Incarichi extra-istituzionali (MG-02)

L'Istituto, tramite apposito atto, definisce i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi di cui all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. nel rispetto di quanto stabilito dall'intesa raggiunta in sede di Conferenza unificata del 24 luglio 2013. In tale atto sono disciplinati i criteri di valutazione ai fini del conferimento dell'autorizzazione, la fattispecie non soggetta ad autorizzazione, le attività non autorizzabili in quanto incompatibili con l'impiego pubblico, la procedura di autorizzazione, l'apparato sanzionatorio e le ipotesi di sospensione e revoca dell'autorizzazione.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 362 del 15 giugno 2016, questo Istituto ha approvato l'aggiornamento del Regolamento recante norme di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, ai sensi del D.Lgs 165/2001 e s.m.i..

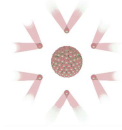
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Incarichi extra-istituzionali	Attuata	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale delle autorizzazioni rilasciate	100%	Area Gestione Risorse Umane- Tutti i Dirigenti

3.6.15. Incompatibilità successiva (MG-03)

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia preconstituito, durante l'attività lavorativa, situazioni da sfruttare a proprio vantaggio in ordine alla sua posizione all'interno dell'amministrazione, per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'Amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale, con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di



procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego.

I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del d.lgs. 39/2013, l'Istituto adotta le seguenti misure:

- nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Altresì è previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Pantouflage	Attuata	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	Area Gestione Risorse Umane

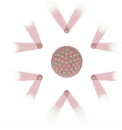
3.6.16. Astensione per conflitto di interessi (MG-04)

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della Legge 190/2012 che ha introdotto l'art. 6 bis nella Legge n. 241/90, rubricato: "Conflitto d'interesse", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

Il dipendente deve rilasciare le dichiarazioni in materia di conflitto di interesse in tre casi:

- 1) al momento dell'assunzione;
- 2) nel caso venga assegnato ad un diverso Ufficio;



3) ogniquale volta le sue condizioni personali si modifichino in modo tale da configurare un'ipotesi di conflitto di interesse.

A tal fine:

- È stabilito l'obbligo di astensione per il responsabile del procedimento e/o per il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale o atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- È previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

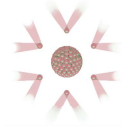
Inoltre, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento Generale (DPR 62/2013) e del Codice di Comportamento dell'Istituto, il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero, di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero, di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.

La segnalazione del conflitto d'interesse deve essere indirizzata al Dirigente Responsabile dell'Ufficio di appartenenza, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente da quell'incarico lo stesso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi un dirigente apicale, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sentito il parere degli organi di controllo interni. La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere oggetto di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profitto dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Istituto intraprende adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse. E' stata predisposta e adottata un'adeguata modulistica per la rilevazione di situazioni potenziali di conflitto d'interesse con particolare riferimento ai RUP, alle Sperimentazioni, ai componenti del Comitato Etico, alle Commissioni giudicatrici, ai componenti del CIV, al Collegio ed ai consulenti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
--------	------------------	------------	------------------	--------------



Conflitto interessi	Attuata	Numero di dichiarazioni verificate su numero di dichiarazioni rese nel semestre	100%	Area Gestione Risorse Umane - Tutti i Dirigenti
---------------------	---------	---	------	---

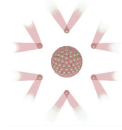
3.6.17. Rotazione del personale (MG-05)

In sanità l'applicazione del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite si presenta il problema della limitazione, all'interno dell'Istituto, di figure in grado di svolgere determinati e specifici compiti

Tenuto conto di quanto premesso, il soggetto competente alla nomina valuta le modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi a maggiore rischio di corruzione. Nel caso in cui si proceda all'applicazione del principio di rotazione si provvede a dare adeguata informazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. La rotazione deve essere attuata compatibilmente con la disponibilità di posti nell'organico dell'Istituto ed in considerazione della competenza professionale del personale; la rotazione non trova applicazione per le attività infungibili o altamente specializzate.

La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia. Già dal 2017, l'Istituto ha completato l'assetto organizzativo con l'assunzione di personale Dirigenziale, delle figure amministrative e professionale, nel rispetto dei posti vacanti e della normativa vigente, che hanno consentito di attuare:

- l'attuazione della "segregazione delle funzioni", come suggerito nel PNA 2016, Determina ANAC 831/2016, per alcuni processi decisione ad alto rischio. In particolare, il processo del ciclo degli acquisti è stato oggetto una profonda riorganizzazione attraverso la creazione di due strutture SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici e SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti e consentendo l'attribuzione delle responsabilità dei processi a due soggetti differenti e ben individuati;
- La ricostituzione dei processi e l'attribuzione delle responsabilità nel settore ha riguardato anche:
- la costituzione di una SS di Ingegnera Clinica, nell'ambito della SC Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici, con l'individuazione di un responsabile;
- l'istituzione all'interno della SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti della Posizione Organizzativa Appalti e Contratti.



In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

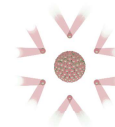
- affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore" al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- formazione graduale dei dipendenti coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Rotazione pluriennale	Da attuare	Adozione del regolamento sulla rotazione	SI	Area Gestione Risorse Umane - Tutti i Dirigenti
Rotazione pluriennale	Da attuare	Definizione del piano di rotazione pluriennale	SI	Area Gestione Risorse Umane - Tutti i Dirigenti
Monitoraggio rotazione	Da attuare	Monitoraggio semestrale sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	100% (2002-2024)	RPCT

3.6.18. Codice di Comportamento (MG-06)

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità. Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'Istituto, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.lgs n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 62/2014 ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell'Istituto e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Istituto.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a responsabilità disciplinare. Nel corso del 2018 si è provveduto a predisporre l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, previa condivisione con le OO.SS., approvato, previo parere vincolante dell'OIV, con deliberazione del Direttore Generale n. 684 del 26/07/2019, continuando con l'attività di diffusione dello stesso tra tutto il personale dipendente e non dell'Istituto.

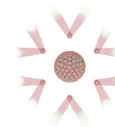


Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Codice di comportamento	Attuata	Attività di divulgazione e formazione del personale sul Codice di comportamento	100%	RPCT
Codice di comportamento	Attuata	Numero di dipendenti informati/formati su numero dipendenti in servizio	100%	Area Gestione Risorse Umane

3.6.19. Segnalazioni illeciti (MG-07)

La legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower). La norma tutela il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, impedendo che lo stesso possa essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad ogni tipo di discriminazione in ragione della denuncia. Il procedimento per la gestione delle segnalazioni ha come scopo precipuo quello di proteggere la riservatezza dell'identità del segnalante in ogni fase (dalla ricezione alla gestione successiva), anche nei rapporti con i terzi cui l'amministrazione o l'A.N.AC. dovesse rivolgersi per le verifiche o per iniziative conseguenti alla segnalazione. L'obiettivo del presente strumento, dunque, è quello di incoraggiare i dipendenti pubblici a denunciare gli illeciti di cui vengano a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro e, al contempo, a garantirne un'efficace tutela. E' opportuno inoltre evidenziare che con la Legge, 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017, il nostro legislatore ha introdotto nuove norme a tutela del dipendente che segnala illeciti. La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino. In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere per motivi collegati alla segnalazione, soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro. L'Istituto ha implementato una piattaforma informatica di segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti che permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni in forma del tutto anonima nel rispetto dei requisiti prescritti dalla Legge n.179/2017. Tale piattaforma é basata sul software GlobaLeaks e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (indirizzo pubblico <https://istitutotumorigiopianpaoloidibari.whistleblowing.it>).

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Segnalazione illeciti	attuata	Percentuale segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute	100%	RPCT



3.6.20. Formazione del personale (MG-08)

La formazione riveste un ruolo fondamentale nell'attività di prevenzione della corruzione, in quanto volta a diffondere la cultura della legalità e dell'integrità. Tale importanza è stata chiaramente evidenziata dal nostro Legislatore nell'art 1 commi, 5, 8, 9, 10, 11 dalla Legge 190/2012, avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" imponendo l'obbligo alle pubbliche amministrazioni di adottare percorsi formativi specifici nell'ambito della prevenzione della corruzione rivolti a tutto il personale.

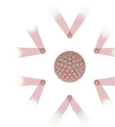
La formazione è lo strumento principale per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo. In generale sono previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

- 1) Formazione generale. E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.
- 2) Formazione specifica. E' rivolta al Responsabile della Prevenzione e Trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio sulle politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione della corruzione.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazione
Formazione sul Codice di comportamento	Attuata	Numero corsi erogati annualmente	1 evento all'anno	RPCT Ufficio Formazioni

3.6.21. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (MG-09)

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 16/01/2018 avente ad oggetto "Nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)" è stato individuato un dipendente Titolare di posizione organizzativa Appalti e Contratti, facente parte dalla SSD Appalti e Contratti, il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti	Attuata	Presenza nomina formale del RASA	SI	RPCT

3.6.22. Gestore segnalazioni UIF (MG-10)

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'Istituto ha provveduto alla nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria), giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 23 aprile 2021.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022	Responsabile
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare entro il 30/06/2022	Adozione regolamento	SI	Gestore antiriciclaggio
Regolamento misure antiriciclaggio	Da attuare nel triennio	Attuazione regolamento	SI (2022-2024)	Gestore antiriciclaggio

166

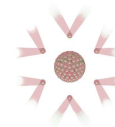
3.6.23. Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna (MG-11)

L'articolo 35 bis nel d.lgs. n. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

Al fine di effettuare apposito monitoraggio diretto ad accertare la sussistenza di eventuali fattispecie innanzi dette e dare attuazione alle richiamate disposizioni, l'Area Gestione Risorse Umane effettua i controlli d'ufficio "generalizzati", nei casi sopra elencati, con riferimento a:

- avvio di procedimenti penali per condotte riferibili ai reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale;
- eventuali misure cautelari restrittive della libertà personale;
- di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice penale.



Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Controlli presenza procedimenti penali o misure cautelari	Attuata	Controlli annuali a campione su dipendenti	SI (almeno il 20% sul totale)	Area Gestione Risorse Umane
Acquisizioni autodichiarazioni	Attuata	Numero di Dichiarazioni acquisite su numero di commissari di gara nominati	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

3.6.24. Patto di integrità (MG-12)

I patti di integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione rappresenta il presupposto necessario e condizionante per la partecipazione a procedure di gara.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco finalizzato alla prevenzione del fenomeno corruttivo ed alla valorizzazione di comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Istituto adotta un patto di integrità prevedendo l'obbligo da parte degli operatori economici di produrre lo stesso, debitamente sottoscritto, in sede di partecipazione alle gare, con riferimento a tutte le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, a prescindere dall'importo dell'appalto.

167

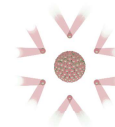
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Patto di integrità	Attuata	Patti di integrità sottoscritti sul totale delle gare appaltate	100%	Area Patrimonio Appalti e Contratti Area Gestione Tecnica

3.6.25. Informatizzazione processi e monitoraggio procedimenti (MS-01)

Informatizzazione

Un aspetto di rilievo sostanziale nella prevenzione del rischio di corruzione riguarda l'informatizzazione dei processi e la gestione informatica del patrimonio informativo dei dati prodotti dalla Pubblica Amministrazione.

Il Codice dell'Amministrazione Digitale contiene una puntuale disciplina su questi aspetti. "... Le pubbliche amministrazioni nell'organizzare autonomamente la propria attività utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per la realizzazione degli obiettivi di efficienza, efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, semplificazione e partecipazione nel rispetto dei principi di uguaglianza e di non discriminazione, nonché per l'effettivo riconoscimento dei diritti dei cittadini e



delle imprese ..." (art. 12). "... Le Pubbliche Amministrazioni gestiscono i procedimenti amministrativi utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Per ciascun procedimento amministrativo di loro competenza, esse forniscono gli opportuni servizi di interoperabilità e cooperazione applicativa, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 12, comma 2. 2." (art. 41).

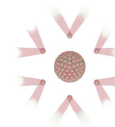
Il Sistema Informativo dell'Istituto si avvale dei numerosi strumenti e servizi ICT che, opportunamente integrati con gli applicativi verticali di supporto ai processi di lavoro (Protocollo, Gestione Delibere e Determinazioni, Gestione documentale, PEC, Firma digitale elettronica, cartella clinica informatizzata, sistema contabile interoperabile, gestione ordine elettronico NSO) consentono la completa dematerializzazione di tutti i documenti in entrata, in gestione, in uscita, nonché del patrimonio informativo aziendale.

Altresì, in conseguenza degli obblighi imposti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale dal Piano della Sanità Digitale, questo Istituto ha adottato il proprio Piano di Transizione dei Sistemi Informativi Sanitari (clinici e amministrativi) nel "cloud computing" della Regione Puglia ex DGR Puglia n. 1803 del 16 ottobre 2018, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 05 febbraio 2019.

Infine, l'Istituto ha aderito al Contratto Quadro, stipulato in data 08 novembre 2017 tra Consip SpA e la RTI aggiudicataria per il lotto 5, ove sono previsti una serie di interventi di manutenzione evolutiva delle piattaforme tecnologiche sanitarie aziendali, ivi compresa l'implementazione di un sistema integrato gestionale del Ciclo Ambulatoriale con la sostituzione dell'attuale Cartella Ambulatoriale e Repository clinico, con migrazione ad un nuovo sistema informativo CUP di prenotazione delle prestazioni sanitarie. L'Istituto ha quindi aderito al Contratto Quadro e approvato il Progetto Esecutivo del RTI con deliberazione del Direttore Generale n. 349 del 24 aprile 2019.

Nel corso dell'anno 2021 è stato individuato il Responsabile della Transizione al Digitale con deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 25 gennaio 2021 e sono stati affidati i servizi specialistici di virtualizzazione, tramite SPC Cloud Lotto 1, alla RTI Telecom-HP-Postel, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 545 del 15/10/2021. Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista pertanto l'implementazione di una infrastruttura iperconvergente sulla quale ospitare tutte le postazioni di lavoro virtualizzate ed il sistema di archiviazione di tutte le immagini diagnostiche oltre che ad un'infrastruttura di archiviazione in "cloud".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2022	Attivazione infrastruttura iperconvergente Integrazione RIS-PACS, LIS con il sistema di Cartella Clinica Elettronica Storage secondario	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2023	Attivazione archivi elettronici di immagini diagnostiche in formato raw (RIS-PACS-Digital Pathology-Omica)	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato	Integrazione archivi immagini con dati clinici strutturati della Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale con i dati	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici



	entro il 31/12/2023	destrutturati dei referti a testo libero e delle immagini, anche retrospettivamente		
Digitalizzazione e informatizzazione processi	In fase di attuazione Avvio stimato entro il 31/12/2024	Utilizzo infrastruttura informatica per la produzione di algoritmi di Machine Learning e Deep Learning con pubblicazione dati scientifici	SI	Area Gestione Tecnica e Servizi informatici

Procedimenti amministrativi

Con riferimento al monitoraggio dei tempi procedurali è stata rilevata la necessità di aggiornare ed uniformare le schede di rilevazione dei procedimenti amministrativi ex art. 35 del d.lgs 33/13 pubblicate sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Tale attività di aggiornamento si ritiene fondamentale sia ai fini della pubblicazione obbligatoria dei procedimenti sia per il monitoraggio interno.

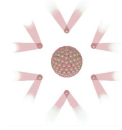
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Mappatura procedimenti amministrativi con schede di rilevazione aggiornate	Da attuare entro il 31/12/2022	Numero di schede pervenute su numero totale di schede degli uffici titolari di procedimenti	100% (2022)	Tutti i Dirigenti amministrativi
Analisi delle schede pervenute	Da attuare entro il 31/12/2023	Elaborazione della relazione di monitoraggio finale	100% (2023)	RPCT
Pubblicazione procedimenti amministrativi aggiornati	Da attuare entro il 31/12/2022	Schede pubblicate rispetto al totale delle schede validate	100%	Tutti i Dirigenti amministrativi

3.6.26. Sponsorizzazioni (MS-02)

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra l'Istituto e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30 gennaio 2019, è stato approvato il Regolamento per la disciplina delle Sponsorizzazioni.

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l'Istituto intende avviare l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" sulla base della modulistica Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:



- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- Quinta Sezione - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni potranno essere acquisite per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

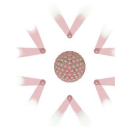
Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Dichiarazioni pubbliche di interessi	Da attuare entro il 31/12/2022	Dichiarazioni controllate sul totale delle dichiarazioni acquisite durante l'anno	100%	RPCT

3.6.27. Sperimentazioni (MS-03)

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'Istituto, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazioni possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla Legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e non profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

L'Istituto è altresì consapevole che la gestione dei proventi derivanti da tale attività può essere di rilevante, tale da indurre a ritenere tale Area ad alto rischio corruttivo. Pertanto l'Istituto al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e di studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto, si è dotato di un apposito Regolamento in materia di Sperimentazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 28/04/2017, che disciplina tutta l'attività di gestione della sperimentazione, a cui si affiancano procedure di controllo miranti a verificare situazioni di possibili conflitti di interesse, che nel corso del triennio 2022-2024 si prevede di potenziare. Inoltre, è opportuno evidenziare che l'Istituto ha anche regolamentato l'attività del Comitato Etico.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamento sulle Sponsorizzazioni	Attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT



3.6.28. Attività conseguenti al decesso (MS-04)

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampiamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. L'Istituto consapevole di tale rischio ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Affissione elenco ditte onoranze funebri	Attuata	Presenza elenco ditte presso i locali obitorio	SI	RPCT

3.6.29. Donazioni e comodati d'uso (MS-05)

L'Istituto pone molta attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'organizzazione con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni. Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi sul sito dell'Istituto;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito dell'Istituto.

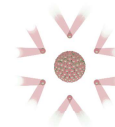
L'Istituto ha altresì adottato uno specifico Regolamento per le donazioni e comodati giusta deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 26 luglio 2019.

Nell'ambito delle donazioni, l'Istituto ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall' art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamento sulle Donazioni	Attuata	Monitoraggio sull'applicazione del Regolamento	SI	RPCT

3.6.30. ALPI e Liste di attesa (MS-06)

Il processo in oggetto rappresenta uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario. L'Istituto ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio della Libera Professione, giusta deliberazione n.100 del 25/02/2009. L'Istituto prevede l'applicazione di specifiche misure di mitigazione dei rischi tra cui:



- Procedura che consente il monitoraggio continuo tra l'attività svolta in ALPI e quella Istituzionale;
- Procedura che consente il controllo dell'attività effettivamente svolta rispetto a quella prenotata;
- Procedura che consente la pubblicazione delle Liste d'attesa sul sito dell'Istituto e il suo periodico aggiornamento;
- Procedura di incrocio dei dati dei ricoveri, ALPI e Liste d'Attesa.

Altresì, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 703 del 03 dicembre 2021, è stato nominato il nuovo Responsabile Unico aziendale delle liste di attesa (RULA) con una serie di importanti compiti tra cui l'aggiornamento continuo del registro in cui sono riportati i volumi, i tempi di attesa ed ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'art. 1 della Legge Regionale n. 13 del 28/03/2019 "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità".

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Regolamenti ALPI e Liste di attesa	attuata	Monitoraggio continuo ALPI/Liste d'attesa	SI	RULA

3.6.31. Alienazione immobili (MS-07)

L'Istituto, oltre agli obblighi di trasparenza già previsti dal D.lgs 33/2013, relativi alla pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili, prevede l'adozione un apposito Regolamento che disciplini le procedure di dismissioni di tali beni, nonché la possibilità della gestione informatizzata del libro cespiti. Tale attività sarà subordinata al completamento dell'attività di rilevazione fisica e successiva inventariazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto.

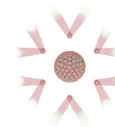
In particolare, già dal mese di gennaio 2018, sono state avviate le attività di rilevazione ed inventariazione dei beni presenti nell'Istituto le cui attività si sono concluse attraverso una gestione informatizzata del libro cespiti.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Procedure dismissioni beni immobili	Da attuare entro il 31/12/2023	Adozione Regolamento	SI	Area Patrimonio

3.6.32. Certificazione bilancio di esercizio (MS-08)

Nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, l'Istituto ha avviato tutte le procedure finalizzate ad ottenere la certificazione del proprio bilancio d'esercizio, giusta Deliberazione del Direttore Generale del 28.09.2012 n. 24 avente ad oggetto: "Deliberazione della Giunta Regionale 30 maggio 2012, n. 1060 ad oggetto "Piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione del bilanci della aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli IRCCS pubblici ai sensi dell'art. 11 del Patto per la Salute di cui all'Intesa CRS del 03.12.2009 e L.R. 2/2011".

Come conseguenza sono stati definiti i Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC) per le aziende del SSR, che hanno consentito l'avvio di tutte le attività propedeutiche. In particolare, la Regione Puglia - Area Finanza e Controlli – Servizio Controlli, con nota prot. AOO_170/000354 del 21 maggio 2015,



acquisita al protocollo dell'Istituto n. 10934 del 25 maggio 2015, avente ad oggetto: "Percorso Attuativo di Certificabilità degli Enti del SSR giusto Decreto Ministero della Salute – Economia e Finanze del 01 marzo 2013" con la quale la Regione Puglia ha chiesto a questo Istituto di partecipare al progetto di revisione volontaria del bilancio dell'IRCCS per il triennio 2014-2016 secondo la proposta presentata dalla Mazars Spa (ora BDO Italia Spa), componente della RTI aggiudicatario del Lotto n. 3.

Tale proposta, accettata dalla Direzione Strategica ha consentito di ottenere la Certificazione del Bilancio d'esercizio da parte della Mazars Spa (ora BDO Italia Spa) a partire dell'anno 2014, permettendo all'Istituto di essere la prima azienda del servizio sanitario regionale ad aver ottenuto la certificazione dei propri bilanci.

Sempre tra le attività prevista dai PAC nel corso del 2017, con delibera 304 del 30.05.2017 è stato adottato il provvedimento, avente per oggetto: "Adozione Manuale Amministrativo - Contabile dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS di Bari", con il quale sono stati personalizzati tutti i processi amministrativi con la collaborazione di tutti i dirigenti delle Aree gestionali Aziendali. In particolare, con ultima deliberazione del Direttore Generale n. 562 del 15 luglio 2020, si è dato atto dell'avvenuta certificazione del bilancio d'esercizio per l'anno 2019.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 997 del 31 dicembre 2020, si è provveduto ad approvare le integrazioni al Bilancio preventivo economico 2021 e al Bilancio pluriennale 2021-2023, alla luce delle indicazioni pervenute dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

Infine, nel corso dell'anno 2021, si è provveduto all'adozione delle seguenti deliberazioni:

- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 463 del 14 settembre 2021 avente ad oggetto: "Certificazione Bilancio d'Esercizio 2020 - Presa d'atto della relazione della Società di Revisione";
- Deliberazione del Commissario Straordinario n. 364 del 29 luglio 2021 avente ad oggetto: "Bilancio d'Esercizio 2020".

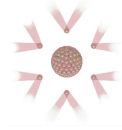
173

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Percorso Attuativo Certificabilità dei Bilanci	Attuata	Osservanza Manuale delle Procedure amministrativo-contabili	SI	Area Gestione Risorse Finanziarie

3.6.33. Benessere organizzativo

L'Istituto ha previsto nel corso degli ultimi anni dei percorsi legati al miglioramento del benessere organizzativo dei propri dipendenti attraverso una solida collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Queste attività possono avere un impatto anche in termini di maggiore integrità delle azioni svolte dal personale dell'Istituto che trovano il fondamento sulla ricerca del maggior benessere sul posto di lavoro.

Misura	Stato attuazione	indicatore	Target 2022-2024	Responsabile
Benessere organizzativo	attuata	Monitoraggio continuo benessere organizzativo	SI	CUG



3.6.34. Azioni di coinvolgimento della società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione è necessario garantire il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza per l'attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza.

Risponde a questa esigenza la pubblicazione on-line dell'avviso pubblico di aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In senso innovativo, per rendere partecipe l'utenza dei risultati raggiunti, è istituita la Giornata della Trasparenza, organizzata con il coordinamento del RPCT.

Gli strumenti sviluppati e attualmente utilizzati per consentire la diffusione sono inoltre:

- Sito dell'Istituto sezione "News e Comunicazioni": <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>
- Sezione del sito dedicata alla Trasparenza <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>.

3.6.35. Emergenza epidemiologica Covid-19

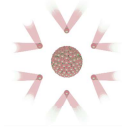
In concomitanza con la dichiarazione di emergenza epidemiologica da Covid-19, l'Istituto ha proseguito le proprie attività istituzionali, adottando procedure aziendali per lo smart working, come da disposizioni governative. In particolare, con deliberazione del Direttore Generale n. 230 del 11/03/2020, è stato approvato il Regolamento per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria Covid-19, in attuazione dell'art. 2 c.1 lett. r) del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020.

Nell'ambito degli appalti, l'Istituto ha preso atto del documento ANAC, pubblicato in data 30 aprile 2020, contenente la "ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento". Con il predetto documento, l'ANAC ha inteso fornire un quadro delle vigenti disposizioni acceleratorie e di semplificazione in tema di procedure per l'aggiudicazione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, al fine di agevolare le Stazioni appaltanti che ritenessero comunque necessario procedere ad approvvigionamenti nella difficile situazione di emergenza sanitaria in corso.

Altresì, il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito in legge 11 settembre 2020 n. 120, ha costituito un ulteriore intervento organico volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi, all'eliminazione e alla velocizzazione di adempimenti burocratici, alla digitalizzazione della pubblica amministrazione.

L'Istituto, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 540 del 11 ottobre 2021, ha provveduto all'aggiornamento della composizione del Nucleo Operativo Aziendale (NOA-CovidVacc) e sono stati intensificati i controlli interni con particolare riferimento a:

- acquisizioni servizi e forniture DPI in emergenza
- attività di sanificazione



- servizio di smaltimento rifiuti

Sulla Gazzetta ufficiale n. 305 del 24 dicembre 2021 è stata pubblicata la delibera ANAC 24 novembre 2021, n. 733 avente ad oggetto "Schema di disciplinare di gara - Procedura aperta telematica per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo. (Bando-tipo n. 1/2021)". In attuazione dell'articolo 213, comma 2 del Codice dei contratti l'ANAC ha deciso di adottare un bando tipo per procedura aperta, svolta totalmente con sistemi telematici, per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo così perseguendo l'obiettivo di fornire alle stazioni appaltanti uno strumento a garanzia di efficienza, standard di qualità dell'azione amministrativa e omogeneità dei procedimenti.

L'Istituto ha pertanto adeguato le procedure interne con particolare riferimento a quanto segue:

- adeguamento al Bando Tipo n. 1/2021
- semplificazioni in materia di contratti pubblici ed edilizia;
- semplificazioni procedurali e responsabilità;
- misure di semplificazione per il sostegno e la diffusione dell'amministrazione digitale;
- semplificazioni in materia di attività di impresa, ambiente e green economy.

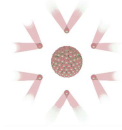
3.6.36. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questo Istituto, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 23168 del 16 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- a. Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- b. Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- c. Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- d. Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

3.6.37. Trasparenza amministrativa (MG-13)



La trasparenza costituisce uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione ed è intesa come "accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni" con lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'Istituto si impegna a dare attuazione agli adempimenti di trasparenza previsti dal D.lgs n., 33/2013 e s.m.i. attraverso l'utilizzo di una piattaforma web ospitata dal Portale della Salute, gestito dalla società in-house regionale InnovaPuglia, che ospita tutti i siti istituzionali di aziende ed enti del SSR pugliese.

La tabella in allegato denominata "Allegato5-Obblighi_publicazione" individua gli obblighi di trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013, così come modificati dal D.lgs 97/2016, applicabili all'Istituto e riporta i soggetti competenti della trasmissione e pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

In particolare, nell'allegato di cui sopra:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.
- sono identificati le strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono riportate le tempistiche di aggiornamento richieste in base all'obbligo previsto.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è assegnato un ruolo di regia e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, svolgendo un'attività di controllo per assicurare, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul sito internet istituzionale.

L'Istituto ha previsto l'inserimento del rispetto degli adempimenti di trasparenza nell'ambito degli obiettivi aziendali di budget in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi pubblici erogati.

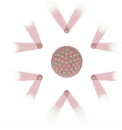
Gli Uffici e le Strutture aziendali cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

L'Istituto dà attuazione alle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi di cui alla Legge n. 241/1990 e s.m.i., mediante l'individuazione per ciascun tipo di procedimento del termine entro cui deve concludersi e dei soggetti competenti a fornire riscontro alle istanze dei cittadini, responsabili del procedimento e titolare del potere sostitutivo.

Nella sottosezione di secondo livello "Altri contenuti-Dati ulteriori" possono essere ospitati, ai sensi degli art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 i dati, le informazioni e i documenti ulteriori che l'Istituto non ha l'obbligo di pubblicare, ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili a nessuna delle sottosezioni previste dall' "Allegato5-Obblighi_publicazione".

Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;



- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.

3.6.38. Accesso Civico semplice e generalizzato

L'Istituto consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati detenuti dallo stesso, sia che questi siano oggetto pubblicazione prevista dalla normativa vigente e sia che si tratti di documenti, informazioni o dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, ai sensi del decreto 33/2013 e s.m.i.. 4.

Nei casi in cui l'Istituto abbia omissa la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile della trasparenza dell'Istituto.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della Trasparenza provvederà, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il Responsabile della Trasparenza richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

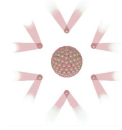
Nel caso di ritardo o di mancata risposta l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Nel caso di silenzio dell'Amministrazione il richiedente potrà proporre ricorso al giudice amministrativo entro 30 giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi ai sensi dell'art. 5 bis del D.lgs 33/13. Sono escluse da detta facoltà i casi di:

- segreto di Stato;
- la sicurezza nazionale;
- la difesa e le questioni militari;
- le relazioni internazionali;
- la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato; f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- il regolare svolgimento di attività ispettive.

Non è possibile effettuare l'accesso generalizzato in presenza di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.



La suddetta facoltà di accesso è altresì esclusa nel caso in cui il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati quali:

- protezione dei dati personali;
- libertà e segretezza della corrispondenza;
- interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti Uffici:

- all' Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- all' Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- ad altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Nel caso in cui l'accesso generalizzato possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Istituto ne darà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione). Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso generalizzato. Decorso tale termine, l'Istituto provvederà sulla richiesta di accesso generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

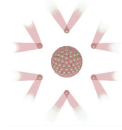
Il procedimento di accesso generalizzato si conclude con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato. In caso di accoglimento, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Nel caso in cui l'accesso sia consentito nonostante l'opposizione del controinteressato, i dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato.

E' stata istituita la sotto-sezione "registro degli accessi" nell'apposita sezione dell' "Amministrazione Trasparente", regolarmente alimentato dall'anno 2018.

L'Istituto con delibera n. 745 del 23 novembre 2017 avente ad oggetto: "Regolamento Accesso agli Atti e disciplina dell'Accesso Civico", ha adottato un apposito Regolamento e la relativa modulistica nel rispetto della normativa vigente.

3.6.39. Trasparenza e Privacy

Alla luce delle disposizioni contenute nel Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) e nel Codice in



materia di protezione dei dati personali, così come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, il trattamento dei dati personali è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento o da atti amministrativi generali (modifiche apportate al Codice con il d.l. 8 ottobre 2021, n. 139).

In ossequio ai principi applicabili al trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (proporzionalità, pertinenza e non eccedenza), è necessario valutare se la finalità di trasparenza e di diffusione può essere perseguita senza divulgare dati personali o adottando modalità che permettano di identificare gli interessati solo quando è necessario (limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati).

Nell'ambito della pubblicazione dei dati in Albo pretorio on-line e in Amministrazione Trasparente, l'Istituto assicura il rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, esattezza, integrità, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità del trattamento.

Con riferimento ai rapporti fra il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) e il Responsabile della protezione dei dati - RPD, figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39), occorre considerare le previsioni normative considerando, che il RPCT è scelto fra personale interno diversamente dal RPD che può essere individuato in una professionalità interna o esterna sulla base di un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679).

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD/DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni.

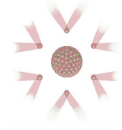
Di seguito si riportano i principali provvedimenti adottati dall'Istituto, in materia di protezione di dati personali:

1. Nomina del Responsabile della Protezione dei dati (DPO/RPD) con deliberazione del Direttore Generale n. 395 del 24 maggio 2018 (privacy@pec.oncologico.bari.it);
2. Adozione Regolamento interno di attuazione del Regolamento UE 2016/679 giusta deliberazione del Direttore Generale n. 795 del 12 ottobre 2018;
3. Costituzione del Gruppo di Lavoro Privacy, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1020 del 03 dicembre 2019;
4. Adozione di Linee guida Privacy per il trattamento di dati personali a scopo di ricerca scientifica, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1100 del 27 dicembre 2019;
5. Predisposizione di Linee guida per Sponsor/Promotori nell'ambito del monitoraggio da remoto per finalità di Source Data Verification negli Studi Clinici.

4. Sezione Organizzazione e Capitale Umano

4.1. Sottosezione Organizzazione

4.1.1. Il modello organizzativo



L'assetto dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, quale Istituto pubblico di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, prevede la suddivisione delle funzioni organizzative di:

- Indirizzo e controllo:
 - Comitato di Indirizzo e Verifica;
 - Collegio sindacale;
 - Organismo Indipendente di Valutazione;
- Management Gestionale Strategico
- Management Gestionale Scientifico
- Management Gestionale Operativo.

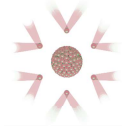
La funzione di "Indirizzo", oltre che:

- dalle norme nazionali e regionali che regolano l'assistenza sanitaria dei SSN/SSR;
- dalle indicazioni che in materia assistenziale provengono dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale al settore;
- dalle indicazioni che in materia di ricerca scientifica provengono dagli uffici ministeriali,

ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), il quale ha il "compito di definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività dell'Istituto stesso, assegnare al Direttore Generale gli obiettivi annuali di salute e assistenziali, assicurare la coerenza dei predetti indirizzi, programmi e obiettivi con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con le risorse assegnate dallo Stato e dalle regioni."

Le funzioni di "Controllo", vengono svolte da organi ed organismi specificamente competenti per ambiti:

- Strategico: sempre ai sensi del comma 5 dell'art. 4 della L.R. n. 17/2017 è svolta dal **Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.)**, il quale ha il compito di "verificare la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'istituto rispetto agli indirizzi strategici, ai programmi annuali e pluriennali di attività e agli obiettivi predeterminati di cui al precedente punto;
- sulla Gestione economica, finanziaria e patrimoniale: ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs n.288/2003 - che si applica, in concreto, anche agli Istituti non trasformati per l'espresso richiamo a tale norma effettuato dall'articolo 13 (Collegio sindacale) dello schema-tipo del Regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS non trasformati (Atto di Intesa Stato-Regioni del 1° luglio 2004) - è attribuita al **Collegio Sindacale**, il quale per l'articolo 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992, deve:
 - *verificare l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;*
 - *vigilare sull'osservanza della legge;*
 - *accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettuare periodicamente verifiche di cassa.*
- sulla Performance: ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, è l'Organismo Indipendente di Valutazione, nominato dalla Direzione dell'Istituto che "monitorea il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi";



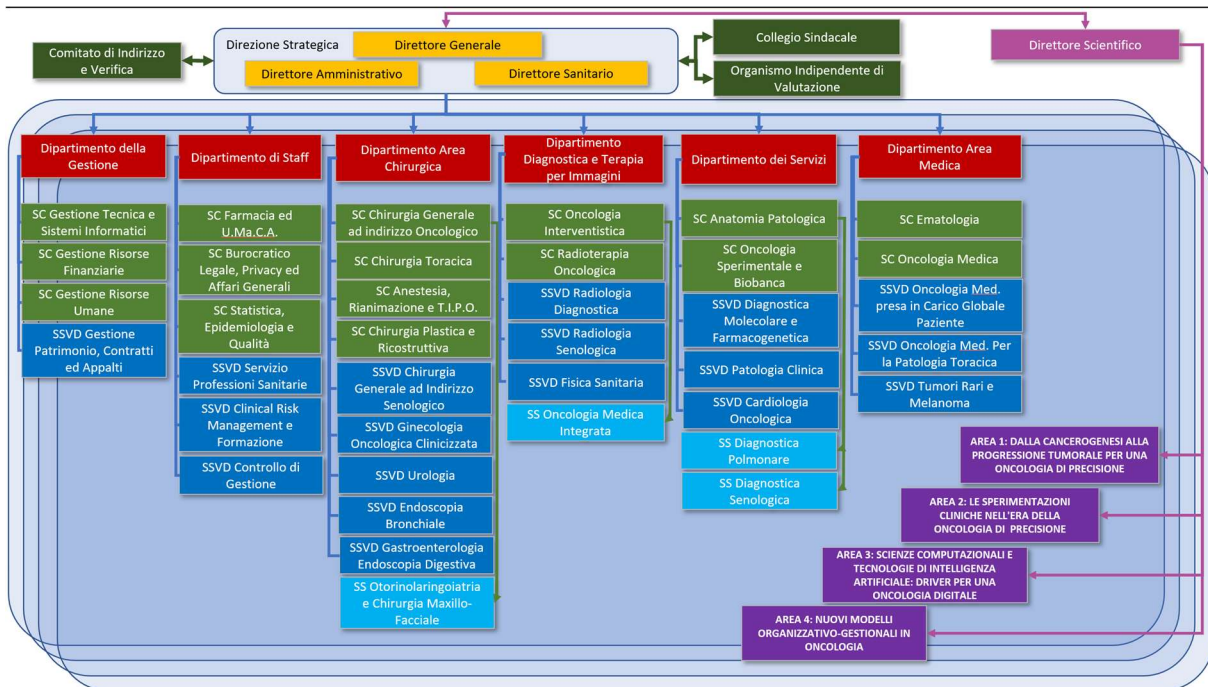
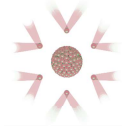
La funzione di **“Management gestionale strategico”**, ai sensi dell’art. 5 della L.R. n. 17/2017 “Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia” conferisce, al Direttore Generale le funzioni di gestione ordinaria e straordinaria dell’istituto dovendo questi assicurare *“la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e i programmi stabiliti dal Consiglio di indirizzo e verifica nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria”*. In tale compito, ai sensi dell’art. 6 della L.R. n. 17/2017, il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo, posto alla direzione dei servizi amministrativi dell’Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo di legittimità degli atti relativi alle materie di competenza, e da un Direttore Sanitario, posto alla direzione dei servizi tecnico-scientifici dell’Istituto, che fornisce parere obbligatorio sul profilo tecnico degli atti relativi alle materie di competenza.

La funzione di **“Management gestionale scientifico”**, ai sensi dell’art. 7 della L.R. n. 17/2017 “Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia” è assolta dal Direttore Scientifico, il quale promuove e coordina l’attività di ricerca scientifica dell’Istituto e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di indirizzo e verifica nonché in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia. presiede il Comitato tecnico-scientifico ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti inerenti le attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l’utilizzo del personale medico e sanitario non medico.

L'IRCCS, in ottemperanza al principio che il cittadino è al centro del sistema, organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario ed irrinunciabile di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni di prevenzione, diagnostica, terapia e riabilitazione nel campo dell'Oncologia.

Le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento si ispirano al principio di separazione delle funzioni di indirizzo e verifica, da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze finalizzate all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale.

Le funzioni di **“Management gestionale tecnico-operativo”** sono pertanto organizzate in **6 Dipartimenti** che, come noto, rappresentano il **modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del servizio sanitario nazionale** con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico, **costituiti da strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale**, omogenee, omologhe, affini e complementari, che **perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.**



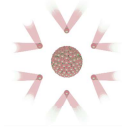
Già dall'anno 2017 l'Istituto ha subito un mutamento organizzativo per effetto dal completamento delle attività di trasferimento delle Unità Operative dall'Asl Bari, Delibera di Giunta Regionale n. 895 del 22/06/2016 avente ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" con la quale è stato disposto il trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II". Le attività di trasferimento sono terminate nel mese di settembre 2017 e l'Istituto ha preso atto del nuovo assetto produttivo con la modifica organizzativa specificata nel nell'Atto Aziendale adottato con Delibera n. 798 del 13/12/2017, avente ad oggetto: "Atto Aziendale – Adozione".

Successivamente, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale n. 918 del 5/11/2019, l'Istituto ha provveduto a rimodulare l'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione di n. 16 Strutture Complesse (SC) e n. 23 Strutture Semplici (SS) e Semplici a valenza dipartimentale (SSD), in attuazione di quanto disposto con DGR del 3 luglio 2019 n. 1195 "Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017. Modifica ed integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero".

La Direzione Strategica dell'Istituto, con nota n. 24325 del 23 dicembre 2020, ha poi disposto un'ulteriore ridefinizione dell'assetto organizzativo prevedendo l'istituzione della Struttura Semplice a valenza dipartimentale "Controllo di Gestione", da collocare all'interno del Dipartimento di Staff nonché la contemporanea dismissione della Struttura Semplice "Ingegneria Clinica".

Le strutture organizzative dell'Istituto sono, ad oggi, individuate secondo il nuovo Organigramma approvato con provvedimento deliberativo n. 918 del 05 novembre 2019 e successiva deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 13 gennaio 2021.

L'Istituto è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale "Centro di riferimento oncologico regionale", con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di assistenza a livello regionale anche guidando gruppi di lavoro che hanno il compito di



definire i Protocolli diagnostico-terapeutici, di monitorarne l'efficacia e di provvedere al loro aggiornamento.

L'organizzazione dell'Istituto è articolata nelle seguenti tipologie di strutture operative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D);
- Strutture Semplici (S.S.);
- Aree di Ricerca.

Tre Dipartimenti sono di **produzione finale (Area Medica, Area Chirurgica e Area Diagnostica e Terapia per Immagini)**, 1 di Produzione e Servizi di Supporto (**Dipartimento dei Servizi**), 1 di **Staff** ed 1 di Servizi Amministrativi (**Dipartimento della Gestione**) espletate da 16 Strutture Organizzative "Complesse" e 19 Strutture Organizzative Semplici a valenza Dipartimentale

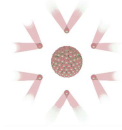
Le funzioni "**Management gestionale scientifico**" sono svolte dai medesimi Dipartimenti che in organizzazione matriciale per "progetti" ed Aree di Ricerca Corrente, assolvono ai compiti di esecuzione dell'attività scientifica e di supporto alla stessa.

L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17 bis del d.lgs 502/92 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari. Il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n. 23/2008) ha sancito la centralità dell'organizzazione dipartimentale, con l'obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

I Dipartimenti sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da un apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di Struttura Complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai Direttori di Struttura.

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni interne al dipartimento con preciso riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specialità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD) sono strutture che, in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). Le Strutture Semplici (SS) sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza, una quantità di attività definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla SS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla



valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma corrisponde ad un unico centro di costo.

Le Aree di Ricerca sono aree di attività, di norma affidate a professionisti con incarichi professionali di coordinamento, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi. In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti nel Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n. 23/2008).

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" I.R.C.C.S. di Bari, adotta la logica dipartimentale al fine di facilitare le politiche assistenziali e la ricerca, oltre che favorire una più efficiente e produttiva utilizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Individua le seguenti strutture dipartimentali, secondo le modalità previste nel Regolamento di Dipartimento adottato dall'Istituto.

I Direttori di Dipartimento vengono valutati per l'80% in quanto Direttore di SC e per il 20% sulla base della percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture facenti parte del Dipartimento stesso.

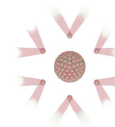
4.1.2. Dipartimento Area Chirurgica.

Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche nel distretto gastroenterologo, toracico, urologico, otorinolaringoiatrico, nonché patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day hospital e attività specialistica ambulatoriale (day services). L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo qualora indicato la chirurgia mini-invasiva, laparoscopica, prevedendo l'utilizzo del robot in sala operatoria, la ricostruzione plastica e le modalità di trattamento combinato.

184

4.1.2.1. Struttura Complessa di Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico.

E' articolata su n. 12 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia oncologica del digerente: **esofago** (esofagectomie totali con accesso toracoscopico, inserimento di protesi esofagee per le stenosi inoperabili), **stomaco** (gastrectomie totali e subtotali, degastro-gastrectomie con linfectomie estese D2- D3 e D4 con la salvaguardia della milza), **fegato** (epatectomie destre e sinistre, segmentectomie e resezioni atipiche, colecistectomie laparoscopiche), **pancreas** (duodenocefalopan-creasectomie, pancreasectomie totali e distali e relative linfectomie), **milza** (splenectomie), **intestino** (resezioni e relative linfectomie), **colon** (colectomie destre, sinistre, laparoscopiche o laparotomiche, totali con ricostruzioni in un solo tempo), **retto** (proctectomie subtotali e totali con escissione del mesoretto intero, laparoscopiche o laparotomiche, riconoscimento dei nervi ipogastrici e del plessosacrale, anastomosi dirette termino – terminali meccaniche e colon – j – pouch), **ano** (amputazioni addomino-perineali) con ricostruzione funzionale delle funzioni intestinali al fine di assicurare ai pazienti migliori risultati in termini di sopravvivenza e qualità della vita. Oltre al digerente anche altri apparati sono oggetto di attività chirurgica, quando coinvolgono visceri e organi addominali: **genito** – **urinario** (nefrectomie, cistectomie parziali e totali con ricostruzioni ileali, surrenectomie laparoscopiche ed open,



isteroannessectomie totali, ovariectomie), **retroperitoneo** (exeresi di tumori retroperitoneali anche infiltranti organi o viscericontigui) **tessuti molli** (exeresi di neoformazioni cutanee, sottocutanee, muscolari). Sono eseguiti interventi di elettro-chemio-ipertermi

L'unità si avvale di tecnologie moderne avanzate come la laparoscopia e strumenti di ultima generazione per la chirurgia maggiore epato – bilio – pancreatica.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	2.242,58
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	7,00	12.929,33
Degenza Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	17,69	26.039,09
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO COLLABORATORE PROFESSIONALE	5,00	7.774,50
Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Comparto ruolo sanitario	SANITARIO - INFERMIERE -	1,38	1.405,23
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,33	581,75

4.1.2.2. Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.

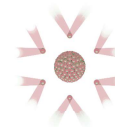
E' articolata su n. 10 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia oncologica del torace, di: toracentesi, drenaggio pleurico, talcaggio, Interventi di chirurgia endoscopica, Interventi di chirurgia diagnostica, interventi su protesi tracheale, interventi di chirurgia toracica maggiore, trattamenti sulla pleura (empieva, ascesso, biopsie), impianti di accesso venoso totale (port-a-cath). Le attività ambulatoriali comprendono: ambulatorio diagnostico, follow-up post chirurgico, endoscopia e controllo delle tracheostomie

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Degenza ed Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	8,00	14.737,79
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE COLLABORATORE PROFESSIONALE	0,32	348,85
Degenza Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Comparto ruolo sanitario	SANITARIO - INFERMIERE -	13,23	19.104,27
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	3,07	4.836,45
Ambulatorio Chirurgia generale ad Indirizzo Oncologico	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0,39	595,91

4.1.2.3. Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria.

La struttura complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Post-Operatoria fornisce assistenza ambulatoriale per la Terapia del Dolore e Cure Palliative, l'impianto di Accessi Venosi Centrali (Port-a-cath, Broviac, PICC) ed i Pre-ricoveri ed assistenza in regime di ricovero presso la Terapia Intensiva Post-Operatoria quando i pazienti ricoverati presso altri reparti subiscono un



aggravamento della propria condizione clinica al punto da dover essere assistiti con cure intensive. Oltre a tali erogazioni dirette fornisce servizi di supporto anestesiologicalo per l'esecuzione delle procedure interventistiche presso la Sala Operatoria e gli ambulatori chirurgici di Day Surgery e Day-service.

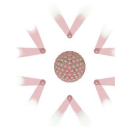
Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Sala Operatoria e DS, Ambulatori di Anestesia Rianimazione e TIPO	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	2.779,79
		DIRIGENTE MEDICO	15,00	21.797,35
Ambulatorio Anestesia Rianimazione	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	1,00	1.475,61
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	15,67	22.463,82
TIPO	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE	0,30	514,72
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,33	2.069,31
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	33,13	45.375,94
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	1,00	1.570,23
Attività di Sala operatoria Anestesia Rianimazione	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE	0,45	772,07
		INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	0,08	
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	6,42	9.736,81

4.1.2.4. Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

E' articolata su n. 10 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed effettua interventi come centro di riferimento per la chirurgia mammaria e le patologie cutanee e sottocutanee benigne e maligne (carcinomi, melanomi e sarcomi). Effettua interventi chirurgici di chirurgia ricostruttiva mammaria post-mastectomia immediata e differita con protesi, lembi e tecniche di chirurgia rigenerativa (lipofilling con tessuto adiposo + cellule staminali), chirurgia di adeguamento e rimodellamento mammario in quadrantectomie e mastectomie, ricostruzione complesso areola-capezzolo, trattamento di radiodermiti, di cicatrici e cheloidi, chirurgia oncologica demolitiva e ricostruttiva per tumori cutanei benigni e maligni (carcinoma, melanoma) e tumori dei tessuti molli benigni e maligni (sarcoma) con eventuale ricerca del linfonodo sentinella, elettrochemioterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Degenza ed Ambulatorio di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	1.802,53
		DIRIGENTE MEDICO	5,84	9.981,79
Ambulatorio di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	3,49	344,09
	Comparto ruolo tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,03	61,52
Degenza di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0,34	513,27
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6,34	7.932,38



	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE	0,19	154,96
	INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	0,14	
Comparto ruolo tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,51	456,19
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,23	1.750,19

4.1.2.5. Struttura Semplice Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad indirizzo Senologico.

E' articolata su n. 6 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed effettua interventi di Mastectomia, Quadrantectomia, Dissezione Linfonodale Ascellare, Segmentectomia Mammaria oltre all'attività ambulatoriale di 1° visita, medicazione, "follow-up" e interventistica ambulatoriale

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio e Degenza di Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	6,00	10.917,09
Ambulatorio Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4,96	6.603,74
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,03	59,71
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0,33	498,17
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	5,04	7.266,40
Degenza Chirurgia generale ad indirizzo Senologico	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE	0,20	159,66
		INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	0,14	
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,49	450,24
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,23	1.742,24

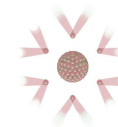
187

4.1.2.6. Struttura Semplice Dipartimentale di Ginecologia Oncologica.

E' articolata su n. 3 posti letto ordinari e 1 di Day Surgery ed è specializzata nella diagnosi e nel trattamento chirurgico e medico delle donne affette da malattia ginecologica oncologica. Ne è prevista la clinicizzazione con accordo con l'Università di Bari. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica, terapeutica e di prevenzione dei tumori ginecologici, di "follow-up", di contraccezione ormonale in pazienti con rischio neoplastico o neoplastiche, di promozione della salute endocrino-riproduttiva nelle pazienti oncologiche, di ecografia diagnostica ed interventistica, di colposcopia per la prevenzione e diagnosi della patologia oncologica cervico-vaginale, della patologia vulvare ed HPV, ed infine ambulatorio di isteroscopia diagnostica.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio e Degenza di Ginecologia Oncologica	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	3,32	5.476,09



Ambulatorio Ginecologia Oncologica	Comparto ruolo tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,03	59,71
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	0,33	498,17
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4,49	6.449,82
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE		0,19	154,96	
Degenza Ginecologia Oncologica	Comparto ruolo sanitario	INFERMIERE GENERICO 1 ANNO	0,14	-
		CORSO ESPERTO	0,14	-
	Comparto ruolo tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,50	454,38
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,21	1.720,15

4.1.2.7. Struttura Semplice Dipartimentale di Urologia.

E' articolata su n. 6 posti letto ordinari ed è specializzata nella diagnosi e nel trattamento chirurgico e medico delle patologie oncologiche urinarie. Esegue interventi chirurgici di prostatectomia anche per via transuretrale, interventi sulla vescica, sulle pelvi e sul testicolo. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica, terapeutica e di prevenzione dei tumori urologici, di "follow-up", di ecografia diagnostica ed interventistica, di endoscopia per la prevenzione e diagnosi della patologia oncologica.

La dotazione organica attuale è la seguente:

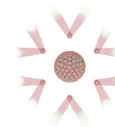
Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio e Degenza di Urologia	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	3,00	6.291,38
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,10	172,68
Ambulatorio Urologia	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	0,40	720,38
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	1,40	1.799,39

188

4.1.2.8. Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Bronchiale.

Eroga assistenza di tipo ambulatoriale nell'ambito del Percorso Diagnostico delle Neoplasie Polmonari, eseguendo procedure videobroncofibroscopiche con l'ausilio di metodiche quali l'EBUS (Endobronchial Ultrasound) e l'autofluorescenza, per la localizzazione dei siti linfonodali mediastinici con la possibilità di eseguire un prelievo citoistologico utilizzando il TBNA (Trans-Bronchial-Needle-Aspiration), procedure tracheo-broncoscopiche operative per la disostruzione tracheo-bronchiale ed il posizionamento di protesi, toracentesi con aspirazione di liquido pleurico per la definizione citoistologica di malattie pleuriche e polmonari e l'iniezione di sostanze in cavità toracica a scopo pleurodesico.

La dotazione organica attuale è la seguente:



Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio di Endoscopia Bronchiale	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	1,00	1.342,54
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,10	172,68
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	2,36	2.997,49

4.1.2.9. Struttura Semplice Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Eroga assistenza di tipo ambulatoriale nell'ambito del percorso diagnostico delle neoplasie gastroenteriche, eseguendo procedure videoendoscopiche diagnostiche ed operative del tratto digestivo superiore (EsofagoGastroDuodenoScopia-EGD) ed inferiore (Rettosigmoidoscopia e Colonscopia), oltre che visite gastroenterologiche.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio di Endoscopia Bronchiale	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	4,41	7.029,90
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,10	177,92
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	6,47	8.496,63

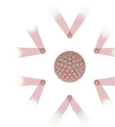
189

4.1.2.10. Struttura Semplice di Otorinolaringoiatra e Chirurgia Cervico-Maxillo-Facciale.

E' articolata su n. 2 posti letto ordinari e 2 di Day Surgery. Esegue procedure di chirurgia della tiroide e delle parotidi, del cavo orale, della faringe e della laringe, delle ghiandole salivari, delle logge laterocervicali, mininvasive per le patologie nodulari della tiroide, naso sinusale. L'attività ambulatoriale si articola in ambulatorio generale con attività diagnostica e di "follow-up" e di prevenzione oncologica dei distretti testa-collo.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Assistenza	Ruolo	Qualifica	Organico medio nel 2021	N. di ore timbrate nel 2021
Attività di Ambulatorio e Degenza di ORL e Ch. Cervico-Maxillo-Facciale	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	5,00	8.604,53
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	5,41	7.740,58
Degenza di ORL e Ch. Cervico-Maxillo-Facciale	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,39	466,09
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	1,48	2.237,60



4.1.3. Dipartimento Area Medica.

Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che gli assistiti siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni. Il dipartimento Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure; la specializzazione è garantita mediante lo sviluppo di competenze specifiche, all'interno del Dipartimento, senza compromettere l'approccio al paziente visto come persona. In virtù della pertinenza clinica e dei modelli sperimentali di interesse ematologico, l'Area di ricerca "Terapie cellulari ed immunologia applicate" viene coordinata dalla SC Ematologia. In forza delle competenze e dei modelli clinici di interesse medico oncologico, l'Area di ricerca "Studi clinici di Fase 1 applicati" viene coordinata dalla SC Oncologia Medica.

4.1.3.1. Struttura Complessa di Ematologia.

E' articolata su n. 12 posti letto ordinari di cui 2 in appositi locali per il trapianto autologo di midollo e 2 di Day Surgery, L'attività di DH e Day Service per le somministrazioni infusionali di chemioterapici antitumorali e citotossici è effettuata su n. 14 postazioni di infusione. Vengono trattate le seguenti patologie:

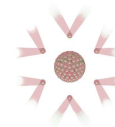
- Linfoma di Hodgkin e Linfomi-non-Hodgkin
- Mieloma Multiplo e patologie correlate
- Sindromi linfoproliferative
- Sindromi mieloproliferative croniche
- Sindromi dismielopoietiche
- Leucemie Acute e Croniche

Le attività di diagnosi e terapia ambulatoriali sono organizzate su 5 linee "disease oriented" ed un ulteriore ambulatorio destinato ai prelievi ed alle procedure invasive quali biopsie osteomidollari, aspirati midollari e rachicentesi. Esiste altresì un laboratorio di diagnostica delle neoplasie ematologiche (citologia, citochimica, caratterizzazione citofluorimetrica) e anche per l'attività di ricerca traslazionale.

Negli ambulatori sono erogate le seguenti tipologie di prestazioni ambulatoriali: prima visita, visita di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia, prelievi ematici per indagini diagnostiche, rachicentesi, toracentesi e paracentesi.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Degenza Ematologia		DIRETTORE MEDICO	1,00	2.089,79
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	6,59	12.427,92
	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE BIOLOGO	1,00	2.006,27
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	16,77	26.134,83
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	5,25	7.454,44



Ambulatorio Ematologia	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	4,00	6.916,30
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4,32	6.949,99

4.1.3.2. Struttura Complessa di Oncologia Medica.

E' articolata su n. 15 posti letto ordinari in cui tratta il Carcinoma mammario e tutte le neoplasie "solide" escluso i Linfomi

E' erogata anche assistenza in regime di Day-service.

Le tipologie di assistenza ambulatoriale sono: prima visita, di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Degenza ed ambulatorio di Oncologia Medica	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	1.799,19
		DIRIGENTE MEDICO	9,32	18.118,67
Degenza di Oncologia Medica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	19,15	24.347,84
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	4,96	8.178,33
Ambulatorio di Oncologia Medica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	7,84	11.710,06
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,00	957,14

191

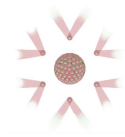
4.1.3.3. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la Patologia Toracica.

E' articolata su n. 7 posti letto ordinari in cui tratta tutte le neoplasie "solide" che hanno sede toracica. E' erogata anche assistenza in regime di Day-service.

Le tipologie di assistenza ambulatoriale sono: prima visita, di controllo o di follow-up, chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Degenza ed ambulatorio di Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	7,00	13.282,08
Degenza di Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	1,32	2.170,45
Ambulatorio di Oncologia Medica per la Patologia Toracica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	0,21	438,02



4.1.3.4. Struttura Semplice Dipartimentale di Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente.

Eroga solo assistenza ambulatoriale e si occupa della prevenzione, della diagnosi e del trattamento di tutte le neoplasie solide, ma con un approccio che garantisca la continuità dell'assistenza nelle varie fasi della malattia ed il supporto psico-sociale al paziente. Effettua le prestazioni di:

- Prima visita oncologica di pazienti con o senza diagnosi istologica;
- Visite oncologiche di controllo e "follow-up";
- Terapie infusionali lunghe, brevi e con farmaci biologici a somministrazione orale su n. 20 postazioni.

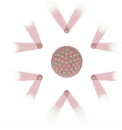
La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	6,87	10.986,16
	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE PSICOLOGO	1,00	1.852,09
Ambulatorio Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	6,15	8.953,96
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE	0,43	852,41
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,00	1.487,38

4.1.3.5. Struttura Semplice Dipartimentale Tumori rari e melanoma.

Eroga solo assistenza ambulatoriale e si occupa della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle seguenti patologie oncologiche:

- PIASTRINOPATIE AUTOIMMUNI PRIMARIE CRONICHE
- SARCOIDOSI
- PORPORA DI HENOCH-SCHÖNLEIN RICORRENTE
- MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE
- CRIOGLOBULINEMIA MISTA
- SINDROME POEMS
- MASTOCITOSI SISTEMICA
- ANEMIE APLASTICHE ACQUISITE (ESCLUSO: FORME MIDOLLARI APLASTICHE TRANSITORIE)
- SINDROMI MIELODISPLASTICHE
- EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA
- METAEMOGLOBINEMIA DA DEFICIT DI METAEMOGLOBINAREDUCTTASI
- ANEMIE SIDEROBLASTICHE
- ANEMIA DI FANCONI



- ANEMIA DI BLACKFAN-DIAMOND
- ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI
- TALASSEMIE (ESCLUSO: TALASSEMIE MINOR)
- SFEROCTOSI EREDITARIA
- ANEMIE EREDITARIE (ESCLUSO: DEFICIT DI GLUCOSIO-6-FOSFATO DEIDROGENASI)
- AMILOIDOSI SISTEMICHE
- EMOCROMATOSI EREDITARIA
- DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO
- MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO C
- MALATTIA DI NIEMANN-PICK TIPO A, B
- MALATTIA DI GAUCHER
- MALATTIA DI FABRY
- DIFETTI DA ACCUMULO DI LIPIDI
- SINDROME DI LYNCH
- CANCRO NON POLIPOSICO EREDITARIO DEL COLON
- MELANOMA CUTANEO FAMILIARE E/O MULTIPLO
- SINDROME DEL NEVO BASOCELLULARE

Effettua le prestazioni di:

- Prima visita oncologica;
- Visite oncologiche di controllo e "follow-up";
- Chemioterapia, immunoterapia, chemio-immunoterapia.

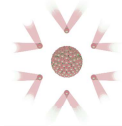
La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Ambulatorio Tumori rari e melanoma	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	1,00	2.200,28
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	0,49	852,14

4.1.4. Dipartimento Diagnostica e Terapia per Immagini.

Tale dipartimento rappresenta un'innovazione organizzativa che sancisce il notevole livello assistenziale raggiunto nell'Istituto sviluppando le tecniche integrate di diagnostica nell'ottica di garantire al paziente il più elevato risultato di tipo assistenziale con il minor trauma possibile. Il Dipartimento è formato da Unità Operative che si articolano con percorsi diagnostici e terapeutici utilizzando la scienza delle immagini (sia di tipo radiologico che diretto, per esempio di tipo endoscopico). Tali metodiche vengono eseguite con modalità strumentali mini-invasiva (interventistica/chemioterapie sistemiche e loco regionali integrate con ipertermia/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Nell'organizzazione rientra l'attività della U.O. Fisica Sanitaria che per le sue peculiarità ne è strettamente correlata.

4.1.4.1. Struttura Complessa di Oncologia Medica Integrata ed Interventistica



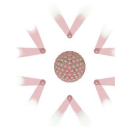
E' articolata su n. 17 posti letto ordinari ed 1 in Day-Hospital/Surgery ed effettua procedure diagnostiche ed interventistiche di tipo mini-invasivo. L'assistenza mini-invasiva terapeutica, rappresenta un'alternativa al trattamento chirurgico tradizionale e un'efficace integrazione dei protocolli multidisciplinari di terapia dei tumori. Dispone di una cosiddetta Sala Ibrida in cui è installato un Sistema di Angio-CT, un sistema di imaging tomografico (CT) integrato con fusion referenziata di immagini ad un sistema di imaging fluoro-angiografico per guidare la procedura interventistica, Dispone altresì di una sala ecografica e di una sala eco-endoscopica. Eroga prestazioni di:

- Ecografia esplorativa propedeutica alle procedure di radiologia interventistica;
- Ecografia addome superiore ed inferiore con mezzo di contrasto (CEUS);
- Eco-endoscopia digestiva (tratto superiore e inferiore);
- Alcolizzazione piccole neoplasie benigne e maligne;
- Alcolizzazione displasie cistiche;
- Macro biopsie epatiche, prostatiche, renali;
- Terapia trans-vaginale delle displasie cistiche dell'ovaio e trans-cutanea delle forme colloidali e adenomatose tiroidee iperfunzionanti;
- Visita e biopsia guidata con tecniche radiologiche (ecografica, endoscopico-digestiva) del tipo:
 - Pancreatica
 - Epatica
 - Renale
 - Prostatica
 - Polmonare
 - Neoformazione addominale
 - Neoformazione pelvica
 - Tiroidea
 - Linfonodale
 - Tessuti molli

L'attività interventistica mini-invasiva in sala ibrida prevede le seguenti procedure: termoablazioni mediante RF/MW epatiche e polmonari, chemioembolizzazioni epatiche e polmonari, combinazioni di termoablazioni e chemioembolizzazioni in unica seduta micro-operatoria (Single StepTherapy) o sedute differenti a distanza di 48 ore (Double Track Therapy), chemioterapie in "stop-flow" epatiche, di arto (melanomi) e pelviche, verterbroplastica e cifoplastica percutanea (in caso di fratture), cementoplastica (metastasi ossee), impianti di cateteri/port spinali, port-a-cath arteriosi, epatici, e venosi sistemici, drenaggi ed endoprotesi biliari, endoprotesi e stent vascolari, drenaggi percutanei, pleurici, di cisti epatiche, renali, spleniche, biopsie pancreatiche, epatiche, renali, prostatiche, polmonari, ossee, neoformazioni addominali e pelviche, linfonodali, ecc.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Degenza, ambulatorio e Sala Ibrida Oncologia Interventistica	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	2.054,29
		DIRIGENTE MEDICO	9,39	16.224,54
Degenza, Oncologia Interventistica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	16,72	23.742,24
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	4,33	6.426,37



Ambulatorio Oncologia Interventistica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	3,73	5.826,43
Sala Ibrida	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	6,00	8.681,35
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	2,25	3.505,41

4.1.4.2. Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica

L'Unità Radioterapia Oncologica eroga le proprie prestazioni solo ambulatorialmente:

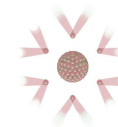
- Visite (1° visita radioterapica, follow-up, visita pazienti in trattamento)
- Consulenza specialistica (interna all'Istituto o esterna)
- Trattamenti radioterapici relativi alle seguenti patologie:
 - neoplasie della cute
 - neoplasie della mammella
 - neoplasie dell'esofago, stomaco, pancreas, retto, canale anale, ano
 - neoplasie del polmone e della pleura
 - neoplasie del rene, vescica e prostata
 - neoplasie del testicolo
 - neoplasie dell'endometrio, cervice e vulva
 - neoplasie dell'asse cranio spinale primitive e secondarie
 - linfomi e sarcomi
 - neoplasie recidive e metastatiche di tutti i distretti corporei
 - ritrattamenti
 - neoplasie pediatriche
 - irradiazione emoderivati

195

con Acceleratori Lineari recentemente aggiornati nel loro software per le seguenti tecniche: 3D Conformazionale, IMRT(Radioterapia ad Intensità Modulata) mediante arco terapia volumetrica (Rapidarc) e IGRT (Radioterapia Guidata dalle Immagini), Radioterapia Stereotassica per lesioni encefaliche primitive e secondarie.

La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Ambulatorio Radioterapia	Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	1.567,55
		DIRIGENTE MEDICO	7,00	12.839,23
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	0,06	103,95
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4,24	5.750,01
Comparto ruolo sanitario		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	13,75	20.312,95



TECNICO DI RADIOLOGIA
MEDICA -

4.1.4.3. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Diagnostica

La SSD di Radiologia Diagnostica eroga prestazioni di diagnostica per immagini del tipo:

- Ecografico mediante n. 2 sistemi eco-color-doppler;
- Radiologiche convenzionali del tipo radiografico e radioscopico con e senza mezzi di contrasto;
- CTI con due sistemi di tomografia a 128 e 64 slices;
- MRI con sistema da 1,5 T.

Sia per pazienti interni che esterni. La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Ambulatorio Radiologia Diagnostica	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	9,25	12822,93
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	7,08	9.976,96
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA	11,02	15.974,93
		INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	0,08	72,06
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	1,00	1.333,71
	Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,84	2.876,75

196

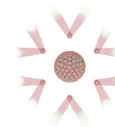
4.1.4.4. Struttura Semplice Dipartimentale Radiologia Senologica

La SSD di Radiologia Senologica eroga prestazioni di diagnostica per immagini anche di tipo interventistico:

- Visite senologiche
- Mammografia - Tomosintesi
- Ecografia
- Microbiopsia stereotassica (mammotomeTru-Cut)
- Esami citologici
- Duttografia
- MRI
- CESM

Sia per pazienti interni che esterni. La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
Ambulatorio Radiologia Senologica	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	3,00	5.334,05
		COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	4,08	7.574,06
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -	4,99	7.302,55



	TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA		
Comparto ruolo tecnico	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,03	1.760,88

4.1.4.5. Struttura Semplice Dipartimentale Fisica Sanitaria

L'SSD di Fisica Sanitaria svolge attività di:

- gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature di Radioterapia (Acceleratori lineari, IORT, Simulatore);
- piani di trattamento radioterapici con fasci di radiazione esterni;
- dosimetria dei fasci radianti e delle sorgenti radioattive;
- dosimetria del paziente procedure di set-up;
- dosimetria clinica in terapia radio-isotopica per le attività di pertinenza del Settore di Radiologia Interventistica e Onco-ematologia;
- applicazione di informatica e gestione delle immagini;
- gestione tecnica e controlli di qualità delle apparecchiature (radiologia convenzionale, TC, RM, CR, DR, US, ecc.);
- controlli di qualità periodici sulle apparecchiature;
- test di accettazione e dosimetria di base sulle nuove installazioni.

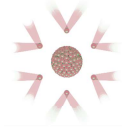
La dotazione organica attuale è la seguente:

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE FISICO	4,00	6.395,95
SSD Fisica Sanitaria	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA	1,16	1.532,46
	Comparto ruolo tecnico	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	1,00	1.667,84

4.1.5. Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà. La "mission" del Dipartimento è di fornire accurate diagnosi isto - citopatologiche, molecolari, di laboratorio, con informazioni di valore prognostico e predittivo che possano essere utilizzare per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Svolge inoltre un servizio per utenti ambulatoriali ed esterni che si rivolgono al Dipartimento per esigenze di "second option" su preparati isto-citopatologici allestiti in altra sede anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale.

Le attività diagnostiche sui campioni operatori e bioptici, di diagnostica molecolare, di citopatologia e di riscontro autoptico sono svolte presso la SC di Anatomia Patologica, mentre le indagini clinico e microbiologiche sono erogate presso il Laboratorio di analisi.



Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano con quelle della BioBanca Istituzionale dove avviene la raccolta sistematiche di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.

Il carattere applicativo di tutte le ricerche laboratoristiche e cliniche si basa sulla gestione coordinata di materiali biologici e informazioni genetico-molecolari che vengono aggregati ed associati nella data base della Biobanca, ottenendo un valore sinergico ed aggiuntivo. La trasversalità delle ricadute cliniche e la necessità di garantire l'opportunità traslazionale ai modelli della progettualità scientifica pongono la SC Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca quale punto di coordinamento delle attività svolte nelle seguenti Area di ricerca:

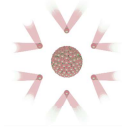
- Nanotecnologie applicate;
- Farmacologia clinica e pre-clinica applicata;
- Biomorfologia funzionale applicata.

4.1.5.1. Struttura Complessa di Anatomia Patologica

Esegue attività di diagnostica di laboratorio:

- Macroscopica e microscopica su campioni di materiale biotico e chirurgico proveniente da qualsiasi organo e tessuto, esami istologici intraoperatori, consulenza su preparati istologici allestiti in altre sedi, tele-consulenze per la richiesta di una seconda opinione, valutazione del linfonodo sentinella nel carcinoma mammario.
- Indagini immunoistochimiche e morfologico-molecolari su preparati istologici e citologici per la definizione diagnostica di vari tipi di neoplasie, per la ricerca delle micrometastasi, per la valutazione di parametri biologici ai fini prognostici e terapeutici, per la tipizzazione dei linfomi;
- Determinazione di fattori prognostico/predittivi del carcinoma mammario: recettori ormonali, attività proliferativa tumorale ed espressione di HER-B-2/NEU con metodica immunoistochimica, ricerca di amplificazione genica con tecniche di ibridazione in situ FISH e SISH.
- Screening cervico-vaginale:
 - Citologia esfoliativa cervico-vaginale (pap-test)
 - Citologia esfoliativa vaginale su strato sottile (LiquidBasedCitology).

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Anatomia Patologica	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE BIOLOGO	3,00	4735,35
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -MEDICA	27,62	37200,97
		ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1,50	2264,54
	Comparto ruolo amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	2,00	794,08
		DIRETTORE MEDICO	1,00	1743,86
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	16,00	28579,96



4.1.5.2. Struttura Complessa di Oncologia Sperimentale e Biobanca

La Biobanca istituzionale si occupa della gestione della raccolta, crioconservazione ed utilizzo dei tessuti biologici di interesse oncologico, secondo criteri internazionalmente accettati, necessari per la ricerca e sviluppo di nuovi biomarcatori predittivi di rischio, diagnosi precoce, chemiosensibilità, tossicità, prognosi, e di nuovi farmaci/terapie in oncologia. La Biobanca colleziona materiale biologico umano di varia natura (tessuti, sangue, ecc) di potenziale interesse per pratiche di tipo diagnostico e di ricerca. Detta attività è disponibile anche per Unità Operative esterne collaboranti a vario titolo con l'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II".

Ogni attività sul materiale crioconservato in Biobanca prevede:

- la sottoscrizione di un consenso informato da parte del donatore
- l'accettazione di procedure definite da specifiche convenzioni e protocolli (lata, Trasporti) per gli eventuali trasferimenti extramoenia dei campioni biologici.

Dalla struttura complessa **Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca** discendono due aree di ricerca:

- Area Farmacologia clinica e preclinica applicate;
- Area Nanotecnologie applicate

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Oncologia Sperimentale e Biobanca	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	1,00	1560,55
		DIRIGENTE MEDICO	1,38	2301,90

4.1.5.3. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica

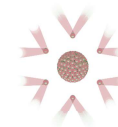
Effettua analisi di:

- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica, coordinamento dell'attività diagnostica;
- Biomarcatori di suscettibilità e prognostico/predittivi nel carcinoma della mammella, ovaio e prostata;
- Biomarcatori di suscettibilità e prognostico/predittivi nel carcinoma della mammella, ovaio e prostata;
- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica;
- Biomarcatori di predizione, tossicità e diagnostica ematologica;
- Bioinformatica e biostatistica;

Il Laboratorio di Genetica Molecolare e Farmacogenetica si occupa dell'analisi di marcatori genetici di suscettibilità ad alcune neoplasie ereditarie e di biomarcatori utili per la prognosi, la predizione alla risposta terapeutica e la tossicità ai farmaci.

Tipologia prestazioni fornite:

- Suscettibilità al tumore mammario e melanoma ereditario
- Farmacogenetica: tossicità alle fluoro pirimidine, irinotecano, composti del platino, taxani
- Determinazioni genetiche per setting terapeutico in neoplasie polmonari, colon, melanoma, GIST



- Fattori prognostici nel tumore della prostata e nel carcinoma mammario
- Determinazioni per la diagnostica ed il follow-up onco-ematologico

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	2,84	4.099,51
	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE BIOLOGO	4,00	6.500,27

4.1.5.4. Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale di Patologia Clinica

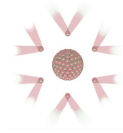
L'Unità Laboratorio Analisi eroga le seguenti prestazioni di:

- Ematologia
- Protidologia
- Chimica Clinica
- Immunologia
- Dosaggio Marcatori Tumorali
- Citofluorimetria
- Dosaggio Ormoni
- Biologia Molecolare
- Microbiologia e Virologia
- Servizio di Frig
- Parassitologia
- Terapia anticoagulante Orale (TAO)

ed i seguenti tipi di attività:

- Caratterizzazione Bio-morfologica e Studio fattori prognostico-predittivi dei tumori solidi;
- Analisi di Alterazioni Geniche coinvolte nella familiarità del carcinoma mammario;
- Analisi Variabilità Genetica nei Tumori Solidi;
- Studio Assetto Nutrizionale nel Paziente Oncologico;
- Analisi Proteomica e Biomarker Discovery.

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Patologia Clinica	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE BIOLOGO	2,00	3958,7
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE - COLLABORATORE	3,21	4547,57
		PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	13,45	16495,71
	Comparto ruolo amministrativo	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1,00	299,59
		COMMESSE	1,00	-
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	2,62	4026,97



4.1.5.5. Struttura a Valenza Dipartimentale di Cardiologia Oncologica

L'unità Operativa di Cardiologia svolge attività ambulatoriale e di consulenza specialistica per i pazienti ricoverati presso l'Istituto, oltre che garantire le medesime prestazioni anche per i pazienti ambulatoriali esterni previa prenotazione presso l'Ufficio CUP dell'Istituto o da postazione periferica. Le attività assistenziali vengono riservate prioritariamente ai pazienti affetti da patologia tumorale, con particolare attenzione per tutte le problematiche cardiovascolari connesse alla patologia, oltre che garantire il supporto cardiovascolare per i pazienti sottoposti a trattamenti antitumorali potenzialmente cardiotossici. Le attività si svolgono previa programmazione dei controlli periodici prima, durante e dopo le cure antitumorali, in pieno accordo con le linee guida internazionali in materia di "CardiOncologia".

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Cardiologia Oncologica	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	5,07	7528,56
	Comparto ruolo tecnico	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	0,26	166,136
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	4,95	8090,03

4.1.6. Dipartimento di Staff

Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono di supporto al Direttore Generale nei processi di pianificazione, programmazione e controllo aziendale ma non direttamente dipendente dallo stesso per ciò che concerne la sua organizzazione e gestione, nel rispetto a quanto sancito all'art. 4 del D.lgs 165/2001 e s.m.i..

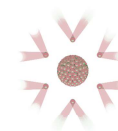
Le principali funzioni del Dipartimento di Staff sono di seguito indicate:

- Pianificazione dei servizi sanitari sulla base di analisi di contenuto interno ed esterno;
- Programmazione e controllo;
- Sicurezza dei pazienti;
- Attività consultiva in materia giuridica;
- Qualità e formazione.

4.1.6.1. Struttura Complessa di Farmacia ed U.MA.CA.

La struttura svolge attività di supporto alle Unità Operative di produzione per quanto attiene a:

- Dispensazione farmaci e dispositivi medici alle UU.OO;
- Dispensazione farmaci ai pazienti domiciliari:
 - Dispensazione farmaci fascia H direttamente ai pazienti con Piano Terapeutico Programmato
 - Dispensazione Primo Ciclo di Terapia pazienti in dimissione



- Attività di Farmacovigilanza:
 - Controllo farmaci e dispositivi medici dispensati
 - Monitoraggio eventi avversi da farmaci e dispositivi medici all'interno e all'esterno dell'Istituto
- Sperimentazione farmaci:
 - Controllo e monitoraggio farmaci sperimentali
 - Dispensazione personalizzata dei farmaci afferenti ai protocolli sperimentali. Galenica clinica magistrale per tutti i farmaci antitumorali iniettabili presso l'U.Ma.C.A.; Galenica clinica tradizionale;
- Allestimento sacche nutrizione parenterale;
- Distribuzione sacche per nutrizione parenterale ai pazienti in assistenza domiciliare; Segreteria Scientifica Comitato Etico, Segreteria Commissione Terapeutica Aziendale;
- Elaborazione flussi informativi relativi ai consumi di farmaci, dispositivi medici.

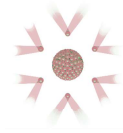
Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Farmacia e U.MA.CA.	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2,00	3259,85
		COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	0,16	175,87
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE	4,49	5950,82
		DIRETTORE FARMACISTA	1,00	1767,2
	Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE FARMACISTA	4,22	6953,18

4.1.6.2. Struttura Complessa Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Burocratico, Legale, Privacy ed Affari Generali	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2,00	2850,00
		COADIUTORE AMMINISTRATIVO	2,00	2599,92
		COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	0,01	13,00
		PROFESSIONALE COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	0,30	516,044
		PROFESSIONALE ESPERTO		
	Dirigenti ruolo professionale	DIRIGENTE AVVOCATO	1,00	1430,56

4.1.6.3. Struttura Complessa Statistica, Epidemiologia e Qualità

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Statistica, Epidemiologia e Qualità	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1,00	1642,82
		COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	3,00	3754,32
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	1,00	1889,49



	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO	1,00	1609,67
	INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	0,08	-
Dirigenti medici	DIRETTORE MEDICO	1,00	-

4.1.6.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Servizio Professioni Sanitarie

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Servizio Professioni Sanitarie	Comparto ruolo amministrativo	COADIUTORE	1,00	195,29
		AMMINISTRATIVO		
	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE	11,42	14976,45
		PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE		
		INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	1,00	1511,93
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2,08	2543,85
	Comparto ruolo tecnico	COLLABORATORE	1,00	556,36
		PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE		
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	5,56	9518,77
	Dirigenti sanitari non medici	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3,31	5502,36
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO		1,00	1674,89	
DIRIG. PROFESS. SANIT.				
INFERM. TEC. RIABILIL. DELLA PREVENZ. PROF. OSTETRICHE		0,83	1309,61	

203

4.1.6.5. Struttura a Valenza Dipartimentale Clinical Risk Management e Formazione

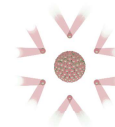
Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Clinical Risk Management e Formazione	Comparto ruolo sanitario	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1,00	1487,6
	Dirigenti medici	DIRIGENTE MEDICO	1,00	1940,78

4.1.6.6. Struttura a Valenza Dipartimentale Controllo di Gestione

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SSVD Controllo di Gestione	Dirigenti Professionali	DIRIGENTE PROFESSIONALE	1,00	6.395,95

4.1.7. Dipartimento della Gestione

Il Dipartimento della Gestione esercita attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e



gestionali. Cura inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali.

4.1.7.1. Struttura Complessa Area Gestione Tecnica e Sistemi Informatici

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Gestione Tecnica e Sistemi Informatici	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1,18	1007,28
		COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	0,50	401,02
	Comparto ruolo tecnico	ASSISTENTE TECNICO	0,50	-
		COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	1,83	1734,4
	Dirigenti ruolo professionale	OPERATORE TECNICO	4,38	6510
		DIRIGENTE INGEGNERE	1,08	2084,77

4.1.7.2. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Finanziarie

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Gestione Risorse Finanziarie	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4,00	5889,07
	Comparto ruolo amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	1,92	3129,41
	Dirigenti amministrativi	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2,00	2547,62

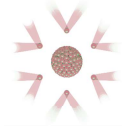
204

4.1.7.3. Struttura Complessa Area Gestione Risorse Umane

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
SC Gestione Risorse Umane	Comparto ruolo amministrativo	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4,55	6769,09
		COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	5,07	6662,91
		COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1,00	990,5
	Dirigenti amministrativi	COMMESSE	1,00	639,44
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1,00	1769,8

4.1.7.4. Struttura a Valenza Dipartimentale Area Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti

Descrizione Cdc Azienda	Ruolo Regione	Qualifica	N. Organico Medio	N. di ore timbrate
		ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4,82	6288,19



SSVD Gestione Patrimonio, Contratti ed Appalti	Comparto ruolo amministrativo	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	4,91	6641,97
		PROFESSIONALE		
		COADIUTORE AMMINISTRATIVO	1,00	1130,59
	Dirigenti amministrativi	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1,00	1999,86

4.2. Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile

4.2.1. Introduzione

Nel corso del 2020, in applicazione dell'articolo 87 del D.L. 18/2020, e, quindi, nella prima fase emergenziale da Covid Sars 19 è stato consentito a tutto il personale di usufruire della modalità di lavoro agile. Nella seconda fase, in applicazione dell'articolo 263 del D.L. 34/2020, l'organizzazione del lavoro agile ha consentito al 50% del personale di svolgere la propria attività in smart working anche facendo ricorso alla rotazione.

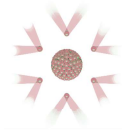
Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non ha modificato in alcun modo la situazione giuridica del rapporto di lavoro, quanto ad inquadramento e al profilo, e non ha inciso sull'orario di lavoro contrattualmente previsto e tantomeno ha modificato il potere direttivo e disciplinare del datore di lavoro.

L'attuazione del lavoro agile all'interno dell'IRCCS, ha risposto alla finalità di permettere al personale dipendente di avvalersi di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione professionale conciliando la vita lavorativa e la vita privata, con la garanzia di non subire penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, in modo da:

- introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata a un incremento di produttività;
- creare le condizioni effettive per una maggiore autonomia e responsabilità dei lavoratori nella gestione dei tempi di lavoro e nel raggiungimento dei risultati;
- razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita, lavoro e famiglia in modo da realizzare un miglioramento della qualità del rapporto tra sfera professionale, personale e familiare;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti lavoro- casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è stata consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'accesso al lavoro agile è avvenuta su richiesta individuale del dipendente, quando tra le mansioni svolte fossero presenti attività smartabili. L'attività svolta è stata oggetto di rendicontazione, monitoraggio e valutazione anche nell'ambito del ciclo della performance definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.



La prestazione lavorativa in smart working nell'ultimo periodo è stata consentita per un massimo di due giorni a settimana, sino al termine dell'emergenza da pandemia del Covid Sars 19.

Il Programma Operativo del Lavoro Agile che in materia sarà adottato dall'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari dovrà essere coerente con quanto disciplinato, in materia di lavoro agile, dall'art. 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124, così come modificato dall'art. 263 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, da ultimo, secondo quanto disciplinato dal Decreto Legge n. 56 del 30 aprile 2021 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (c.d. Decreto Proroghe) e ss.mm.ii., nonché le Linee Guida pubblicate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel dicembre 2020-versione1.0.

4.3. Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni del personale

4.3.1. Generalità

Il Piano triennale dei fabbisogni è lo strumento strategico, programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa di personale.

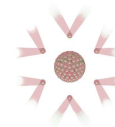
È un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 che, al comma 2, che *"Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa,*

efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente".

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" che prevede la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni, la programmazione triennale dei fabbisogni sarà inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione previsto.

4.3.2. Analisi del fabbisogno di personale

Negli ultimi anni è stato registrato un significativo aumento del costo del personale, conseguenza dei profondi cambiamenti del triennio 2019-2021, i cui effetti saranno ulteriormente attivi nell'anno 2022, come si evince dalla seguente tabella:



	Preventivo 2022	Preconsuntivo 2021	Bilancio 2020	Variazione BDG 2022 - PRC 2021		Variazione BDG. 2022 - CNS. 2020	
				Importo	%	Importo	%
Costi del personale	39.439	36.098	34.536	3.341	9%	4.903	14%
a) Personale dirigente medico	16.219	15.716	14.735	503	3%	1.484	10%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.858	1.811	1.613	47	3%	245	15%
c) Personale comparto ruolo sanitario	14.226	13.699	13.458	527	4%	768	6%
d) Personale dirigente altri ruoli	852	852	926	-	0%	-74	-8%
e) Personale comparto altri ruoli	6.284	4.020	3.804	2.264	56%	2.480	65%

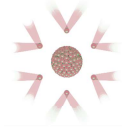
Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 895 del 22 giugno 2016 la Regione Puglia stabiliva di trasferire alcune funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative (Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica dell'Ospedale San Paolo, Oncologia Medica dell'Ospedale Di Venere) dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, affinché potesse assumere il ruolo di HUB oncologico nel contesto assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari.

La Direzione Strategica, infatti, a partire da settembre 2017 ha previsto l'attivazione di nuove Unità Operative sia nell'Area Medica che nell'Area Chirurgica al fine di incrementare, in modo significativo, l'attività produttiva e l'offerta sanitaria anche attraverso l'aumento del numero dei posti letto.

Il potenziamento delle attività dell'Istituto è stato anche sostenuto dalla Regione Puglia con Deliberazione della Giunta Regionale n. 221 del 28 febbraio 2017 avente ad oggetto "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) – Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato-Regioni concernente il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro anni 2014-2016", nonché con Deliberazione della Giunta Regionale n. 192/2018 che ha individuato l'IRCCS "Giovanni Paolo II" di Bari quale HUB della Rete Oncologica Pugliese riconoscendo quindi il ruolo centrale assunto dall'Istituto nel contesto regionale.

Inoltre, con Deliberazione della Giunta Regionale del 3 luglio 2019, n. 1195 avente ad oggetto "Approvazione provvedimento unico – Proposta di Regolamento regionale: Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n. 53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero", pubblicata sul BUR n. 83 del 23 luglio 2019, la Regione Puglia confermava per l'IRCCS "Giovanni Paolo II" il riconoscimento di n. 166 posti letto.

Attualmente sono attivi n. 109 posti letto (n. 97 ordinari e n. 12 in DH), come da deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 30 marzo 2018 avente ad oggetto "Assetto posti letto Istituto Tumori Giovanni Paolo II – Atto ricognitivo".

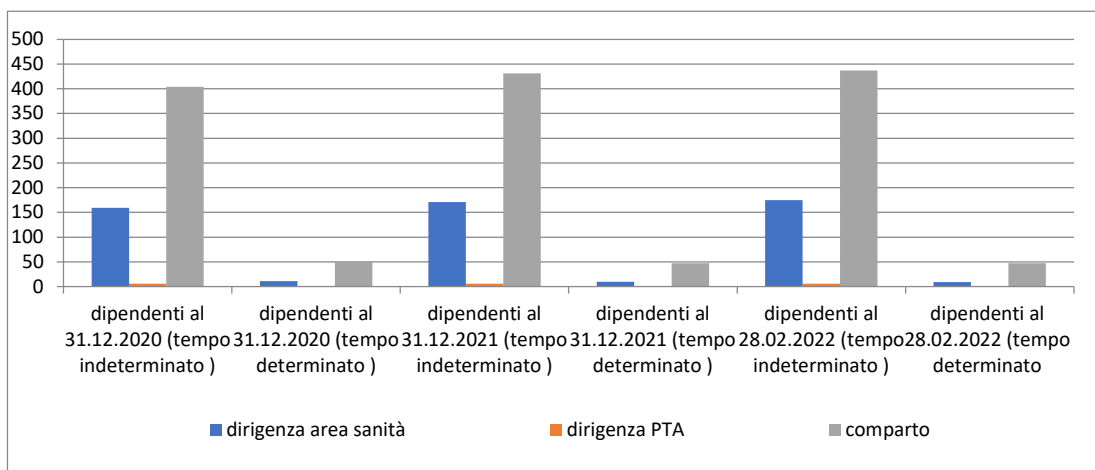


Con deliberazione del Direttore Generale n. 785 del 19 settembre 2019 avente ad oggetto *“Ricognizione sull’andamento della gestione”*, la Direzione Strategica dell’Istituto ha evidenziato tra l’altro quanto segue:

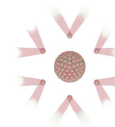
- l’incremento significativo della produzione ed il contestuale aumento dei livelli di efficienza;
- in aderenza alla *mission* dell’Istituto, si è ritenuto necessario continuare a fornire risposte alla crescente domanda di assistenza proveniente dal territorio di competenza;
- il fattore produttivo *“costi del personale”* incide, in termini percentuali, sul valore della produzione, nella misura più bassa rispetto alle altre Aziende Ospedaliere e IRCCS pugliesi, come risulta dalla seguente tabella:

Di seguito un report riassuntivo del numero dei dipendenti nell’ultimo triennio :

	dirigenza area sanità	dirigenza PTA	comparto
dipendenti al 31.12.2020 (tempo indeterminato)	159	6	404
dipendenti al 31.12.2020 (tempo determinato)	11	1	51
dipendenti al 31.12.2021 (tempo indeterminato)	171	6	431
dipendenti al 31.12.2021 (tempo determinato)	10	1	47
dipendenti al 28.02.2022 (tempo indeterminato)	175	6	437
dipendenti al 28.02.2022 (tempo determinato)	9	1	47



	Valore della Produzione Bilancio Esercizio 2018	Tetto di Spesa Personale (DGR n. 2293 del 11.12.2018)	% Tetto Spesa Personale/Valore della Produzione	Utile/Perdita Esercizio 2018



AOU Policlinico Bari	456.794.000	201.610.377	44%	-41.114.000
AOU Osp. Riuniti Foggia	247.082.810	122.913.224	50%	40.122
IRCCS De Bellis	43.734.493	22.268.606	51%	-3.728.129
IRCCS Giovanni Paolo II	96.421.064	29.173.942	30%	-2.380.508

4.3.3. La pianificazione del fabbisogno

Con deliberazione del Direttore Generale n. 616 del 5 novembre 2021 avente ad oggetto *“Programmazione delle assunzioni obbligatorie, ai sensi della legge n. 68/1999 e s.m.i., per l’anno 2021”*, sono state previste le seguenti assunzioni a tempo indeterminato:

- n. 2 unità di Operatore tecnico – Centralinista (cat. B), mediante procedura di avviamento numerico al lavoro di Centralinisti non vedenti (legge n. 113 del 1985), obbligo già assolto;
- n. 6 unità di Collaboratore amministrativo professionale (cat. D), categoria disabili ex art. 1 legge 68/1999, obbligo assolto;
- n. 2 unità di Collaboratore amministrativo professionale (cat. D), categorie protette ex art. 18 legge 68/1999, obbligo assolto.

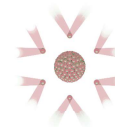
Le suddette assunzioni delle cd. categorie protette sono escluse dal limite di spesa ex art. 2, comma 71, legge 191/2009 e s.m.i..

Il tetto di spesa del personale ex art. 2, comma 71, legge 191/2009 e s.m.i. è stato rideterminato dalla Regione Puglia con Deliberazione della Giunta Regionale del 10 marzo 2020, n. 332 nell’importo di € 31.173.942,00 a valere dall’anno 2020, ed è stato quindi riconosciuto un incremento del tetto di spesa pari a € 2.000.000,00.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1896 del 22 novembre 2021, la Regione Puglia ha rideterminato e ripartito il tetto di spesa annuale del personale delle Aziende ed Enti del SSR, confermando il tetto di spesa dell’Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari pari a € 31.173.942,00 e disponendo altresì che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 di ciascuna azienda o ente del SSR dovranno essere formulati nel rispetto del tetto di spesa attribuito.

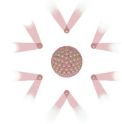
Nell’ambito del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2020-2022, approvato con Delibera del Commissario Straordinario n. 337 del 21 luglio 2021, le assunzioni a tempo indeterminato non completate nell’anno solare 2021 - nel rispetto dell’attuale tetto di spesa del personale autorizzato dalla Regione Puglia pari ad € 31.173.942,00 - **sono programmate per l’anno 2022** come riportato nella tabella seguente.

n.	Profilo professionale	Costo annuo
2	Dirigente Medico disciplina Anestesia e Rianimazione	190.000
1	Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica (SSD Radiologia Senologica)	95.000
1	Dirigente Medico disciplina Cardiologia	95.000
1	Dirigente Medico disciplina Radiologia Diagnostica	95.000
1	Dirigente Medico disciplina Igiene e Sanità Pubblica (Direzione Sanitaria)	95.000



1	Dirigente Medico disciplina Radioterapia	95.000
1	Dirigente Medico disciplina Chirurgia Plastica	95.000
1	Dirigente Sanitario Farmacista	80.000
1	Dirigente Sanitario Fisico	80.000
6	Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)	177.504
1	CPS - Dietista (cat. D)	40.000
8	Collaboratore amministrativo (cat. D) - concorso categorie protette	264.000
1	Collaboratore amministrativo (cat. D)	33.000
3	Assistente amministrativo (cat. C)	99.000
1	Coadiutore amministrativo (cat. B)	30.000
1	Operatore tecnico specializzato - Autista di ambulanza (cat. BS)	30.000
1	Operatore tecnico - Centralinista (cat. B)	30.000
2	Collaboratore tecnico professionale (cat. D)	66.000
1	Assistente tecnico (cat. C)	33.000
6	Progressione verticale da Assistente amministrativo (cat. C) a Collaboratore amministrativo (cat. D)	15.967
3	Progressione verticale da Collaboratore amministrativo (cat. D) a Collaboratore amm.vo senior (cat. D Super)	7.824
44	Totale Costo Assunzioni 2022 nei Limiti del Tetto di Spesa Annuo di € 31.173.942,00	1.746.295
8	Costo assunzioni categorie protette	264.000
36	Costo al netto delle assunzioni categorie protette	1.482.295
Altre Assunzioni a Tempo Indeterminato Programmate per l'anno 2022 che non determineranno un incremento della Spesa del Personale, mediante riduzione dei Contratti a Tempo Determinato		
1	Dirigente Medico disciplina Anestesia e Rianimazione (stabilizzazione ai sensi dell'art. 20, comma 1, D.Lgs. 75/2017)	0
27	CPS - Infermiere (cat. D) - Procedure concorsuali uniche regionali ASL BT (concorso a mobilità)	0
3	Dirigente Medico disciplina Oncologia	0
1	CPS - Tecnico di laboratorio (cat. D)	0
1	CPS – Tecnico di radiologia (cat. D)	0

In relazione alle assunzioni di personale per l'emergenza epidemiologica Covid-19, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale – Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità e Sport per Tutti della Regione Puglia, con Nota Prot. n. AOO_168/4348 del 16 dicembre 2021



avente ad oggetto "Linee operative per l'adozione del Bilancio provvisorio di Previsione 2022", ha disposto lo stanziamento delle spese per il personale Covid considerando un periodo per l'assistenza fino a giugno 2022 oltre alla campagna vaccinale in misura pari all'esercizio 2021. Pertanto, nel Bilancio di Previsione 2022 è stata stimata una spesa pari al 50% di quella stimato al 31 dicembre 2021, pari ad €/mgl 631.

La documentazione con cui è stata deliberata la rimodulazione della dotazione organica sinora approvata dalla Regione Puglia è riportata nella "Allegato 1 alla Sottosezione "Piano Triennale dei Fabbisogno del Personale" – Delibere di adozione"

- Deliberazione del Direttore Generale n. 337 del 21.07.2021 avente ad oggetto "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 e rimodulazione dotazione organica, ai sensi dell'art. 6, comma 3, D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.";
- Deliberazione della Giunta Regionale pugliese n. 417 del 01.04.2022 avente ad oggetto " Art.6 D.Lgs.165/2001; DM 8/5/2018-Approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 dell'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari".

Con recente nota prot. n. 7595 del 01.04.2022, l'IRCCS ha proposto alla Regione Puglia, attraverso il Piano di Rilancio di cui si è fornita informazione al paragrafo 3.3 del presente PIAO, l'indispensabile apporto di personale necessario, di seguito sintetizzato:

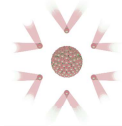
Clinicizzazione della U.O. di Ginecologia: che consentirà, attraverso l'incremento del personale medico (6 medici di cui 1 direttore) ed infermieristico (2 unità), per il potenziamento dell'offerta in regime di ricovero, ed un'idonea occupazione dei posti letto.

Disciplina di Otorinolaringoiatria: l'attuale dotazione organica necessita dell'incremento di n. 5 dirigenti medici di cui n.1 direttore medico;

Potenziamento dell'attività operatoria di Sala e di ambulatorio chirurgico: Il potenziamento ed efficientamento del blocco operatorio mediante l'utilizzo di tutte le attuali sale operatorie utili allo smaltimento delle liste di attesa, nonché anche allo scopo di attivare percorsi separati in setting assistenziali di day service separati dal blocco operatorio, come pure al fine di strutturare le funzioni relative alla terapia del dolore necessita di un incremento della dotazione di n. **3 dirigenti medici di disciplina di Anestesia e n. 6 CPS Infermieri.**

Potenziamento del C.Or.O.: Il Centro di Orientamento Oncologico dell'IRCCS, secondo le intese formalizzate dall'uCoor, deve essere funzionalmente predisposto ad una capacità gestionale intraprovinciale per la presa in carico anche dell'utenza oncologica proveniente dall'IRCCS De Bellis, nonché, dal P.O. San Paolo e dal P.O. Di Venere. A tale scopo si rende indispensabile e quanto mai urgente prevedere l'assunzione di n. 4 dirigenti medici della disciplina di Oncologia per coprire le differenti turnazioni, oltre a n. 2 Infermieri e n. 1 collaboratore amministrativo. Ritenendo, inoltre, fondamentale procedere ad una revisione del percorso di accoglienza anche in virtù di quanto previsto dalle Linee guida regionali "Hospitality" si necessita di un incremento della dotazione organica di n. 4 unità di dirigente di Psicologia Clinica.

Attività conseguenti alla presa in carico: Si rende necessario prevedere l'assunzione di n. 3 CPS-Fisioterapisti e di n. 1 Dirigente Medico della disciplina di Fisiatria. Tale previsione risulta di fondamentale supporto per innalzare la qualità e l'"appeal" delle attività di chirurgia oncologica, al fine di garantire un continuum assistenziale appropriato attivando un percorso riabilitativo sin dal



momento della degenza e finanche al post dimissione. Si rende necessaria altresì la dotazione di un dietista e n. 1 assistente sociali.

Potenziamento delle attività diagnostiche:

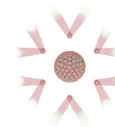
Laboratori Diagnostici: Analoga necessità di potenziamento, susseguente all'attivazione dei PDTA da prima visita emerge nell'ambito dei Laboratori Diagnostici che dovrà prevedere l'incremento per di n. 1 unità di dirigente medico. Per la Patologia Clinica si rende necessario l'incremento, per le attività diagnostiche di supporto alle procedure analitiche propedeutiche alle chemioterapie n. 1 tecnico di laboratorio Tanto al fine di ottimizzare i percorsi pre-analitici ed analitici, attraverso l'impiego a pieno regime dell'attuale strumentazione tecnologica oggi sottoimpiegata rispetto alle potenzialità produttive. Anche al fine dell'allestimento del nuovo laboratorio di citogenetica realizzato con fondi POR, ma principalmente per garantire il supporto alle attività di screening, previste dalla DGR n. 2198 del 22 dicembre 2021 - Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, si rende indispensabile implementare la dotazione dell'Anatomia Patologica con almeno n. 2 medici e n. 4 tecnici di Laboratorio. Tenuto conto della prossima individuazione del Laboratorio di diagnostica molecolare e farmaco genetica quale centro di riferimento dei test genomici del carcinoma mammario in fase precoce, è necessario prevedere un incremento della dotazione della U.O. di Diagnostica Molecolare e Farmaco-Genetica con n. 1 dirigente biologo e n. 1 tecnico di laboratorio per le attività correlate alle tecniche di sequenziamento.

Radiologia diagnostica e senologica: L'attuale incremento della dotazione strumentale della U.O. di Radiologia Diagnostica che, a partire da metà gennaio, ha visto l'attivazione di un nuovo tomografo computerizzato a 128 slices rende necessario un potenziamento della dotazione organica con n. 3 dirigenti medici afferenti la medesima disciplina. Si ritiene opportuno evidenziare come già fatto in diversi atti ufficiali che la diagnostica TC rappresenta un punto fondamentale degli accertamenti sui sospetti diagnostici che rischia di divenire un critico collo di bottiglia dei PDTA. Tale necessità di potenziamento investe, inoltre, anche la dotazione organica della U.O. di Radiologia Senologica che dovrà necessariamente arricchirsi con n. 2 unità di dirigenti medici di radiodiagnostica senologica, in quanto attualmente insufficiente a gestire la crescente domanda assistenziale inerente le attività di screening di II livello dei tumori mammari, nonché di follow up. E' indispensabile anche il potenziamento con un tecnico di radiologia.

Potenziamento della piastra ambulatoriale e dell'attività di chemioterapia: Il descritto potenziamento dell'attività chemioterapica e l'estensione delle somministrazioni anche al pomeriggio richiede una dotazione organica aggiuntiva dell'unità di U.Ma.C.A. di n. 2 dirigenti farmacisti e di n. 12 unità di personale infermieristico per il potenziamento delle attività ambulatoriali, n. 4 commessi per l'orientamento e l'assistenza ai pazienti e di n. 5 Operatori Socio Sanitari per attività di supporto assistenziale.

La dotazione organica relativa al personale di comparto dovrà inoltre prevedere un incremento complessivo di di terapia e cura, oltre che di n. 4 unità di personale del ruolo tecnico sanitario (n. 1 Dietista, n. 2 Assistente sociale,). Al fine di garantire la continuità assistenziale post dimissione con l'avvio delle attività di assistenza domiciliare, nonché per potenziare gli aspetti relativi alla control room, è opportuno prevedere l'incremento del personale di dotazione complessiva con n. 4 autisti e n. 6 infermieri.

Potenziamento a seguito di incremento delle attività di screening del Colon-Retto: le attività diagnostiche conseguenti alla prima fase degli screening comporterà un incremento degli esami



endoscopici che comportano un'accresciuta esigenza di n. 4 unità di personale medico per la struttura dell'Endoscopia Digestiva.

Potenziamento dell'attività domiciliare: l'avvenuto avvio della centrale operativa regionale di telemedicina consente di erogare prestazioni sanitarie di televisita e telemedicina con il supporto di personale infermieristico in attività territoriale e/o autisti: si prevede un fabbisogno di n. 4 autisti e n. 6 CPS infermieri.

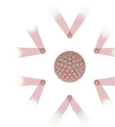
Ematologia: per tale unità deve prevedersi l'adeguamento al disposto normativo di cui alla DGR n. 1107 del 16 luglio 2020 con l'incremento della dotazione organica di n. 5 dirigenti medici, n. 2 dirigenti biologi, n. 4 tecnici di laboratorio e n. 5 infermieri.

Da ultimo si rassegnano le complementari esigenze di correlato personale tecnico ed amministrativo:

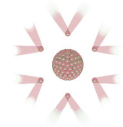
- N. 1 dirigente ingegnere per l'Ingegneria Clinica;
- N. 1 Dirigente analista per gli uffici informatici;
- N. 1 Dirigente amministrativo per l'URP;
- N. 4 Dirigenti Amministrativi per il supporto alle Direzioni;
- N. 1 Dirigente Tecnico Giornalista per l'Ufficio Comunicazione;
- N. 1 Dirigente Professionale Avvocato in staff alla Direzione Strategica
- N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Informatico (cat D.);
- N. 1 Collaboratore Tecnico Professionale Ingegnere (cat D.);
- N. 1 Collaboratore Amministrativo Anticorruzione e Privacy (cat D.);
- N. 4 Collaboratori Amministrativi (cat. D);
- N. 4 Assistenti Amministrativi (cat. C);

Di seguito una tabella riassuntiva del fabbisogno di personale utile al nuovo piano di rilancio dell'IRCCS:

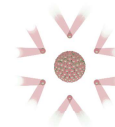
INCREMENTO DOTAZIONE ORGANICA E SPESA DI PERSONALE ANNO 2022			
POTENZIAMENTO UNITA' OPERATIVA	N.	Profilo professionale	Costo annuo
U.O.C. GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA (12 posti letto)	1	Direttore Medico	€ 120.000,00
	5	Dirigente Medico	€ 475.000,00
	2	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 83.500,00
	8	TOTALE	€ 678.500,00
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA (per screening)	2	Direttore Medico	€ 190.000,00
	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000,00
	6	TOTALE	€ 350.000,00
U.O.C. EMATOLOGIA - Adeguamento della dotazione	5	Dirigente Medico	€ 475.000,00
	2	Dirigente Biologo	€ 170.000,00



organica ai sensi della D.G.R. n. 1107 del 16.07.2020	4	CPS- Tecnico di Laboratorio Biomedico	€ 160.000,00
	5	CPS - Infermere (cat. D)	€ 208.750,00
	16	TOTALE	€ 1.013.750,00
MEDICINA NUCLEARE	4	Dirigente Medico	€ 380.000,00
	1	Dirigente Fisico	€ 85.000,00
	6	CPS - Tecnico di Radiologia (cat.D)	€ 240.000,00
	6	CPS - Infermere (cat. D)	€ 250.500,00
	17	TOTALE	€ 955.500,00
POTEZIAMENTO ONCOLOGIA MEDICA PER PAZIENTI FRAGILI	2	Dirigente Medico Oncologo	€ 190.000,00
	2	CPS - Infermere (cat. D)	€ 83.500,00
	4	TOTALE	€ 273.500,00
Dirigente Medico per potenziamento attività di Sala Operatoria	3	Dirigente Medico disciplina anestesia e rianimazione	€ 285.000,00
Dirigente Medico per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	4	Dirigente Medico disciplina Oncologia	€ 380.000,00
CPS- Infermiere per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	2	CPS - Infermere (cat. D)	€ 83.500,00
Collaboratore amministrativo per l'attività della Rete Oncologica Pugliese nell'ambito del C.O.R.O.	1	Collaboratore amministrativo	€ 33.000,00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Radiologia Diagnostica e UOSD Radiologia Senologica	5	Dirigente Medico disciplina Radiodiagnostica	€ 475.000,00
Dirigente Medico per potenziamento attività UO Otorinolaringoiatria	5	Dirigente Medico disciplina Otorinolaringoiatria	€ 475.000,00
Dirigente Medico per potenziamento attività UOSD Endoscopia Digestiva	4	Dirigente Medico disciplina Gastroenterologia	€ 380.000,00



ALTRI PROFILI	N.	Profilo professionale	Costo annuo
Dirigente Medico per potenziamento attività UOC Chirurgia Plastica	1	Dirigente Medico disciplina Chirurgia Plastica	€ 95.000,00
Dirigente Medico per potenziamento attività Laboratorio di analisi	1	Dirigente Medico disciplina Patologia Clinica	€ 95.000,00
Dirigente Sanitario Non Medico	4	Dirigente Psicologia Clinica	€ 340.000,00
Dirigente Sanitario Non Medico	2	Dirigente Farmacista per UMACA	€ 170.000,00
Dirigente Sanitario Non Medico	1	Dirigente Biologo	€ 85.000,00
Dirigente Ruolo Professionale	1	Dirigente Ingegneria Clinica	€ 80.000,00
Dirigente Ruolo Tecnico	2	Dirigente Analista	€ 160.000,00
Dirigente per Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000,00
Personale Amministrativo	4	Dirigente Amministrativo	€ 320.000,00
Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa - Giornalista	1	Dirigente Amministrativo	€ 80.000,00
Dirigente Avvocato da assegnare in staff alla Direzione Strategica	1	Dirigente Avvocato	€ 80.000,00
Dirigente medico disciplina Fisiatria	1	Dirigente Medico	95.000,00 €
Personale della Riabilitazione	3	CPS - Fisioterapista (cat. D)	€ 120.000,00
Personale Infermieristico per potenziamento attività Sala Operatoria	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500,00
Personale Infermieristico per potenziamento attività ambulatoriali	12	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 501.000,00
Personale Tecnico Sanitario	7	CPS (cat. D) - n.1 Dietista, n. 1 Assistente sociale, n.2 Tecnico di laboratorio, n.3 Tecnico di radiologia	€ 280.000,00
Personale Tecnico per l'attività di Assistenza Domiciliare	4	Autisti	€ 120.000,00



CPS- Infermiere per l'attività di Assistenza Domiciliare	6	CPS - Infermiere (cat. D)	€ 250.500,00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Informatico (cat. D)	€ 33.000,00
Personale Tecnico	1	Collaboratore tecnico professionale - Ingegnere (cat. D)	€ 33.000,00
Personale Amministrativo	1	Collaboratore amministrativo (cat. D) - Anticorruzione e Privacy	€ 33.000,00
Personale Amministrativo	4	Collaboratore amministrativo (cat. D)	€ 132.000,00
Personale Amministrativo	4	Assistente amministrativo (cat. C)	€ 120.000,00
Personale Tecnico	5	Operatore Socio-sanitario	€ 147.920,00
Personale Amministrativo	4	Commessi	€ 132.000,00
	102	TOTALE	€ 5.944.420,00
TOTALE INCREMENTO PERSONALE	153	TOTALE INCREMENTO COSTO ANNUO	€ 9.215.670,00

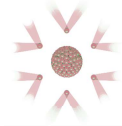
4.3.4. Il fabbisogno formativo

Trovano adeguata collocazione strategica nel PIAO, come ovvio, le strategie formative delle risorse umane. La formazione continua è difatti volta a migliorare il livello di qualificazione e di sviluppo professionale dei lavoratori, assicurando capacità competitiva e dunque adattabilità ai cambiamenti tecnologici ed organizzativi.

In particolare, la formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la partecipazione degli operatori alle qualificate iniziative di formazione previste dall'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., è finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, e ad adeguare i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico.

Alle attività formative, mediante la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 758 del 29.12.2021, relativa al "Bilancio Pluriennale di Previsione 2022-2024 - Bilancio Preventivo Economico Annuale 2022", sono state ufficialmente allocate le risorse di cui alla voce 3) Acquisti di servizi non sanitari, lettera c) "Formazione" pari ad € 168.084,00, da imputare ai seguenti conti economici:

- 7121000005 costi da privato
- 7121000003 costi da pubblico;



I costi per la formazione del dipendente sono stati determinati nella misura del 50% della spesa sostenuta nell'anno 2009 ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del Decreto Legge n. 31 maggio 2010, n. 78 (€ 121.891) incrementati delle spese per corsi obbligatori ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro e di formazione necessaria a corrispondere specifici obblighi normativi (€ 39.835) e delle spese per formazione interamente finanziate con contributi esterni (6.358).

Naturalmente l'impianto complessivo del Piano di Formazione, approvato per l'anno 2022 con Deliberazione n. 72 del 31 marzo 2022, è rispondente alla disciplina de:

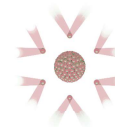
- i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dirigente dell'Area Sanità, della Dirigenza dei ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo, nonché dell'Area del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, disciplinano la formazione e l'aggiornamento dei dipendenti;
- gli Accordi Stato-Regioni in materia di educazione continua del 2007 e del 2009 in cui sono state delineate le nuove regole per il sistema di accreditamento della formazione continua e definiti i requisiti minimi richiesti per l'accREDITamento dei Provider, cioè dei soggetti che sono abilitati ad erogare formazione ai fini ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;

Sono previste attività formative obbligatorie per tutto il personale nei seguenti tre ambiti strategici:

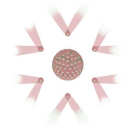
- Sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- Anticorruzione e Trasparenza ai sensi della Legge n. 190/2012;
- Alfabetizzazione e sicurezza informatica ai sensi dell'Art. 13 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Oltre a questi 3 ambiti la citata Deliberazione n. 72/2022 ha stabilito l'esecuzione dei seguenti corsi di formazione:

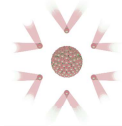
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Progetto formativo Hospitality - <i>Umanizzazione delle cure</i> - <i>Il coinvolgimento emotivo</i> - <i>La gestione dell'aggressività e della rabbia</i> - <i>Modalità di gestione dello stress</i>	Dott.ssa Antonia Pece Servizio di Psicologia Oncologica e Musicoterapia	Progetto formativo sull'accoglienza Receptionist, Punti informativi, Personale accoglienza Sorveglianza, URP, CUP e Ticket, Assistenti Sociali, Personale Ufficio Cartelle Cliniche	IRCCS - ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 4 incontri di 3 ore ciascuno Gruppi di massimo 12 operatori
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione in Istituto per la "Corretta Gestione dell'armadio Farmaceutico e di Stupefacenti" <u>Riferimenti</u>	SAVE ACADEMY – SIMESO	Progetto obbligatorio per Coordinatori Infermieristici e Direttori/Responsabili delle UU.OO.	IRCCS - ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 5 ORE 30 DISCENTI



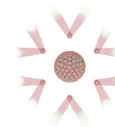
	DPR 300/90, DM 15.02.1996, Decreto 3 agosto 2001, D.L. 1 marzo 2018 n.21, D.L. 1 marzo 2018, D.M. 29 dicembre 2020			
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso in <i>"Materia di Protezione dei Dati Personali e Privacy nella Sanità"</i>		Formazione obbligatoria	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso su <i>"La responsabilità Medica e della Struttura Sanitaria: Legge Gelli, cosa cambia dopo i decreti attuativi"</i>			IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le professioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"</i>	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Generale	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Amministrativi e Sanitari 2 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"</i>	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Specifica Rischio Alto ex novo	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 4 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio <i>"Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai</i>	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione lavoratori Aggiornamenti	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari



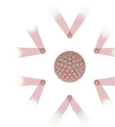
	sensi del D.lgs. 81/2008"			9 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio "Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione lavoratori Aggiornamenti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Amministrati vi 3 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio "Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Preposti ex novo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio "Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti Preposti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio "Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Dirigenti ex novo	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio "Sicurezza e Prevenzione sui posti di lavoro" ai sensi del D.lgs. 81/2008"	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti Dirigenti	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 1 Edizioni



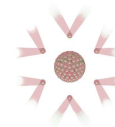
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso di Formazione Obbligatorio Aggiornamento antincendio	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.	Formazione Aggiornamenti antincendio (Rischio Medio)	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sanitari 4 Edizioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Corso Prove di evacuazione nell'emergenza	Convenzione Consip Consilia CFO S.R.L.		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Formazione su tecnica di gestione dei fondi contrattuali della Dirigenza e dell'Area di Comparto			IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale dell'UOC AGRU
U.O.S.D. CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE	Formazione su Tecniche relazionali e strategie per le politiche di sviluppo e qualificazione del personale dipendente Dirigenziale e di Comparto secondo le previsioni del CC.CC.NN.LL.			IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale dell'UOC AGRU
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE (S.C. Area Tecnica, S.C. Area GRU, S.C. Area GFR e S.S.D. Patrimonio)	Corso "Gestione efficace del tempo"	Dott.ssa Laura Conte Psicologa, Consulente HR (www.lauraconte.it)	Formazione obbligatoria Sviluppo delle soft skills	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sala Riunioni degli Uffici di Via Camillo Rosalba



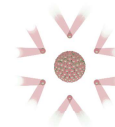
				6 ore cadauno 20 dipendenti
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE (S.C. Area Tecnica, S.C. Area GRU, S.C. Area GFR e S.S.D. Patrimonio)	Corso "Gestione dei conflitti con successo"	Dott.ssa Laura Conte Psicologa, Consulente HR (www.lauraconte. it)	Formazione obbligatoria Sviluppo delle soft skills	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Sala Riunioni degli Uffici di Via Camillo Rosalba 6 ore cadauno 20 dipendenti
S.C. AREA GESTIONE RISORSE UMANE	Corso di Formazione pratico di "Informatica e digitalizzazione nella PA"		Acquisizione conoscenze tecniche delle principali piattaforme Sicurezza informatica	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 15 dipendenti
Dipartimento dei Servizi U.O. di Patologia Clinica	Corso UNI EN ISO 9001:2015	TQM MANAGEMENT S.r.l.	Formazione obbligatoria	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale del Laboratorio di Patologia Clinica
S.C. ANESTESIA , RIANIMAZIONE E TIPO	Corso di Formazione ECM per Impiantatore PiCC e PiCC-PORT	Direttore Dott. Giuseppe Carravetta Referente Dott.ssa Domenica Garofalo	Addestramento ad eseguire impianti di PiCC seguendo le linee guida correnti Acquisizione competenze tecnico- professionali Medici (tutte le specializzazioni) Infermieri professionali	IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 4 giorni 24 ore di teorie



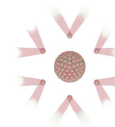
				9 ore di pratica 12 partecipanti
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "Puglia per il seno 2022"	Dott. Pietro Monno Dott.ssa Rosalba Dentamaro	Cura del tumore mammario, Breast Unit, PDTA del paziente	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Convegno Medici Breast Unit, Fisici sanitari, TSRM, Medici di Medicina Generale, Genetisti, Psicologi 150 partecipanti
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	Evento Formativo "Per-correndo insieme : il carcinoma polmonare"	Dott. Domenico Galetta Dott.ssa Giacomina Ungaro Dott.ssa Daniela De Marzo	La Patologia Toracica	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA	Evento Formativo "Supporto infermieristico nella cessazione al fumo"	Dott. Domenico Galetta CPSI Dott.ssa Graziana De Bene CPSI Dott.ssa Rossella Erriquez CPSI Dott.ssa Calabrese Angela	Il Tabagismo	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA	Evento formativo "Qualità e criticità delle oncologie delle ROP"	Dott. Vito Lorusso Dott.ssa Daniela De Marzo		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri



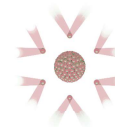
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA	Evento formativo "Quanto incide l'assenza dei parenti nel processo di cura e fine vita in un paziente oncologico"	Dott. Vito Lorusso Dott. D'Alò Dott.ssa Sergio Dott.ssa Cormio		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA	Progetto formativo "Percorso e presa in carico del paziente oncologico dall'ambulatorio al reparto di degenza "l'anello di congiunzione" "	Dott.ssa Ungaro Dott.ssa De Marzo Dott. Morea Dott.ssa Pasqualicchio Dott. De Pinto		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici e Infermieri
AMBULATORI DI ONCOLOGIA MEDICA E ONCOLOGIA	Progetto formativo "L'OSS e la presa in carico del paziente all'interno dell'U.O. di Oncologia Medica attraverso l'utilizzo di strumenti operativi, "Scheda delle attività" "	Dott.ssa Daniela De Marzo OSS Marianna Nichilo		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri
S.C. ONCOLOGIA MEDICA	Formazione su "Centro di Orientamento Oncologico (COO): organizzazione e funzionalità dei primi accessi nell'Istituto Oncologico"	Dott. Oronzo Brunetti		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale sanitario afferente al COO
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Evento Formativo "Gestione delle Emergenze Intraospedaliere"	Dott.ssa Anna Colantoni Dott.ssa Maria Anna Sivo	I sistema di emergenza intraospedaliera è integrato con il sistema delle patologie cosiddette "tempo dipendenti", termine con il quale si identificano tutte quelle patologie in cui, al verificarsi dell'evento acuto, il fattore tempo costituisce un elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Personale sanitario



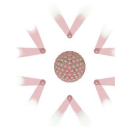
				<p>afferrante al Comparto</p> <p>350 partecipanti</p>
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Evento Formativo "Lavaggio delle mani e corretto uso dei guanti"	<p>Dott.ssa Anna Colantoni</p> <p>Dott.ssa Mariana Miano</p>	L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani. Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni e di conseguenza diventa, anche, la misura di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza più efficace e importante.	<p>IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Personale sanitario afferrante al Comparto</p> <p>350 partecipanti</p>
U.O. EMATOLOGIA U.O. TIPO	Evento Formativo "L'importanza della ricerca infermieristica nella pratica clinica"	<p>Dott. Rocco Teo Vertone</p> <p>Dott. Giuseppe Ottaviani</p>		<p>IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Infermieri</p> <p>60 partecipanti</p>
U.O. EMATOLOGIA U.O. TIPO	Evento Formativo "Best Nursing Practices per il controllo delle infezioni nel PDTA del paziente onco-ematologico in unità sterile di trapianto e del paziente in terapia intensiva"	<p>Dott. Rocco Teo Vertone</p> <p>Dott. Giuseppe Ottaviani</p>		<p>IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Infermieri, Operatori Socio-Sanitari</p> <p>60 partecipanti</p>
DIAGNOSI E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "I Tumori non operabili del Pancreas:Terapie Interventistiche e Mediche Integrate"	<p>Dott. Cosmo Damiano Gadaleta</p> <p>Dott. Girolamo Ranieri</p>		<p>IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI</p> <p>Tutte le Professioni</p>



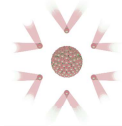
DIAGNOSI E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la radioembolizzazione epatica con ittrio 90 (y90)"	Dott. Cosmo Damiano Gadaleta Dott. Giuseppe Laricchia		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
DIAGNOSI E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "L'impatto della Sala Ibrida di Oncologia Interventistica nella prospettiva HTA: efficacia, sicurezza e costo della tecnologia nel lungo termine"	Dott. Cosmo Damiano Gadaleta Dott. Pasquale Molinari		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
DIAGNOSI E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "Cartella Infermieristica Sperimentale corredata di schede aggiuntive specifiche"	Dott. Cosmo Damiano Gadaleta Dott.ssa Nicla Roppo		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
DIAGNOSI E TERAPIA PER IMMAGINI	Corso "Gestione Infermieristica del Port-a-Cath arterioso"	Dott. Cosmo Damiano Gadaleta Dott.ssa Nicla Roppo		IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Tutte le Professioni
SC ONCOLOGIA SPERIMENTALE E GESTIONE BIOBANCA SSD DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGENETICA	Evento "Pillole di genetica in oncologia"	Dott. Angelo V. Paradiso Dott.ssa Stefania Tommasi Dott.ssa Margherita Patruno Dott.ssa Brunella Pilato	Alla base del cancro ci sono mutazioni che alterano l'espressione di particolari geni.	IRCCS-ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI 60 partecipanti (Medico, Biologo, tecnico di laboratorio biomedico,



				farmacista, psicologo) 4 ore
SSD AMBULATORIO DON TONINO BELLO SSD MELANOMI E TUMORI RARI	Eventi formativi "Aspetti assistenziali nella gestione del paziente in relazione alla patologia Oncologica" "Aspetti organizzativi finalizzati ad ottimizzare la conoscenza dei protocolli, procedure e linee guida" "Study Coordinator: organizzazione e gestione delle sperimentazioni cliniche" "La Lean negli accessi venosi" "Study Nurse: gestione del paziente sottoposto a terapie sperimentali"	Dott. Cataldo Petrarota		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Infermieri 20/30 partecipanti
UOSD MELANOMA E TUMORI RARI	ECM TEAM MULTIDISCIPLINA RE "MELANOMA E TUMORI RARI" Gennaio – Dicembre Anno 2022	Dott. Michele Guida		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI Medici, infermieri 25 partecipanti
	ECM TEAM MULTIDISCIPLINA RE "BREAST UNIT" Gennaio – Dicembre	Dott. Francesco Giotta		IRCCS- ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" DI BARI



	Anno 2022	Dott.ssa Lucia Rinaldi		Tutte le Professioni 50 partecipanti
U.O. ONCOLOGIA MEDICA	Eventi formativi “Medicina di genere in ambito oncologico: Percorsi Clinici di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione” “Gestione del rischio clinico: analisi di protocolli e procedure aziendali contestualizzate alla Breast Unit” “Dal “curare” al “prendersi cura”: la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente”	Dott. Francesco Giotta		IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Tutte le Professioni
UOC EMATOLOGIA	ECM TEAM MULTIDISCIPLINARE PER LE DISCRASIE PLASMACELLULARE Gennaio – Dicembre Anno 2022	Dott. Attilio Guarini Dott. Bernardo Rossini		IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Medici, Infermieri, Biologi 25 partecipanti
SSD ONCOLOGIA MEDICA PATOLOGIA TORACICA	ECM TEAM ONCOLOGIA POLMONARE ANNO 2022	Dott. Domenico Galetta	Analisi e discussione casi clinici, aggiornamenti bibliografici, discussione dei trials clinici profit e no-profit	IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Tutte le Professioni
U.O. EMATOLOGIA	Evento Formativo	Dott. Attilio Guarini		IRCCS-ISTITUTO TUMORI

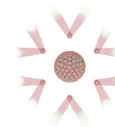


U.O. TIPO	“L’importanza della ricerca infermieristica nella pratica clinica”	Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		“GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Infermieri 60
	Evento Formativo “Best Nursing Practices per il controllo delle infezioni nel PDTA del paziente onco-ematologico in unità sterile di trapianto e del paziente in terapia intensiva”	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Infermieri, OSS 60
	Evento Formativo “Il ruolo dell’operatore sanitario nell’educazione terapeutica alla dimissione del paziente oncologico”	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Medici, Infermieri, OSS 100
U.O. EMATOLOGIA U.O. TIPO	Evento Formativo “L’importanza della ricerca infermieristica nella pratica clinica”	Dott. Attilio Guarini Dott. Giuseppe Carravetta Dott. Giuseppe Ottaviani Dott. Rocco Teo Vertone		IRCCS-ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II” DI BARI Medici, Infermieri, OSS 100

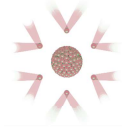
4.3.5. Il bilancio di genere ed il Piano delle Azioni Positive

A partire dal 2001, l’evoluzione normativa ha condotto ad introdurre progressivamente una serie di misure volte tutelare le pari opportunità di genere, combattere le discriminazioni e valorizzare il benessere di chi lavora.

L’attuale situazione in termini di bilancio di genere vede la seguente allocazione del personale:



Ruoli – Qualifiche del personale dipendente	Uomini	Donne	Percentuale Donne
RUOLO AMMINISTRATIVO	27	39	59%
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	11	14	
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	3	5	
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	1		
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	10	15	
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE ESPERTO		1	
COMMESSE		2	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2	2	
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	50%
COLLABORATORE PROFESSIONALE SPECIALISTA NEI RAPPORTI CON I MEDIA		1	
DIRIGENTE AVVOCATO		1	
DIRIGENTE INGEGNERE	2		
RUOLO SANITARIO	197	369	65%
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - ASSISTENTE SANITARIO -	1	1	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - FISIOTERAPISTA -	1		
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE -	71	207	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO -	7	45	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA -	19	16	
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO - INFERMIERE		3	
DIRETTORE FARMACISTA		1	
DIRETTORE MEDICO	10		
DIRIG. PROFESS. SANIT. INFERM. TEC. RIABILIL. DELLA PREVENZ. PROF. OSTETRICHE	1	1	
DIRIGENTE BIOLOGO	4	6	
DIRIGENTE FARMACISTA		5	
DIRIGENTE FISICO	3	1	
DIRIGENTE MEDICO	76	81	
DIRIGENTE PSICOLOGO		1	
INFERMIERE GENERICO 1 ANNO CORSO ESPERTO	4	1	
RUOLO TECNICO	36	50	58%
ASSISTENTE TECNICO		1	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2	3	
COLLABORATORE PROFESSIONALE ASSISTENTE SOCIALE		1	
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	4	2	
OPERATORE SOCIO SANITARIO	21	42	
OPERATORE TECNICO	4	1	
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	4		
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO ESPERTO	1		
Totale complessivo	262	460	64%



La rilevazione effettuata attesta un'ottima ripartizione tra i generi per ciascun ruolo e qualifica. Deve però evidenziarsi che tra la Dirigenza Medica i ruoli apicali (Direttore di struttura complessa) sono appannaggio soltanto di uomini, mentre nella Dirigenza sanitaria non medica – farmacisti la totalità dei dirigenti/direttori è di sesso femminile.

Sotto il profilo della pianificazione delle azioni positive, e di quanto prescritto dalla vigente normativa di cui a:

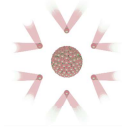
- l'art. 48 del d.lgs. n. 198 del 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", prescrive alle amministrazioni pubbliche di predisporre Piani triennali di azioni positive "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro tra uomini e donne";
- l'art. 21 della Legge 183/2010 stabilisce che "le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni alla sicurezza sul lavoro" e che garantiscono altresì "un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno";
- l'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001, come novellato dall'art. 21 della Legge n. 183/2010, prevede la costituzione nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" che ha sostituito, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le pari opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing".

e tenendo debito conto de:

- l'art. 8 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, riconosce la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche;
- la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del n. 2 del 2019 ad oggetto "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", che dispone che il Piano triennale di azioni positive, "tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro", in ragione del collegamento con il ciclo della performance, debba essere aggiornato ogni anno, anche come allegato al Piano della performance;

con deliberazione del Commissario Straordinario n.427 del 30.08.2021, è stato istituito il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.), successivamente modificato con deliberazione n. 565 del 26.10.2021 e da ultimo con deliberazione n. 728 del 14.12.2021 stabilendone la composizione ed i compiti tra cui rientra quello propositivo, di predisposizione del previsto Piano delle Azioni Positive.

A seguito di trasmissione alla Direzione Strategica dell'Istituto, da parte del suddetto Comitato, della proposta di Piano delle Azioni Positive 2022-2024 per orientare l'azione amministrativa tenendo in debito conto la più ampia prospettiva del benessere organizzativo e sostenendo la realizzazione di



iniziative miranti alla valorizzazione di tutto il personale e di prevenzione contro ogni forma di discriminazione sul lavoro, esso è stato adottato con Deliberazione n. 82 del 4 aprile 2022.

Le azioni da esso previste e che debbono ritenersi integrate al Piano della Performance sono le seguenti:

Obiettivo 1: Pari Opportunità

Azione 1: Sensibilizzazione su attività obiettivi e materie di competenza del Cug

Target: Condividere con i dipendenti e i cittadini informazioni di dettaglio sul Cug, sulle sue funzioni e sui suoi compiti, nonché sulle attività svolte.

Tempi di attuazione: 2022- 2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, Direzione Amministrativa , SSD Clinical Risk Management e Formazione

Monitoraggio e indicatori: Aggiornamento pagina dedicata, numero corsi di formazione attivati

Azione 2: Prevenzione degli atti di violenza.

Target: Gestione e contrasto degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Tempi di attuazione: 2022- 2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, RSPP, Direzione Sanitaria, SSD Clinical Risk Management e Formazione e SSD Servizio delle Professioni Sanitarie

Monitoraggio e Indicatori: Redazione codice di condotta, Realizzazione evento formativo per operatori sanitari interni

Azione 3: Individuazione di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità

Target: Promuovere e sostenere l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità al fine di favorire e facilitare l'inserimento lavorativo dei dipendenti con disabilità nei diversi contesti di lavoro

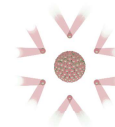
Tempi di attuazione: 2022-2023

Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Avvio e conclusione della procedura per l'individuazione del Responsabile dei Processi di inserimento delle persone con disabilità; revisione degli inserimenti lavorativi già effettuati al fine di individuare le procedure più idonee a facilitare l'inserimento nei diversi contesti di riferimento.

Obiettivo 2: Valorizzazione del benessere





Azione 1: **Codice di comportamento, diritti e doveri del dipendente.**

Target: Conoscenza dettagliata del Codice di Comportamento aziendale, dei diritti e dei doveri del dipendente.

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: RPCT, SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinical Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa e UPD

Monitoraggio e indicatori: Numero di giornate di formazione organizzate, numero di dipendenti formati.

Azione 2: **Accoglienza e presentazione per i nuovi dipendenti**

Target: Organizzare e gestire le fasi di accoglienza dei nuovi dipendenti attraverso la predisposizione di materiale informativo di presentazione dell'azienda, con informazioni sulla articolazione dei servizi e sui contatti di interesse.

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Umane, SSD Clinical Risk Management e Formazione, SSD Servizio delle Professioni Sanitarie, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali

Monitoraggio e indicatori: Predisposizione del materiale informativo, numero di opuscolo informativi distribuiti

Azione 3: **Promozione della salute dei dipendenti**

Target: Potenziare percorsi di accesso semplificato a prestazioni diagnostico-terapeutiche e screening dei dipendenti

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: Servizi diagnostici, Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Accessi e numero visite.

Azione 4: **Supporto psicologico ai dipendenti**

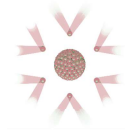
Target: Sostenere e assistere psicologicamente i dipendenti e aiutarli a trovare soluzioni adattative che li mettano in grado di gestire il proprio ruolo e le relazioni con l'ambiente, sia nell'ambito professionale che in quello privato.

Tempi di attuazione: 2022- 2023- 2024

Strutture coinvolte: CUG, Medico Competente, RSPP, Psicologia clinica e Direzione Sanitaria

Monitoraggio e indicatori: Avvio Sportello di ascolto

Azione 5 **Conciliazione di tempi vita/lavoro**



Target: Riattivazione asilo nido aziendale per garantire un equilibrio tra il tempo di vita e di lavoro dei dipendenti

Tempi di attuazione: 2022-2024

Strutture coinvolte: SSD Patrimonio, SC Area Tecnica e Servizi Informatici

Monitoraggio e indicatori: Attivazione convenzione con scuole dell'infanzia per la gestione del servizio

OBIETTIVO 3: Contrasto alle discriminazioni e molestie sul lavoro

Azione 1: Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto. Training del personale su prevenzione delle molestie e forme di prevaricazione

Target: Formazione e aggiornamento del personale, compreso quello con qualifica dirigenziale, affinché contribuiscano allo sviluppo della cultura di genere, attraverso la promozione di stili di comportamento rispettosi del principio di parità di trattamento e la diffusione della conoscenza della normativa in materia di pari opportunità, inserendo appositi moduli in tutti i programmi formativi (art. 7 comma 4 del D.lgs n. 165/2001) e collegandoli, se possibile, all'adempimento degli obblighi in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (art. 28, comma 1 del D.lgs. n. 81 del 2008).

Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

Strutture coinvolte: Medico Competente, SSD Clinical Risk Management e Formazione, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali

Monitoraggio e indicatori: Numero di dipendenti formati e aggiornati sulla normativa

Azione 2: Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sulla valorizzazione delle differenze

Target: promuovere la predisposizione di bilanci di genere, al fine di poter allocare le risorse sui servizi in funzione delle diverse esigenze degli uomini e delle donne e contribuire così a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso una più equa distribuzione delle risorse finanziarie.

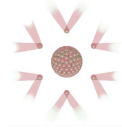
Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

Strutture coinvolte: SC Area Gestione Risorse Finanziarie, CUG, SSD Controllo di Gestione, Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria,

Monitoraggio e indicatori: Redazione Bilancio di genere con particolare riferimento alla figura della ricercatrice.

Azione 3: Consigliere di Fiducia

Obiettivo: Istituire la presenza del Consigliere di Fiducia



Tempi di attuazione: 2022-2023-2024

Strutture coinvolte: CUG, SC Area Gestione Risorse Umane, Direzione Amministrativa

Monitoraggio e indicatori: Analisi procedure amministrative avviate, presenza e attività del Consigliere di Fiducia

5. Sezione Monitoraggio

Il monitoraggio del PIAO verrà effettuato con cadenza trimestrale per ciascuna delle sue componenti:

- Performance;
- Trasparenza ed anticorruzione;
- Piano della azioni positive,

in quanto ciascuna di esse è dotata della descrizione degli indicatori e dei target di misurazione.

Le misurazioni, coordinate dal Controllo di Gestione, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro del Piano Integrato delle Attività e dell'Organizzazione saranno reperite:

- laddove si tratti di parametri misurabili, attraverso i sistemi informativi regionali/aziendali di riferimento;
- laddove di tipo qualitativo, attraverso audit effettuati presso le strutture responsabili delle attività previste dal PIAO;

Per quanto attiene al Piano di Rilancio indicato nel presente documento e Piano della Formazione, anche in tal caso si procederà con attività di rilevazione trimestrale condotta mediante audit a carico del Controllo di Gestione condotto il primo presso il Direttore del Dipartimento della Gestione ed il secondo presso il Dirigente Responsabile della SSD Rischio Clinico e Formazione.

L'esito di tali verifiche periodiche confluirà in report trimestrali inviati alla Direzione Strategica per l'eventuale introduzione di azioni correttive, rimodulazione degli obiettivi ecc.

I report saranno condivisi con le strutture interessate dalle attività e potranno essere oggetto di commenti, modifiche e richieste di revisione che verranno indirizzate al Controllo di Gestione ed alla Direzione Strategica per le decisioni.