

Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
“Burlo Garofolo”
Trieste

Relazione sulla
performance



Anno 2018

INDICE

Premessa	3
1. Sintesi dei principali risultati raggiunti	4
1.1 L'attività del periodo	4
1.2 Gli obiettivi regionali	10
1.3 Gli obiettivi Patto del DG	11
1.4 Qualità e appropriatezza	15
1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli.....	15
1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio	16
1.5 I risultati della ricerca	17
2. Analisi del contesto e delle risorse	19
2.1 Risorse, efficienza ed economicità	19
2.2 Le risorse umane	24
2.3 Il bilancio di genere	26
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali	30
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa	33
3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti	33
3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e produttività collettiva	34
3.2.1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali	36
3.3 Obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali	38
3.4 Sintesi della performance individuale	41
3.5 Obiettivi individuali collegati alla produttività strategica	43
4. Il processo di redazione della relazione sulla performance.	43
4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2018.....	43
4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento	44

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2018 dell'IRCCS Burlo Garofolo e viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) ed alla luce delle recenti Linee guida emanate dalla Funzione Pubblica (n. 3/2018), che illustrano i contenuti principali di tale documento.

La presente relazione descrive in estrema sintesi i risultati raggiunti nel 2018 a livello aziendale, di struttura operativa (centro di ed individuali, nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti. La documentazione relativa alla performance è consultabile sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente/ Performance", così come previsto dalla normativa vigente.

Il documento è stato formalmente adottato successivamente alla scadenza prevista dalla summenzionata normativa in quanto alcuni dati del 2018, collegati ad alcuni obiettivi, non risultavano ancora certificati dalla Regione; sono stati trasmessi nel corso del mese di luglio 2019 e pertanto l'IRCCS ha potuto procedere alla chiusura del ciclo della performance 2018 ed alla formalizzazione della relazione.

1. Sintesi dei principali risultati raggiunti

1.1 L'attività del periodo

La rendicontazione delle attività del periodo 2015-2018 è stata esposta nel Bilancio di mandato, presentato nel corso di una manifestazione aperta ai vari stakeholder nel mese di dicembre 2018. Il documento completo e quello di sintesi sono pubblicati sul sito dell'Istituto. Esso rappresenta le attività svolte dalla Direzione strategica sul ruolo e posizionamento del Burlo a livello regionale e nazionale e nello stesso tempo sulla sostenibilità aziendale con una politica di contenimento dei costi e di incremento, qualitativo e quantitativo, sia nell'ambito dell'assistenza che della ricerca.

Nei paragrafi sottostanti si riassumono i principali risultati raggiunti nel corso del 2018.

Nell'**Area Pediatrica medica** si registra un aumento rispetto ai valori dell'anno precedente e si evidenzia un incremento in particolare l'attività di trapianto di midollo osseo su pazienti con patologie oncoematologiche.

Nell'**Area Chirurgica pediatrica** si riscontra un incremento di attività sia nell'area dei ricoveri in regime di DH che del ricovero ordinario, dovuto ad importanti interventi di riorganizzazione delle sale operatorie, e, più in generale, di tutto il percorso del paziente chirurgico rivisto nell'ambito del progetto formativo regionale collegato al Lean Management. Nel contesto chirurgico vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano di essere sottolineati come gli interventi di artrodesi vertebrale e di impianti cocleari il cui andamento è esposto nella Tabella 4.

Nell'**Area Ostetrico-Ginecologica** si registra un aumento dell'attività che evidenzia principalmente un incremento dell'attività ginecologica, dovuta anche in questo caso al miglioramento organizzativo delle sale operatorie.

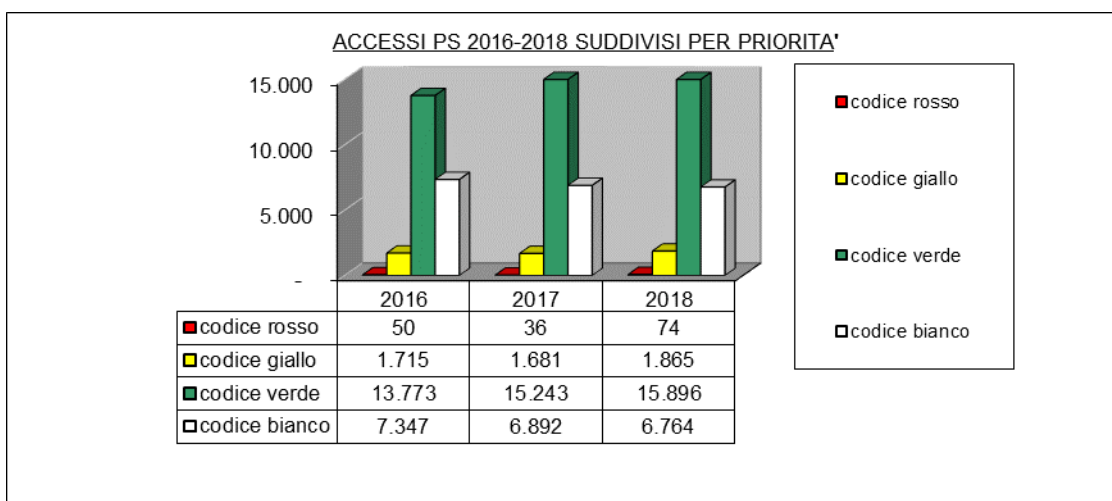
L'**analisi delle provenienze** dei pazienti conferma il ruolo di centro di riferimento nell'ambito regionale per l'attività chirurgica (i pazienti provenienti dalle altre AAS della Regione rappresentano il 42% dei pazienti ricoverati) nonché per l'attività medica (i pazienti provenienti dalle altre AAS della Regione rappresentano il 31% dei ricoveri), così come evidenziato anche nel documento di riorganizzazione della rete pediatrica.

Anche l'**attrazione extraregionale** mantiene buoni livelli, in linea con l'anno precedente. In particolare, l'attrazione extraregionale rappresenta il 15% dell'attività medica e il 28% di quella chirurgica, registrando in alcune aree dei valori molto elevati (ad es. in Ortopedia l'attività extraregionale di ricovero rappresenta il 50% dell'attività svolta e il 28% in Clinica Pediatrica), come si evince dai dati riportati nella tabella 3.

Tab. 1 – SINTESI ATTIVITA' OSPEDALIERA

ATTIVITA' DI RICOVERO - fonte portale SISR	anno 2016	anno 2017	anno 2018	Delta (2018/2017)	Delta % (2018-2017)
Numero totale di ricoveri	10.443	10.500	11.306	806	8%
Numero totale di ricoveri senza DRG 391 (neonato sano)	9.311	9.555	10.414	859	9%
Ricoveri ordinari	7.351	7.145	7.434	289	4%
Ricoveri DH	3.092	3.355	3.872	517	15%
Numero parti	1.560	1.455	1.477	22	2%
<i>Giornate di degenza</i>					
giornate di degenza RO	30.126	29.603	28.869	-734	-2%
giornate di degenza DH	4.985	5.334	6.337	1.003	19%
Degenza media RO	4,30	3,98	3,93		
Degenza media DH	2,00	1,59	1,64		
Tasso di occupazione RO	76%	74%	81%		
Tasso di occupazione DH	58%	68%	81%		

PRONTO SOCCORSO	anno 2016	anno 2017	anno 2018	Delta (2018/2017)	Delta % (2018-2017)
numero accessi	23.063	23.852	24.599	747	3%
numero accessi per triage					
<i>codice rosso</i>	50	36	74	38	106%
<i>codice giallo</i>	1.732	1.681	1.865	184	11%
<i>codice verde</i>	13.883	15.243	15.896	653	4%
<i>codice bianco</i>	7.398	6.892	6.764	-128	-2%
numero osservazioni brevi	459	475	547	72	15%
tempo medio di attesa alla visita per codice triage					
<i>codice rosso</i>	00:10	00:06	00:08		
<i>codice giallo</i>	00:11	00:10	00:09		
<i>codice verde</i>	00:46	00:46	00:42		
<i>codice bianco</i>	00:49	00:49	00:046		
ricoveri su totale accessi	680	627	700		
% ricoveri su totale accessi	2,95%	2,63%	2,85%		
ricoveri su totale accessi suddiviso per triage					
<i>codice rosso (N)</i>	29	20	39		
<i>%</i>	58%	56%	53%		
<i>codice giallo (N)</i>	274	268	322		
<i>%</i>	16%	16%	17%		
<i>codice verde (N)</i>	298	285	272		
<i>%</i>	2%	2%	2%		
<i>codice bianco (N)</i>	79	54	67		
<i>%</i>	1%	1%	1%		



Attività di ricovero primi 20 DRG per peso e frequenza - anno 2018				
Codice DRG	Descrizione DRG	Peso DRG	Frequenza	freq*peso
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0,98	459	449,13
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	0,44	991	439,90
546	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA	5,01	57	285,51
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	15,51	18	279,20
387	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI	3,53	62	218,97
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ < 18 ANNI	0,40	471	188,35
492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA, O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI	1,49	126	188,31
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	0,94	191	179,90
371	PARTO CESAREO SENZA CC	0,73	233	170,88
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	1,77	84	148,92
225	INTERVENTI SUL PIEDE	0,88	167	147,39
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,46	317	144,81
405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI	2,95	49	144,35
380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0,39	370	143,86
391	NEONATO NORMALE	0,16	892	142,54
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMATURIO CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	8,69	16	139,00
301	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	0,50	242	122,19
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	0,70	162	114
041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETÀ < 18 ANNI	0,59	168	98
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	0,81	116	94

Tab. 2 – SINTESI ATTIVITA' DI RICOVERO PER STRUTTURA

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA												
ISTITUTO DI RICOVERO IN CURA A CARATTERE SCIENTIFICO Burlo Garofolo di Trieste												
TAB 1 - SINTESI ATTIVITA' DI RICOVERO - PER AREA DI ASSISTENZA E STRUTTURA OPERATIVA												
gennaio - dicembre												
	Day Hospital				Ordinari				TOTALI			
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Δ % 2018/ 2017	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Δ % 2018/ 2017	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Δ % 2018/ 2017
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	3.092	3.355	3.872	15,41%	7.351	7.145	7.434	4,04%	10.443	10.500	11.306	7,68%
Area												
Pediatria	1.348	1.593	1.913	20,09%	2.867	2.682	2.719	1,38%	4.215	4.275	4.632	8,35%
Chirurgia	1.151	1.341	1.501	11,93%	1.520	1.517	1.591	4,88%	2.671	2.858	3.092	8,19%
Ostetricia Ginecologia	593	421	458	8,79%	2.964	2.946	3.124	6,04%	3.557	3.367	3.582	6,39%
Strutture complesse												
SC Neonatologia - TIN	52	52	52	0,00%	272	251	265	5,58%	324	303	317	4,62%
SC Neonatologia - Nido	0	0	0	0,00%	1.383	1.321	1.305	-1,21%	1.383	1.321	1.305	-1,21%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso	0	0	0	0,00%	18	38	24	-36,84%	18	38	24	-36,84%
SC Neuropsichiatria Infantile	207	179	204	13,97%	208	212	165	-22,17%	415	391	369	-5,63%
SC U Clinica Pediatrica	862	1.151	1.434	24,59%	700	628	683	8,76%	1.562	1.779	2.117	19,00%
SC Oncoematologia	227	211	223	5,69%	286	232	277	19,40%	513	443	500	12,87%
SC Chirurgia	360	475	511	7,58%	330	324	323	-0,31%	690	799	834	4,38%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	320	318	369	16,04%	530	514	532	3,50%	850	832	901	8,29%
SSD Odontostomatologia	186	195	196	0,51%	17	0	0	0,00%	203	195	196	0,51%
SC Ortopedia e Traumatologia	208	244	318	30,33%	528	518	597	15,25%	736	762	915	20,08%
SC Oculistica	77	109	107	-1,83%	111	147	128	-12,93%	188	256	235	-8,20%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia*	74	47	38	-19,15%	2.020	1.663	1.488	-10,52%	2.094	1.710	1.526	-10,76%
SC U Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia**	519	374	420	12,30%	944	1.283	1.636	27,51%	1.463	1.657	2.056	24,08%
SC Anestesia e Rianimazione	0	0	0	0,00%	4	14	11	-21,43%	4	14	11	-21,43%
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Δ % 2018/ 2017								
Numero parti totale di cui:	1.560	1.455	1.477	1,51%								
Parti cesarei	347	322	321	-0,31%								

Fonte dati: SDO portale SISR aggiornamento 04/02/2019

Tab. 3 – ANALISI PROVENIENZE ATTIVITA' DI RICOVERO

	ASUIT S		altre aziende FVG		FVG totale		Extraregione		Stranieri		TOT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	6.286	55,60%	3.024	26,75%	9.310	82,35%	1.708	15,11%	288	2,55%	11.306	100,00%
Area												
Pediatria	2.338	50,47%	1.428	30,83%	3.766	81,30%	701	15,13%	165	3,56%	4.632	100,00%
Chirurgia (età pediatrica)	878	28,40%	1.291	41,75%	2.159	69,83%	875	28,30%	48	1,55%	3.092	100,00%
Ostetricia Ginecologia	3.070	85,71%	305	8,51%	3.375	94,22%	132	3,69%	75	2,09%	3.582	100,00%
Strutture complesse												
SC Neonatologia - TIN	198	62,46%	104	32,81%	302	95,27%	11	3,47%	4	1,26%	317	100,00%
SC Neonatologia - Nido	1193	91,42%	70	5,36%	1.263	96,78%	22	1,69%	20	1,53%	1305	100,00%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	20	83,33%	3	12,50%	23	0,00%	0	0,00%	1	4,17%	24	100,00%
SC Neuropsichiatria Infantile	146	39,57%	148	40,11%	294	79,67%	61	16,53%	14	3,79%	369	100,00%
SC U Clinica Pediatrica*	667	31,51%	822	38,83%	1.489	70,34%	584	27,59%	44	2,08%	2117	100,00%
SC Oncoematologia	114	22,80%	281	56,20%	395	79,00%	23	4,60%	82	16,40%	500	100,00%
SC Chirurgia	297	35,61%	427	51,20%	724	86,81%	89	10,67%	21	2,52%	834	100,00%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	280	31,08%	388	43,06%	668	74,14%	228	25,31%	5	0,55%	901	100,00%
SSD Odontostomatologia	84	42,86%	82	41,84%	166	84,69%	28	14,29%	2	1,02%	196	100,00%
SC Ortopedia e Traumatologia	163	17,81%	277	30,27%	440	48,09%	461	50,38%	14	1,53%	915	100,00%
SC Oculistica	47	20,00%	114	48,51%	161	68,51%	69	29,36%	5	2,13%	235	100,00%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia**	1240	81,26%	180	11,80%	1.420	93,05%	63	4,13%	43	2,82%	1526	100,00%
SCU Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia***	1830	89,01%	125	6,08%	1.955	95,09%	69	3,36%	32	1,56%	2056	100,00%
SCR Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	0	0,00%			0		0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
SC Anestesia e Rianimazione	7	63,64%	3	27,27%	10	90,91%	0	0,00%	1	9,09%	11	100,00%

Tab. 4 – ATTIVITA' DI CHIRURGIA SPECIALISTICA

	2015	2016	2017
ARTRODESI VERTEBRALE	47	52	59
IMPIANTI COCLEARI	16	22	32
TOTALE	63	74	91

L'attività ambulatoriale evidenzia un sostanziale aumento rispetto l'anno precedente, al netto delle variazioni dovute alla diminuzione delle prestazioni di laboratorio: in data 14/12/2016 è stata infatti attuata la riorganizzazione dell'attività di laboratorio e pertanto gran parte delle prestazioni di Patologia Clinica sono effettuate dal Laboratorio spoke di ASUITs. Presso l'IRCCS sono svolte le prestazioni di diagnostica avanzata. Nell'area dei laboratori si evidenzia un incremento delle prestazioni più complesse erogate dalle strutture del Dipartimento di Diagnostica Avanzata.

Nell'analisi vanno considerati alcuni aspetti:

- Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale pediatrica, lo sforzo di garantire l'appropriatezza dei setting assistenziali trasformando prestazioni precedentemente in regime di DH, potenzialmente inappropriate, a prestazioni ambulatoriali ha portato ad un incremento delle prestazioni del 3,58%;
- Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale chirurgica, si registra un incremento che risulta molto elevato in tutte le strutture dell'area, quali la SSD Odontostomatologia (+31,70%) dove le prestazioni sono aumentate anche a seguito di quanto previsto dalle DGR relative all'Odontoiatria Sociale. Un notevole incremento si registra anche nella SC Oculistica (+17,83%) così come nella SC Otorinolaringoiatria e Audiologia (15,26%) nella SC Ortopedia e traumatologia (14,17), nella SC Chirurgia (11,15%).
- Un sostanziale aumento si registra anche per l'attività ambulatoriale dell'area ostetrico ginecologica in particolare si evidenzia l'importante incremento delle prestazioni di PMA (25,29%).

Tab. 5– SINTESI ATTIVITA' AMBULATORIALE PER STRUTTURA

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Δ % anno 2018/ anno 2017
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	228.698	147.181	177.290	20,46%
Area				
Pediatria	28.859	27.240	28.216	3,58%
Chirurgia (età pediatrica)	40.964	45.296	52.896	16,78%
Ostetricia Ginecologia	34.967	35.542	41.598	17,04%
Area laboratorio	117.057	32.793	48.008	46,40%
Radiologia	6.851	6.310	6.572	4,15%
Strutture complesse				
SC Neonatologia - TIN	1.757	1.663	1.635	-1,68%
SC Neonatologia - Nido				
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	27	25	2	
SC Neuropsichiatria Infantile	7.830	6.267	7.219	15,19%
SC U Clinica Pediatrica	6.298	6.537	6.416	-1,85%
SS Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.665	1.559	1.708	9,56%
SS Endocrinologia, auxiologia e diabetologia	3.249	2.630	2.143	-18,52%
SS Allergologia e trattamento dell'asma	3.457	3.145	3.296	4,80%
SS Cardiologia	3.856	4.125	4.482	8,65%
SC Oncoematologia	720	1.289	1.315	2,02%
SC Chirurgia	2.212	2.044	2.272	11,15%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	12.586	13.359	15.397	15,26%
SSD Odontostomatologia	2.664	4.707	6.199	31,70%
SC Ortopedia e traumatologia	17.623	17.788	20.309	14,17%
SC Oculistica	5.879	7.398	8.719	17,86%
SC U Clinica ostetrica e ginecologica + SSD Gravidanza a rischio	17.799	18.879	22.955	21,59%
SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	10.732	10.134	10.512	3,73%
SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	5.948	6.065	7.599	25,29%
SC Anestesia e Rianimazione	488	464	532	14,66%
SC Genetica medica	7.044	8.117	10.290	26,77%
S.C. R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	108.562	21.080	28.938	37,28%
SSD R Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	1.451	3.596	8.780	144,16%
SC R Radiologia pediatrica	6.851	6.310	6.572	4,15%

**) il 14/12/2016 è stata realizzata la riorganizzazione dell'attività di laboratorio e pertanto gran parte delle prestazioni di Patologia Clinica sono effettuate dal Laboratorio spoke di ASUITs. Presso l'IRCCS sono svolte le prestazioni di diagnostica ava*

1.2 Gli obiettivi regionali

La rendicontazione degli obiettivi regionali risulta coerente con gli atti di programmazione sotto riportati:

- **DGR 2667 del 28.12.2017:** LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione preliminare.
- **DGR 185 del 2.2.2018:** LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva.
- **DGR 725 del 21.3.2018:** DGR 185/2018 'LR 49/1996, art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva'. Integrazioni e modifiche.
- **DGR 736 del 21.3.2018:** Patto 2018 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale.
- **DGR 1423 del 27.7.2018:** "LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione annuale 2018 del Servizio sanitario regionale".
- **DGR 1912 del 19.10.2018:** "LR 26/2015, art. 44. I Rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economica, finanziaria e gestionale del Servizio Sanitario Regionale".
- **DGR 2165 del 23.11.2018:** DGR 1423/2018 concernente: 'LR 49/1996, art 16 e art 20 - programmazione annuale 2018 del servizio sanitario regionale' - modifiche ed integrazioni.
- **DGR 2350 del 14.12.2018:** LR 26/2015, art 44. Gestione del servizio sanitario regionale: Il rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economica, finanziaria e gestionale.

La rendicontazione dei risultati raggiunti è stata inviata alla Regione contestualmente al bilancio d'esercizio 2018, adottato con decreto n. 50 del 30/4/2019 – ancora in fase di valutazione e consolidamento da parte della DCS.

Si riporta nella tabella sottostante una sintesi relativa al raggiungimento degli obiettivi per linea progettuale, così come inviata alla DCS.

Tab. 6 – SINTESI RAGGIUNGIMENTO degli OBIETTIVI REGIONALI (per linea progettuale)

	Obiettivi raggiunti	Obiettivi parzialmente raggiunti	Obiettivi NON raggiunti	Obiettivi da stralciare	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	9	0	0	0	9
Linea 3.2 Promozione della salute e prevenzione	27			2	29
Linea 3.3 Assistenza distrettuale	12				12
Linea 3.4 Assistenza farmaceutica	14			2	16
Linea 3.5 Assistenza sociosanitaria	10			1	11
Linea 3.6 Progetti clinico assistenziale	14	1		3	18
Linea 3.7 Rapporti con i cittadini	9	2			11
Linea 4. Flussi informativi e valutazioni	6			1	7
Linea 5. Il sistema informativo e PACS	5	1			6
TOTALE	106	4	0	9	119

La tabella evidenzia un buon livello di raggiungimento degli obiettivi regionali, risultando pienamente raggiunti 106 macroobiettivi su 119 e cioè circa l'89% degli obiettivi totali. Gli obiettivi da stralciare corrispondono a progettualità che l'ente non ha potuto portare a termine per cause esterne, indipendenti dalla volontà.

1.3 Gli obiettivi Patto del DG

PREREQUISITI PER LA VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI: costituiscono prerequisiti per la valutazione degli obiettivi assegnati:

- il pareggio di bilancio;
- il mantenimento dell'apertura delle agende e quindi la prenotabilità costante di tutte le prestazioni, anche in caso di interruzione temporanea di erogazione dei servizi (DGR 1439/2011, art. 17 "Sospensione di agende e attività")

La rendicontazione dei risultati raggiunti è stata inviata alla Regione contestualmente al bilancio d'esercizio 2018, adottato con decreto n. 50 del 30/4/2019 – ancora in fase di valutazione da parte della DCS. La tabella sotto riportata esprime la sintesi degli obiettivi raggiunti e dell'autovalutazione.

Tab. 9 – OBIETTIVI PATTO del DG 2018 (DGR 736/2018)

Oggetto	Obiettivo	Modalità di valutazione / Scadenza		Valore	Monitoraggio al 31/12/18
A. Tempi d'attesa	Rispettare i tempi previsti per le prestazioni di cui all'allegato A delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2018	<p>Le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione ed i relativi criteri sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, vengono valutate: <ul style="list-style-type: none"> le priorità B soglia >= 95% le priorità D soglia >= 90% periodo di riferimento 1.1.2017 ed il 31.12.2017; Per gli interventi vengono valutate le seguenti priorità: <ul style="list-style-type: none"> le priorità A soglia >= 95% le priorità B soglia >= 90% le priorità C soglia >= 90%; <p>Ogni prestazione di specialistica ambulatoriale vale 1 punto, ogni intervento programmato vale 3 punti.</p>		25	<ol style="list-style-type: none"> In attesa di monitoraggio e valutazione regionale In attesa di monitoraggio e valutazione regionale
B. Attività clinico assistenziali	Rispettare gli indicatori di cui all'allegato B e quelli del capitolo 3.4 delle Linee di gestione del SSR per l'anno 2018.	Si rimanda alla scheda generale valida per tutte le aziende/istituti		20	Vedi tabella successiva
C. Reti di patologia	Attivazione di almeno 1 sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.	evidenza dell'attivazione della sala entro il 30 settembre	<p>entro il 31.12.2018:</p> <p>SI > è data completa attuazione</p> <p>NO > non è data completa attuazione.</p>	10	Con nota prot. n. 8037 dd 28/9/2018 è stata comunicata alla DCS l'attivazione della sala.
F. Prevenzione	1. Screening neonatali	Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione agli screening neonatali (3.2.4 Linee di gestione)	Attuazione progettualità	10	Relazione finale elaborata ed inviata alla DCS con nota prot. 10766/2018.

F. Prevenzione	2. Sistemi informativi e di sorveglianza	Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione al miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (3.2.13 Linee di gestione).	Attuazione progettualità	5	Relazione finale elaborata ed inviata alla DCS con nota prot. 10766/2018
F. Prevenzione	3. Sorveglianza e miglioramento malattie	Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione al miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche (3.2.15 Linee di gestione)	Attuazione progettualità	5	Relazione finale elaborata ed inviata alla DCS con nota prot. 10766/2018
F. Prevenzione	4. Allattamento al seno	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione - 100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione (3.2.17 Linee di gestione)	100% schede di allattamento inserite	10	Le schede relative all'allattamento alla dimissione sono periodicamente inserite dalle operatrici del Nido nel sistema di rilevazione regionale. Il vaccinazione : NON di pertinenza
G. Mobilità	Fuga extra- regionale	Recupero della fuga extra-regionale per ricovero e specialistica ambulatoriale per pazienti di età inferiore ai 18 anni relativamente alle seguenti discipline - 39 pediatria - 36 ortopedia e traumatologia - 65 oncematologia pediatrica - 49 terapia intensiva - 11 chirurgia pediatrica - 62 neonatologia - 38 otorinolaringoiatria -33 neuropsichiatria infantile -34 oculistica -35 odontoiatria e stomatologia	la fuga extra-regionale nel 2018 è inferiore in termini economici per almeno il 10% rispetto all'anno 2017 per il complesso delle discipline indicate	10	Obiettivo STRALCIATO con DGR 2350 dd 14/12/2018
G. Formazione	Rispetto requisiti per accreditamento ECM	Rispetto dei requisiti relativi al responsabile della formazione e al personale dedicato alla progettazione degli eventi ai fini dell'accREDITAMENTO della struttura della formazione come provider ECM	Entro il 31.12.2018 i requisiti sono rispettati	5	Con DECRETO 1096/SPS del 31/7/2018 la Regione ha formalizzato l'accREDITAMENTO standard dell'Istituto nella qualifica di provider ECM a far data dal 1/8/2018 per 5 anni

Tabella dettaglio indicatori di cui all' Obiettivo B

Obiettivo	Valore 2017	Soglia 2018	Valore 2018	Note
1. Indicatore n. 21 (2017): Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	36,14%	≥ 38%	36,82%%	NON IN LINEA
2. Indicatore n. 22 (2017): Rapporto tra ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed i ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza.	0,29	≤ 0,32	0,299	IN LINEA
3. Indicatore n. 23: percentuale parti cesarei (criteri eleggibilità PNE).	16,52%	< 20%	16,89%	IN LINEA
4. Linea 3.4.2 Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Ridurre l'attesa dei codici verdi portandola entro 1h almeno nell'80% dei casi.	74,33%	≥ 65% HUB	74,91%	IN LINEA
5. Linea 3.4.2 Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85%.	94,50%	≥ 75% HUB	96,44%	IN LINEA
6. Linea 3.4.4 Indicatore 26: Percentuale parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti depurati.	15,31%	≤ 20%	15,55%	IN LINEA
7. Linea 3.4.4 Percentuale parti indotti farmacologicamente.	15,97%	≤ 22%	19,48%	IN LINEA

Erogazione dei livelli di assistenza: riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille		≤ 122,5%		NON DI PERTINENZA E QUINDI DA STRALCIARE. Come già precisato nel PAO 2018 (linea 3.6.6) e formalmente comunicato con nota prot. 2299/2018, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri.
8. Linea 3.4.7. Punto 2. Riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portandolo al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatri.	48,17%)	<28% per gli adulti	48,21% Al netto esclusioni 46,51%	NON IN LINEA Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polisonografia (8917) o l'infusione di tranquillanti (9926).
	56,63% (non in linea)	<42% per i pediatrici	54,71% Al netto esclusioni 39,59%	IN LINEA Sono stati scorporati i DH diagnostici che prevedono o la polisonnografia (8917) o l'infusione di tranquillanti (9926).
Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥65 anni		≤ 4%		NON DI PERTINENZA E QUINDI DA STRALCIARE. Si evidenzia che l'obiettivo è stato stralciato per l'IRCCS con la DGR 2186 dd 18/11/2016
Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale (dato cumulativo) rispetto ai dati 2016 di ogni AAS/ASUI TS.				Obiettivo STRALCIATO con DGR 2350 dd 14/12/2018

1.4 Qualità e appropriatezza

1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli

Il controllo dell'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate (di ricovero ed ambulatoriali) prevede le seguenti attività:

1) Controllo di qualità della cartella clinica

Attivo dal 2004, la valutazione, effettuata annualmente su un campione di circa il 5 % delle cartelle cliniche, riguarda la corretta tenuta e completezza della cartella clinica rispetto agli standard aziendali e regionali di riferimento (rf Indicatori della Documentazione clinica – Rete Cure Sicure del FVG). Alcuni degli standard valutati sono stati inseriti negli obiettivi di attività 2018 incentivanti e non, vedi paragrafo 3.1.

2) Controllo di congruità

Come previsto dalla DGR 182/2018 relativa alla revisione del sistema regionale dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, viene effettuato un controllo sul 12,5% delle SDO. Nel corso del 2018 è stata valutata la correttezza della compilazione delle SDO rispetto alle linee guida e rispetto agli indicatori di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa previsti nella summenzionata DGR.

Per l'attività ambulatoriale, i controlli sulla corretta prescrizione delle prestazioni ambulatoriali sono stati fatti su tutte le impegnative transitate per gli sportelli da parte degli operatori. I controlli effettuati sulle prescrizioni ambulatoriali sono di tipo amministrativo e vengono fatti agli sportelli CUP mentre l'appropriatezza clinica dell'attribuzione dei codici di priorità è competenza del medico. Al fine di non creare disservizi all'utenza, l'Istituto si è dotato di una procedura per la gestione delle non conformità prescrittive. Questa prevede la valutazione da parte del personale di sportello, l'attivazione del medico di DS per la redazione di una nuova impegnativa ed infine l'invio dell'impegnativa corretta al prescrittore originale. Così facendo si opera sia un'azione correttiva immediata, l'utente riceve il necessario in maniera corretta, sia un'azione preventiva inviando la segnalazione al prescrittore, adottando quindi un audit costante.

3) Controlli di appropriatezza organizzativa

Viene valutata l'appropriatezza del setting assistenziale rispetto a quanto previsto dai LEA. Accanto al controllo regionale effettuato trimestralmente, l'Istituto ha effettuato uno stretto monitoraggio sulle singole strutture (vedi successivo paragrafo. 2.3.2).

E' stato avviato un percorso condiviso con la Regione per l'istituzione dei Day Service in ambito pediatrico, formalmente approvati dalla Regione FVG con DGR 600 e 1570 /2017. La loro applicazione è risultata però limitata a causa della configurazione inizialmente prevista.

4) Controlli di appropriatezza clinica

Viene valutata l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto a linee guida nazionali e regionali:

Rispetto all'attività assistenziale erogata dall'Istituto, tali controlli hanno riguardato essenzialmente l'evento "parto", parti cesarei e parti indotti farmacologicamente (vedi successivo paragrafo 2.3.2).

5) Controllo sulla corretta gestione delle liste di attesa dei ricoveri Programmati secondo il codice di priorità assegnato.

Nel corso del 2017 le liste d'attesa dell'attività chirurgica istituzionale sono state ulteriormente informatizzate secondo i criteri previsti dalla normativa vigente, garantendo così i principi di trasparenza ed equità e facilitando le verifiche costantemente operate dalla Direzione.

Dato che il numero d'interventi chirurgici erogati in regime libero professionale è modesto, le liste di attesa sono pressoché inesistenti.

Nel corso del 2018, l'attività di controllo è proseguita anche sulla base delle criticità riscontrate in corso d'anno: è stata realizzata un'attività di formazione del personale per migliorare la qualità dei dati presenti a sistema e è stata effettuata una revisione completa delle liste.

1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio

Gli indicatori di erogazione dei LEA vengono applicati a tutte le tipologie di aziende ospedaliere e sanitarie. La Regione Friuli Venezia Giulia ha iniziato un'attività di monitoraggio di tali indicatori in modo sperimentale a partire dal 2013 e in modo più sistematico dal 2014 in poi.

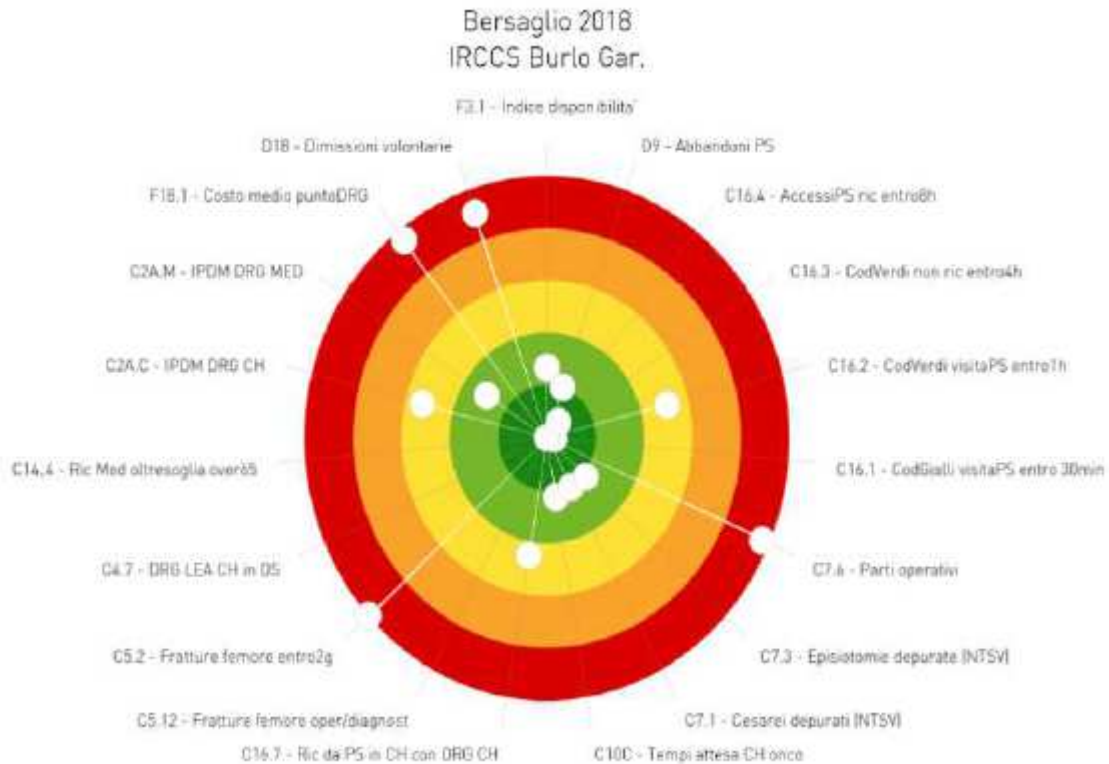
Gli indicatori dei LEA, nel corso del 2015, sono stati integrati da altri indicatori di performance, elaborati dalla Scuola Sant'Anna di Pisa, all'interno del cd Progetto Bersaglio, cui la regione FVG ha aderito a partire dal 2014.

Per quanto concerne gli indicatori di esito collegati al **PNE** si è proceduto ad un attento monitoraggio degli indicatori collegati al parto: proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo e proporzione di parti con taglio cesareo primario. Quest'ultimo è stato assegnato come obiettivo nel Patto del DG (vedi Tab. 9) ed è stato successivamente declinato alle diverse strutture in sede di budget: nel corso del 2018 è stato ampiamente garantito il rispetto della soglia definita a livello regionale.

Obiettivo	Valore 2017	Soglia 2018	Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31/12/18
3. Indicatore n. 23: percentuale parti cesarei (criteri eleggibilità PNE).	16,52%%	< 20%	16,89%

Il raggiungimento degli indicatori collegati al progetto Bersaglio è riportato nel grafico sottostante, che evidenzia una percentuale di indicatori verdi rispetto al totale degli indicatori monitorati pari al 56% e leggermente superiore rispetto al 2017.

BERSAGLIO SANT'ANNA 2018 IRCCS BURLO GAROFOLO



SINTESI BERSAGLIO	2017	2018
Rosso	3	4
Arancione	1	0
Giallo	3	3
Verde	8	9
TOTALE INDICATORI	15	16
% INDICATORI VERDI	53%	56%

1.5 I risultati della ricerca

Con decreto del Ministero della Salute del 23 novembre 2017 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 2018   stata data Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS per l'area materno-infantile.

Il dato si misura essenzialmente rilevando il valore dell'Impact Factor*(nc¹) normalizzato-corretto(IFnc) ministeriale delle pubblicazioni indicizzate.

¹ ²L'impact factor (IFg)   un indicatore bibliometrico che valuta numericamente, in base alle citazioni che gli articoli di un giornale ricevono e al numero dei lavori pubblicati nello stesso periodo, la posizione di una rivista rispetto ad altre della stessa categoria o disciplina: si stabilisce cos  una "graduatoria" basata su tale punteggio. La formula, da cui scaturisce l'impact factor di una rivista,   basata su informazioni contenute all'interno di una banca dati ed   il risultato del seguente rapporto: numero di citazioni ottenute in un anno (di riferimento) da parte dei lavori pubblicati nei 2 anni precedenti/ numero di lavori pubblicati nei 2 anni precedenti.

Il risultato relativo all'anno 2018 dimostra che il trend continua ad essere in crescita.

Il confronto tra i dati degli esercizi 2017 e 2018 rivela che sono migliorati i valori di:

- Impact Factor normalizzato corretto (IFnc) totale
- IF medio
- IF/ricercatore
- IF/ ricercatore con pubblicazioni

Anno	N° pubblicazioni con Impact Factor	Impact Factor normalizzato corretto (IFnc)
2017	187	872,4
2018	140	926,6

Ad un minor numero di articoli corrisponde un maggiore valore di Impact Factor delle riviste su cui sono stati pubblicati

Anno	Linea	N° pubbl.	IFg*	IFnc	Finanziamento	Costo punti di IF.	IF. Medio	IF/ ricercatore	IF/ricercatore con pubblicazioni
2017	L1	46	156.74	171.20					
	L2	82	492.21	367.20					
	L3	59	498.39	334					
			187	1147.34	872.40	€ 2.443.087,00	€ 2.800,42	4.67	7.95
2018	L1	27	117.46	126.10					
	L2	89	814.91	686.91					
	L3	24	112.08	113.63					
			140	1144.45	926.64	€ 2.662.366,38*	€ 2.873,13	6.62	9.44

*€ 2.662.366,38= sono i fondi assegnati all'Istituto al lordo dei finanziamenti delle Reti e di Eranet di cui: €30.000,00= per progetti di Rete e €123.120,00; per i progetti ERANET

Impact factor normalizzato

Dal momento che esistono diversi ambiti disciplinari, alcuni di più ampia portata, diventa problematica la valutazione di singoli lavori e la loro confrontabilità. Questa problematica è venuta alla luce in maniera netta quando si è trattato di valutare, da parte del Ministero della Salute, la produttività scientifica degli IRCCS (a partire dal 1997), su cui basare poi la ripartizione del finanziamento della ricerca corrente. Per ridurre, almeno in parte, la disparità di valutazione tra diversi settori di ricerca, si effettua una "normalizzazione" dell'Impact Factor (**Impact Factor normalizzato - IFn**). Per ogni disciplina o categoria si identificano le riviste ad essa riferibili e si calcola l'intervallo dei valori che l'IF assume, isolandovi dei centili, a cui sono stati fatti corrispondere altrettanti punteggi. Questo processo ha consentito di superare l'ostacolo dell'eterogeneità disciplinare e rendere così più omogeneo il confronto della produzione scientifica. Ne deriva pertanto:

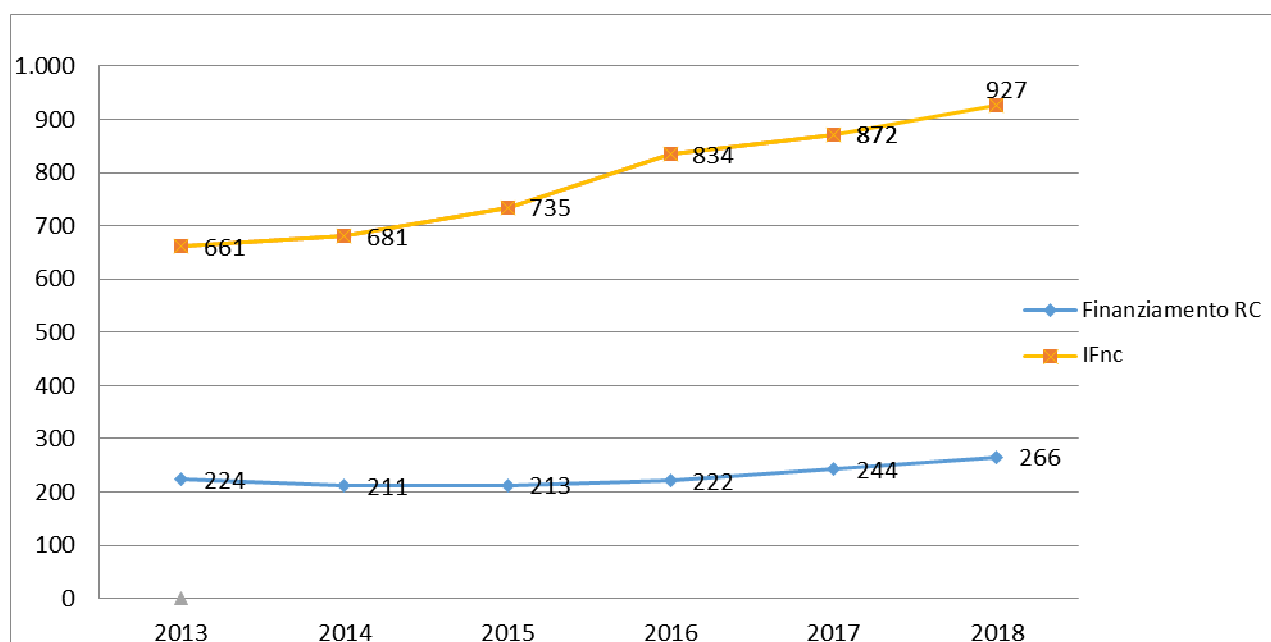
- L'IF. grezzo di una rivista che appartiene al centile più basso si normalizza con il valore 1.
- L'IF. grezzo di una rivista che appartiene al centile mediano si normalizza con il valore 2.
- L'IF. grezzo di una rivista che appartiene al centile più alto si normalizza con il valore 4.
- L'IF. grezzo di una rivista maggiore al centile superiore ed inferiore a 7 si normalizza con il valore 6.
- L'IF. grezzo di una rivista con valore ≥ 7 e ≤ 12 si normalizza con il valore 8.
- L'IF. grezzo di una rivista con valore ≥ 12 e ≤ 15 si normalizza con il valore 10.
- L'IF. grezzo di una rivista con valore >15 si normalizza con il valore 15.

Per chiarire si può ipotizzare il calcolo dell'IFn per le riviste *Pediatric Anesthesia*, *Pediatric Radiology*, e *Journal of Pediatrics* tutte riconducibili alla categoria "**Pediatrics**":

- o *Pediatric Anesthesia* ha un IFg di 1,421 quindi compreso nel centile più alto (da 1,102 a 1,650) e dunque il suo IFn sarà 4.
- o *Pediatric Radiology* ha un IFg di 0,814 quindi compreso nel centile mediano (da 0,682 a 1,102) e il suo IFn sarà 2.
- o *Journal of Pediatrics* ha un IFg di 3,837 (sup a 1,650) e il suo IFn sarà 6.

Il trend dell'IFnc è in aumento nel corso degli anni nonostante il tendenziale calo dei finanziamenti.

Trend IFnc e Finanziamenti RC (in 10k)



2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Risorse, efficienza ed economicità

Il 2018 chiude con un risultato d'esercizio positivo complessivo pari ad euro 114.001 composto per euro 148.428 dal risultato della gestione caratteristica, per euro 46 dal saldo della gestione finanziaria e per euro -34.473 dal saldo della gestione delle partite straordinarie. Si mantiene pertanto un trend positivo, come si evince dalla tabella sottostante:

Esercizi	2016	2017	2018
Risultato d'esercizio	159.348	171.894	114.001

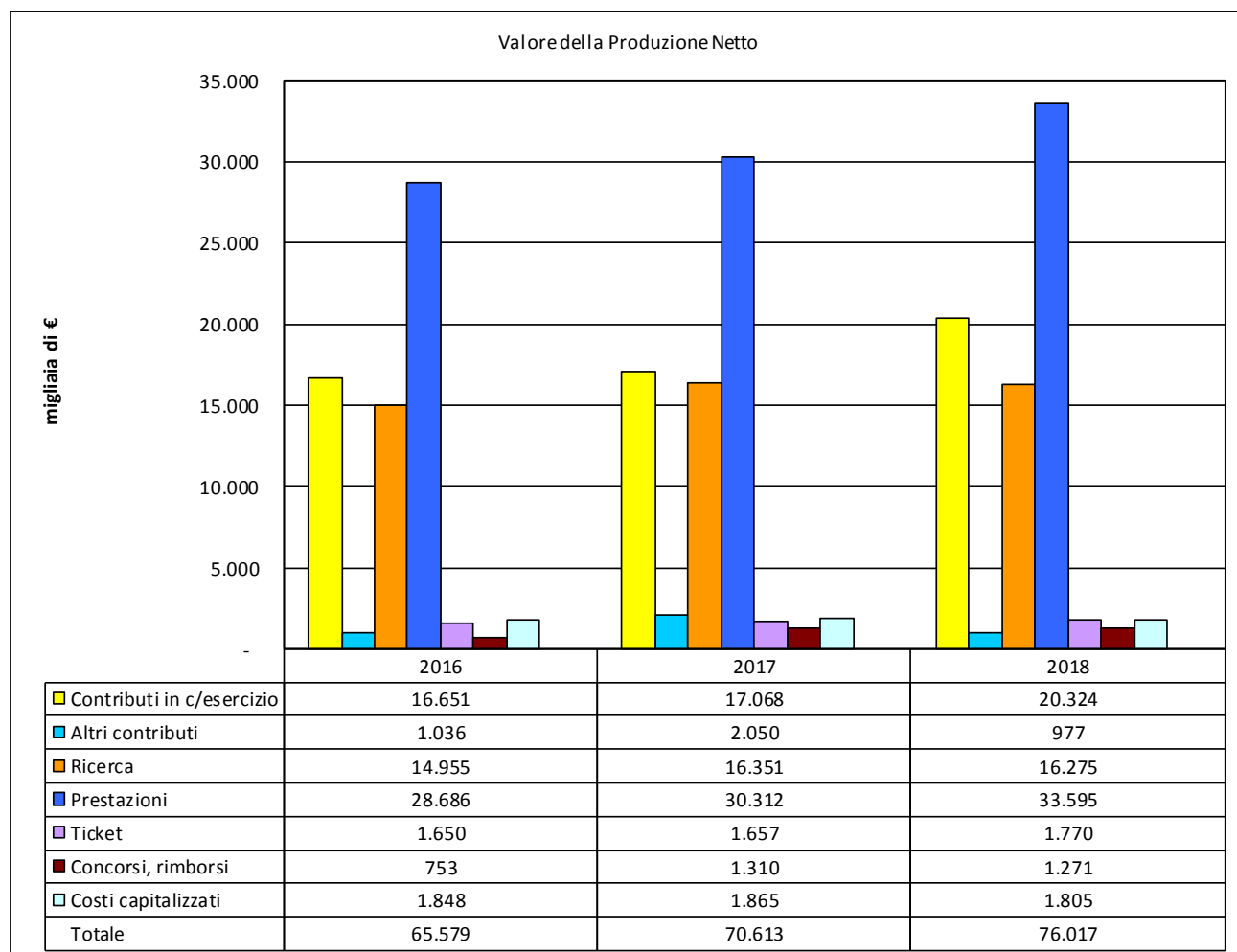
I contributi in conto esercizio da Regione, valorizzati secondo le Direttive Regionali, presentano un aumento, anche rispetto al preventivo, a seguito dell'integrazione del finanziamento indistinto, assegnato con DGR n. 2165/2018.

I ricavi per rimborso spese a valenza regionale per il riconoscimento di uno specifico contributo per l'attività di screening neonatale e terapie innovative per patologie rare correlate e per la copertura dei dispositivi ad alto costo utilizzati dall'Istituto, rimangono sostanzialmente in linea con il PAO 2018.

I contributi in conto esercizio per ricerca, contabilizzati secondo quanto previsto dal D. Lgs. 118/2011, risultano iscritti per il loro ammontare complessivo di assegnazione dell'anno e non per la sola quota di effettivi utilizzo.

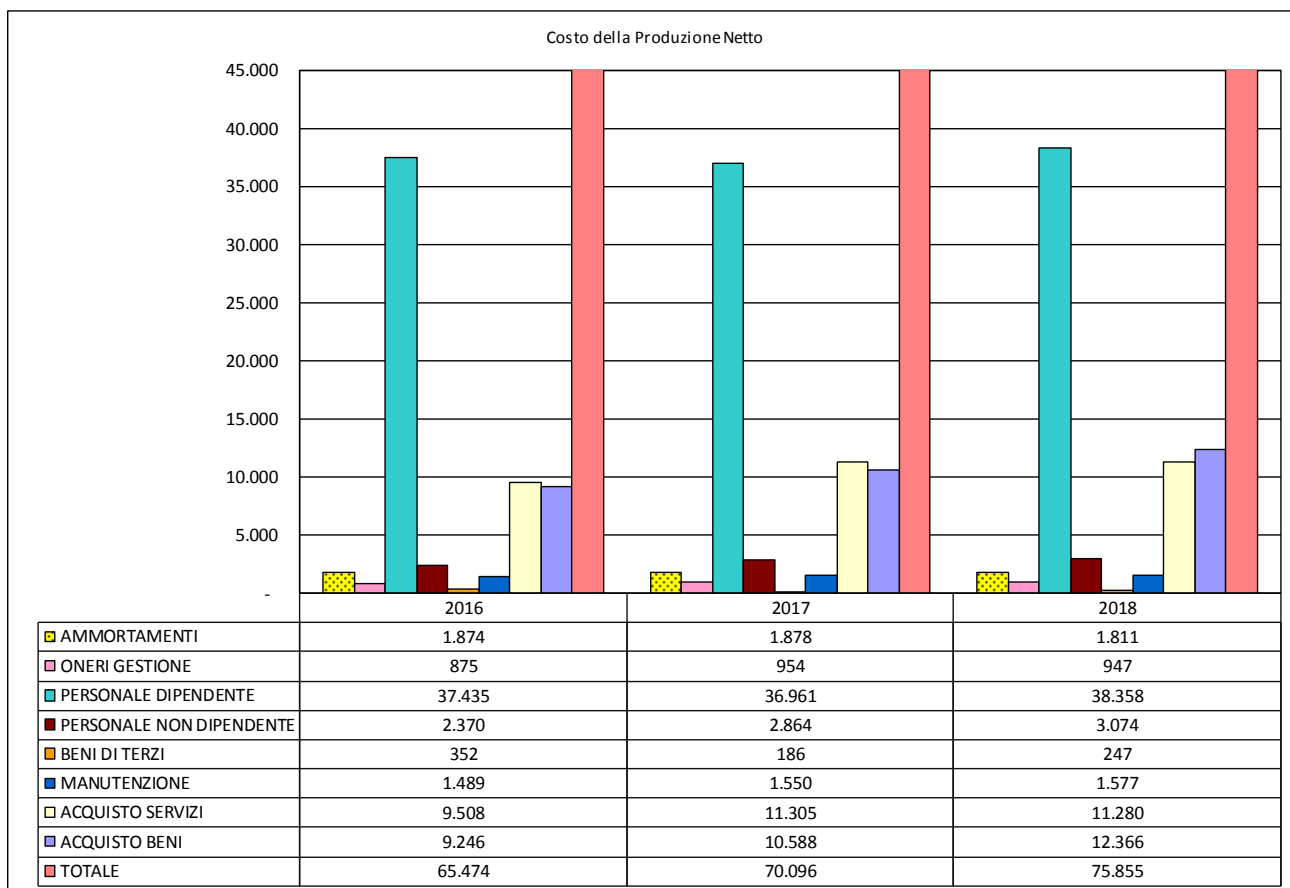
L'attribuzione effettiva del finanziamento per la ricerca corrente è avvenuta solo a fine novembre (tramite Workflow della ricerca in data 28.11.2018) e risulta pari ad euro 2.509.247, pertanto in aumento di

euro 66.160 rispetto all'anno precedente.



Il costo del personale dipendente 2018, esclusa la libera professione, ammonta ad euro 35.988.711 più IRAP per euro 2.368.974 raggiunge complessivamente euro 38.357.685 e registra, pertanto, un aumento sia rispetto all'esercizio precedente (euro 1.396.201) che rispetto al preventivo (euro 838.179).

A seguito dell'introduzione del nuovo piano dei conti e delle conseguenti indicazioni regionali, gli accantonamenti relativi ai fondi contrattuali del personale vengono registrati direttamente nei ruoli di afferenza, alimentando il "Debiti CCNL da liquidare" e non i conti del mastro "Fondo rischi ed oneri".



Alla luce di quanto previsto con la legge 6 agosto 2015 n. 125, cosiddetta “**spending review**” e in particolare, con riferimento alla razionalizzazione ed all’efficientamento della spesa del SSN, l’IRCCS Burlo Garofolo ha provveduto ad intraprendere una serie di azioni al fine di adempiere adeguatamente a quanto previsto dalla norma in questione.

Tra le progettualità regionali collegate alla spending review e analiticamente descritte nella Relazione sulla gestione, allegata al bilancio d’esercizio 2018, la più rilevante è certamente quella relativa la riorganizzazione delle attività di medicina di laboratorio, le cui azioni principali sono state definite nei documenti progettuali formalizzati a fine anno 2015 (Cronoprogramma trasferimento Microbiologia e Virologia prot. 10142 del 30.12.2015 e Riorganizzazione delle attività di medicina di Laboratorio tra AOUTS e IRCCS Burlo Garofolo prot. 10143 del 30.12.2015).

Nel corso del 2017 l’istituto ha sostenuto minori costi attribuibili a tale riorganizzazione pari a complessivi Euro -686.543, registrando contestualmente una riduzione di ricavi pari ad Euro -350.765; nel corso del 2018 l’attività ha invece registrato un notevole incremento, pari ad Euro 687.911,60, dovuto principalmente all’assestamento della nuova organizzazione e determinando un incremento dei costi pari ad Euro 257.560,24, proporzionalmente molto inferiore, come rappresentato nella tabella sottostante:

COSTI ATTIVITA' DI LABORATORIO	2016	2017	Delta 2017/2016	Delta % 2017/2016	2018	Delta 2018/2017	Delta % 2018/2017
diagnostici	1.681.881,00	1.178.631,00	- 503.250,00	-30%	1.436.191,24	257.560,24	22%
personale:	1.166.161,00	982.868,00	- 183.293,00	-16%	982.868,00	-	0%
TOTALE	2.848.042,00	2.161.499,00	- 686.543,00	-24%	2.419.059,24	257.560,24	12%
RICAVI ATTIVITA' DI LABORATORIO	2016	2017	Delta 2017/2016	Delta % 2017/2016	2018	Delta 2018/2017	Delta % 2018/2017
	1.934.355,00	1.583.590,10	- 350.764,90	-18%	2.271.501,70	687.911,60	43%

Un altro importante filone di risparmio riguarda la logistica centralizzata alla quale l'IRCCS ha aderito.

Nel corso del biennio 2016-2017 sono state portate avanti tutte le azioni conseguenti all'ingresso del Burlo nella logistica centralizzata. Tali azioni si sono concretizzate nella revisione degli spazi interni dedicati al magazzino ed in particolare nella dismissione del magazzino dell'Istituto sito in via Caboto n. 23 con conseguente cessazione del relativo contratto di locazione.

Nell'impossibilità di utilizzare spazi presso i magazzini di ASUITS, è stato comunque necessario individuare un magazzino di dimensioni adeguate alle attuali esigenze. Il nuovo contratto di locazione, stipulato a dicembre 2016 ha comportato un risparmio di € 79.313,46 su base annua sul relativo conto di bilancio.

Il trend di risparmio complessivo e riassunto nello schema sotto riportato:

INTERVENTI	2016	2017	2018	previsione 2019	previsione 2020
Risparmio derivante dalla locazione del magazzino		-79.313,46	-79.313,46	-79.313,46	-79.313,46
Risparmio servizio di logistica interna	-15.000,00	-30.000,00	-30.000,00	-30.000,00	-80.000,00
Costo servizio logistica EGAS-ARCS	42.934,00	43.137,00	48.519,00	54.020,00	60.000,00
TOTALE	27.934,00	-66.176,46	-60.794,46	-55.293,46	-99.313,46

Nel corso del 2019 verrà presumibilmente pubblicata la nuova gara regionale 17SER006 "trasporto beni economici diversi e pazienti" con la quale si prevede un'ottimizzazione del servizio di logistica interna con la riduzione del personale oggi impiegato presso il magazzino aziendale ed un conseguente rafforzamento della dotazione di personale presso la sede di via dell'Istria. Il risparmio stimato da detta manovra rispetto al costo del servizio è di circa 80.000 €/anno, come indicato nella colonna "previsione 2020" della tabella sopra riportata. Il costo del servizio di logistica ARCS si è incrementato nel corso degli anni, proporzionalmente alle linee d'ordine dal gestionale MagRep. Si stima un aumento dei costi nel 2019 ed un assestamento negli anni successivi.

Nel 2018 è stato garantito il **rispetto dei vincoli regionali**, di cui alla DGR 185/2018, come si evince dalla

dalla tabella sotto riportata:

Vincolo operativo	Soglia	Risultato raggiunto al 31/12/2018	Note / motivazioni scostamento	
Farmaceutica ospedaliera	2.649.654 composto da: 2.908.616 (chiusura 2017 farmaceutica ospedaliera) - 232.198 (farmaci onco) - 26.764 (-1% DGR 185/2018)	2.462.100 -187.554 rispetto alla soglia VINCOLO GARANTITO		
Dispositivi medici	5.601.358 (senza dispositivi ricerca – come concordato con DCS e comunicato con nota prot.n. 8468 dd. 30/10/2015) composto da: 5.774.596 (chiusura 2017) - 173.238 (- 3% DGR 185/2018)	5.852.345 + 250.987 rispetto alla soglia I dispositivi medici soggetti al vincolo sono quelli relativi all'assistenza, restano invece esclusi i dispositivi acquisiti per la ricerca corrente, finalizzata e 5 per mille. Lo sfioramento rispetto al vincolo risulta pertanto MOTIVATO	6.527.510 - <u>675.165</u> 5.852.345 Motivazioni: 112.638 - <u>138.348 -</u>	totale consumo disp consumi disp.ricerca consumi al netto della ricerca Motivazioni: Riorganizzazione attività Medicina di Laboratorio ASUITs /IRCCS "Burlo Garofolo" rimborsati da ASUITs-SPOKE Tale differenza è giustificata da un incremento, pari al 2%, del consumo di dispositivi medici per le Sale Operatorie, peraltro in linea con l'aumento dell'attività dell'Area chirurgica: - area chirurgica pediatrica, rispetto all'anno precedente, del 8,19% per quanto riguarda i volumi e del 9,70% per quanto riguarda il tariffato; - area chirurgica ginecologica, rispetto all'anno precedente, del 17,24% per quanto riguarda i volumi e del 14,22% per quanto riguarda il tariffato; Lo sfioramento rispetto al vincolo risulta pertanto MOTIVATO
Manutenzioni ordinarie edili e impiantistiche	272.744 (uguale chiusura 2015 DGR 185/2018)	272.744 VINCOLO GARANTITO	33.191 Cod. Min.BA19220 <u>239.553</u> Cod. Min.BA19230 272.744	

2.2 Le risorse umane

L'anno 2018 è stato altresì caratterizzato dai processi di stabilizzazione del personale a tempo determinato e del personale titolare di rapporto di lavoro flessibile (Legge Madia e Legge bilancio 2018 per il personale della ricerca degli IRCCS) nonché dei vincoli sul costo del personale oltre che ai fabbisogni già manifestati in sede concorsuale interna e in sede concorsuale centralizzata.

Situazione del personale al 31.12.2018

Alla data del 31.12.2018 il dato di forza è pari a 708 unità (al dato si aggiunge il personale universitario che corrisponde a 13 unità – 8 dirigenti medici e 5 dirigenti sanitari) come riportato nella tabella seguente:

	Forza al 31.12.2016	Forza al 31.12.2017	Forza al 31.12.2018
DIRIGENZA			
Ruolo sanitario	149	152	155
Ruolo professionale	2	3	3
Ruolo tecnico	1	1	3
Ruolo amministrativo	7	6	8
Totale dirigenza	159	162	169
COMPARTO			
Ruolo sanitario	361	340	349
Ruolo tecnico	117	124	121
Ruolo amministrativo	64	64	69
Totale comparto	548	548	539
Totale complessivo	701	690	708

ASSUNZIONI/CESSAZIONI NEL TRIENNIO

	assunzioni	cessazioni
2018	74	57
2017	22	60
2016	12	50

Attuando una politica di valutazione ponderata costi/benefici, l'Istituto alla data del 31.12.2018 ha impiegato 8 unità di personale somministrato del ruolo amministrativo. In particolare tali necessità sono dovute per far fronte alle esigenze del servizio CUP dell'Ospedale nelle more della riorganizzazione del

servizio, dell'ufficio Formazione, dell'URP, della Direzione Scientifica e della Programmazione e controllo.

Percorsi di stabilizzazione

Nel corso del 2018 si è data applicazione alle disposizioni di cui all'art. 20 comma 1 del D. Lgs. 75/2017 con la conseguente stabilizzazione dei seguenti profili professionali:

Dirigenza	
Dirigente medico chirurgo	1
Dirigente medico ginecologo	2
Dirigente medico odontoiatra	1
Dirigente medico pediatra	1
Totale dirigenza	5
Comparto	
Collaboratore professionale sanitario - infermiere	7
Collaboratore professionale sanitario – ostetrica	9
Collaboratore professionale sanitario – tecnico di laboratorio biomedico	3
Collaboratore professionale sanitario – dietista	1
Collaboratore professionale sanitario – logopedista	2
Collaboratore amministrativo	1
Totale comparto	23
Totale complessivo	28

Altre sono state avviate le procedure concorsuali ai sensi dell'art. 20 c. 2 del D. Lgs. 75/2017, che troveranno completamento nel corso dell'anno 2019, per i seguenti profili professionali:

- Collaboratore professionale amministrativo
- Assistente amministrativo
- Collaboratore professionale sanitario tecnico di laboratorio

L'Istituto altresì ha messo in sicurezza l'attività di ricerca, nel rispetto della normativa vigente in tema di lavoro flessibile, mediante l'emanazione di avvisi di collaborazione, in attesa della completa applicazione delle Legge di bilancio 2018 in tema di personale della ricerca presso gli IRCCS.

Percorsi di stabilizzazione del personale della ricerca

L'IRCSS è inoltre coinvolto nel processo di stabilizzazione del personale precario della ricerca ai sensi della L.

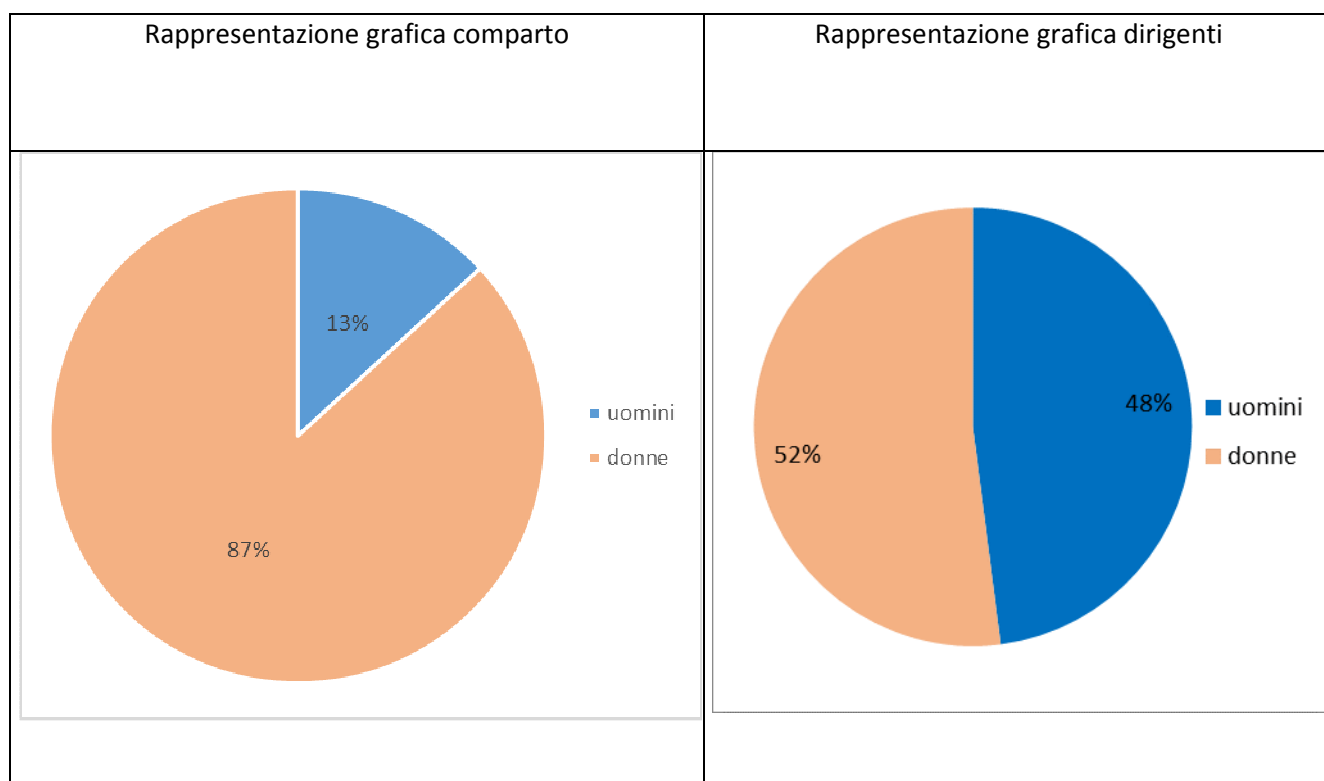
205/2017 (Legge di Bilancio 2018), che è stato avviato con la sottoscrizione avvenuta il 27 dicembre 2018 dell'ipotesi di CCNL relativo al personale del comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria. L'applicazione del percorso delineato dalla L. 205/2017, troverà applicazione nell'anno 2019, a seguito della firma definitiva del CCNL e dell'emanazione dei decreti attuativi.

2.3 Il bilancio di genere

Nell'ambito delle attività del Comitato Unico di Garanzia sono stati analizzati i dati del personale con particolare attenzione alle differenze di genere. Si riportano, rielaborati, alcuni dati forniti sulla base della scheda/ questionario prevista dalla "Direttiva sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche".

Tab. 1- Composizione del personale dipendente a tempo indeterminato: ruolo e genere.

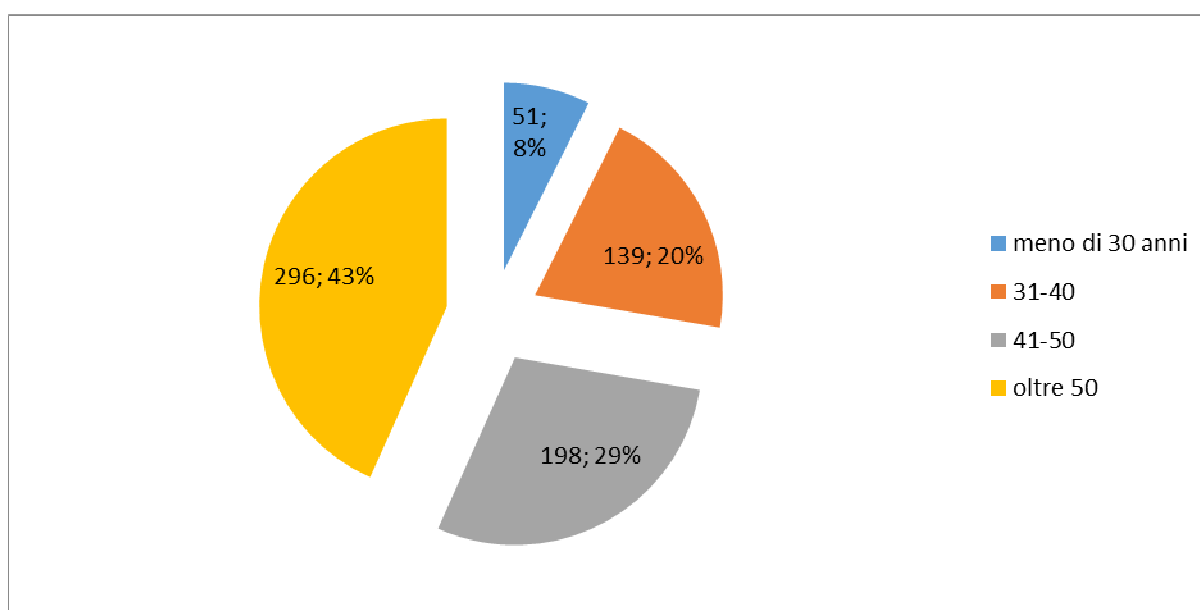
RUOLO	DONNE	%	UOMINI	%	TOTALE
Dirigenti	89	52%	63	48%	152
Comparto	462	87%	70	13%	532
TOTALE	551	81%	133	19%	684



Tab. 2- Distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
meno di 30 anni	44	7	51	8%
31-40	110	29	139	20%
41-50	161	37	198	29%
oltre 50	236	60	296	43%
TOTALE	551	133	684	100%

Rappresentazione grafica sul totale dei dipendenti



Tab. 2a- Dirigenti: distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
meno di 30 anni	0	0	0	0%
31-40	34	16	50	33%
41-50	34	17	51	33%
oltre 50	21	30	51	34%
TOTALE dirigenti	89	63	152	100%

Tab. 2b-Personale del comparto: distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
----------------	-------	--------	--------	---

meno di 30 anni	44	7	51	9%
31-40	76	13	89	17%
41-50	127	20	147	28%
oltre 50	215	30	245	46%
TOTALE comparto	462	70	532	100%

Tab. 3-Personale con tipologie di contratto a termine

CONTRATTO A TERMINE	DONNE	UOMINI	TOTALE
a tempo determinato	37	6	43
contratto co.co.co.	67	11	78
altre tipologie contrattuali di lavoro flessibile	7	1	8
TOTALE personale	111	18	129

Al 31/12/2018 un dirigente a tempo indeterminato fruisce del Telelavoro.

Tab.4-Personale, a tempo indeterminato, in part time

PART TIME	DONNE	UOMINI	TOTALE
inferiore o uguale al 50%	4	0	4
superiore al 50%	49	2	51
TOTALE	53	2	55

Tab. 5 Congedo per maternità/paternità

	DONNE	UOMINI
congedo maternità/paternità (art.16,26,28 e 31 Dlgs.151 dd 26/03/2001)	18	0
durata media in giorni per persona	148	0

Tab. 6 Congedo parentale

	DONNE	UOMINI
congedo parentale (art.32,33, e 36 Dlgs.151 dd 26/03/2001)	73	4
durata media in giorni per persona	31	10

Presso l'IRCCS è attivo il Comitato unico di Garanzia che nel corso del 2018 ha intrapreso una serie di attività preventivamente proposte e concertate con la Direzione Generale.

Il Comitato ha:

- Partecipato, per il tramite dei propri Presidente e Vice Presidente, alle riunioni periodiche con gli altri CUG del territorio di Trieste (costituito dai seguenti enti: Comune di Trieste; Provincia di Trieste; Università di Trieste; Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste e Azienda per l'Assistenza Sanitaria n, 1 triestina (ora ASUI TS); IRCCS Burlo Garofolo; Sissa; il Conservatorio di musica Tartini; l'Istituto Nazionale di oceanografia e geofisica sperimentale), che aderiscono al Protocollo d'intesa, già sottoscritto in data 21 aprile 2016, istitutivo della **RETE dei CUG provinciali**. La Rete dei CUG promuove lo scambio di esperienze e risorse al fine di ridurre i costi ed aumentare la qualità e diffusione delle reciproche proposte sia formative sia progettuali;
- Aderito al **progetto "Posto occupato"** in memoria delle donne vittima di violenza. L'adesione consiste nel gesto simbolico di tenere occupata una sedia nei luoghi aperti al pubblico per evidenziare un'assenza. Ciascuna delle donne vittima di violenza, occupava un posto a teatro, sul tram, a scuola, in metropolitana e nella società. Al Burlo Garofolo, il giorno 25 novembre 2018 sono stati occupati e riservati a loro alcuni posti: presso gli ambulatori e le sale d'attesa. Le foto sono state pubblicate sul sito Aziendale. <http://www.burlo.trieste.it/content/progetto-posto-occupato-memoria-delle-donne-vittime-violenza-25112018>
- Collaborato alla stesura della procedura PRO_DSN_0025_20112018 "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dell'IRCCS Burlo Garofolo" (pro.11098 dd 31/12/2018). La procedura prevede che: *"il gruppo di lavoro per la prevenzione degli atti di violenza ... si rapporta con il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per i temi di interesse comune per il tramite del Responsabile dell'URP"*
- Progettato e organizzato l'evento formativo, accreditato ECM, **"Le cause organizzative del mobbing. Se il malato fosse l'organizzazione?"** svoltosi presso l'ENAIIP di Trieste il giorno 07/06/2018. Nell'ambito delle attività del CUG è emersa infatti la necessità di in-formare la popolazione interna alla struttura ospedaliera sulle varie forme di disagio psicofisico nei contesti lavorativi, con l'obiettivo di prenderne consapevolezza ed adottare strumenti e linguaggi comuni, volti al raggiungimento di un obiettivo di benessere personale e professionale per le lavoratrici ed i lavoratori.

2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali

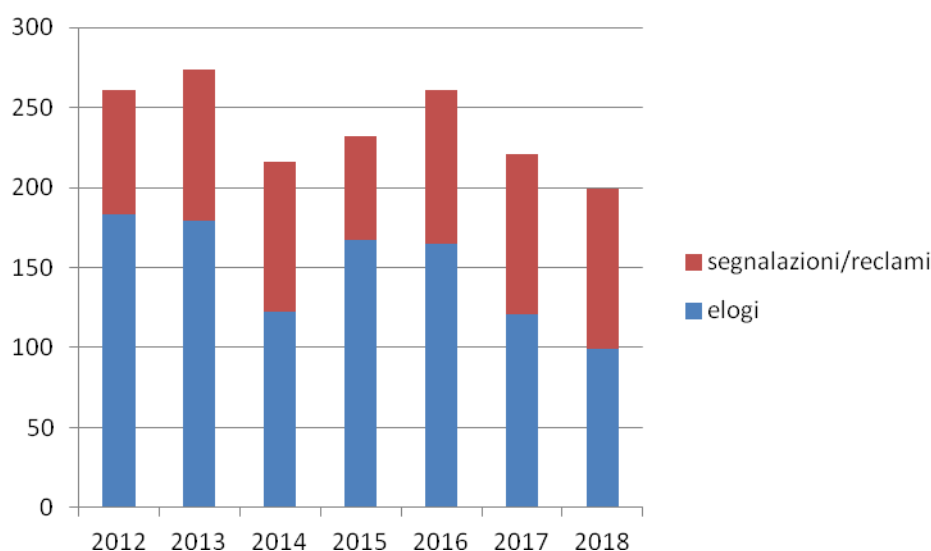
L'attenzione alla qualità ed al confronto con gli utenti e gli stakeholder è mantenuta attraverso un costante monitoraggio delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Nelle schede di budget 2018, in particolare nella scheda che riassume l'attività della struttura, è stato inserito un focus relativo alle segnalazioni dell'Istituto e della struttura per sensibilizzare i responsabili alla qualità percepita.

Nel corso dell'anno 2018 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 199 segnalazioni formali. Di queste si contano 99 elogi (50% dei contatti), 71 reclami e 29 segnalazioni.

Non compaiono nella reportistica i contatti informativi o gli interventi di "rapida risoluzione", che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e su cui si interviene in tempo reale o con modalità che non danno l'avvio ad un'istruttoria formale.

Si propone la rappresentazione grafica riferita agli ultimi sette anni:



Reclami e segnalazioni, distribuiti per Dipartimento

STRUTTURA	TOTALE
Dipartimento di Pediatria	17
Dipartimento Materno neonatale e T.I.	23
Dipartimento di Chirurgia	35
Dipartimento di Diagnostica avanzata	3
Direzione Generale	4
Direzione Amministrativa	1
Direzione Sanitaria	9
Altre strutture e servizi	8
TOTALE	100

Il sistema di classificazione dei reclami identifica tra le categorie più rappresentate quelle relative ad

“Accessibilità e procedure amministrative”, “Tempo”, “Aspetti tecnico-professionali”.

La macrocategoria “Accessibilità e procedure amministrative” si specifica in alcune sottocategorie più puntuali. Le più frequenti sono:

- Importi e procedure per i ticket (con richieste di rimborso e/o non pagamento);
- Accessibilità per... Prenotazione visite ed esami.

Nella categoria “**Tempo**”, le contestazioni riguardano il tempo di attesa per l’accesso alle prestazioni ambulatoriali e il rispetto dei codici di priorità, in particolare per la modalità B di alcune specialità pediatriche.

Gli “**Aspetti tecnico-professionali**”, si riferiscono alle “Modalità di erogazione della prestazione- aspetto sanitario”, prevalentemente per le prestazioni sanitarie mediche. Negli ultimi anni tuttavia sono soggette a questo tipo di segnalazioni anche le prestazioni infermieristiche e/o ostetriche.

E’ opportuno precisare che in ogni metodo di classificazione si riscontrano delle rigidità: non è sempre agevole identificare il “contenuto principale” e sappiamo che spesso a monte di un reclamo formale c’è un’insoddisfazione nella dinamica comunicativo relazionale utente/operatore.

Vi sono inoltre alcune segnalazioni che riguardano l’applicazione di norme e regolamenti che non dipendono direttamente dalle scelte o prassi aziendali: ci sono stati reclami per le limitazioni di accesso e le regole di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di Odontoiatria. Pur trattandosi di disposizioni regionali, le persone hanno manifestato alla Struttura erogatrice le proprie considerazioni e rimostranze.

Valutazione della segnalazione

In seguito alle istruttorie interne e agli approfondimenti concertati con le Direzioni competenti e i Direttori delle strutture coinvolte è possibile esprimere una valutazione di massima sulla “fondatezza” dei reclami. Su 100 segnalazioni abbiamo registrato: 34 segnalazioni fondate, 32 parzialmente fondate, 34 non fondate.

Nel 2018 è stata predisposta la scheda di incident reporting, con inoltre all’Ufficio Rischio Clinico, per cinque dei reclami di natura tecnico professionale trattati dall’URP.

Il responsabile dell’URP riferisce che in seguito all’approfondimento di alcune segnalazioni sono stati attivati nel corso dell’anno degli interventi volti a identificare, sperimentare e attivare dei correttivi. La logica adottata si ispira al modello PDCA (Plan-Do-Check-Act), nota come Ciclo di Deming, tesa al miglioramento continuo della qualità.

Tempo di risposta all’utente

In base alle procedure dell’URP, certificate ISO 9001:2015 e alle disposizioni regionali in materia di Carta dei Servizi, le risposte ai reclami vengono formulate per iscritto e inviate al domicilio su supporto cartaceo, a firma del Direttore Generale, entro 30 giorni dall’accettazione del reclamo.

Nel 2018 i tempi di risposta (data di protocollo della posta in partenza < 30 gg) sono stati rispettati nel 85% dei casi.

Customer satisfaction

Tra il 2017 e il 2018 è stata effettuata un'analisi relativa al gradimento del sito istituzionale aperta a tutti, tramite il sito stesso (menù sito istituzionale "Il tuo parere conta").

Nel corso del 2019 verrà affiancata da progetti di valutazione della *customer satisfaction*, diretta ai pazienti per valutare la qualità dei servizi erogati che degli utenti interni rispetto ai servizi offerti dalle strutture di supporto.

E' già attivo sul sito istituzionale un questionario per valutare la qualità della degenza: nel corso del 2019 verrà favorita la compilazione da parte degli utenti e verranno divulgati i risultati.

3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti

Come previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (regolamento di budget approvato con decreto n. 32/2016 e regolamenti relativi alla valutazione individuale delle tre aree contrattuali) vengono effettuati report trimestrali per analizzare il trend di attività di ricovero ed ambulatoriale, mentre viene effettuato un monitoraggio intermedio di tutti gli obiettivi assegnati al fine di attuare eventuali azioni correttive e aggiornare la formalizzazione dell'obiettivo.

Per le principali progettualità viene individuato un referente, per il tempestivo aggiornamento dei dati/informazioni descritti nell'indicatore. La SSD Programmazione e controllo funge da collettore dei dati e predispone il monitoraggio finale, integrandolo con le evidenze dei flussi informativi aziendali.

Per gli obiettivi contenuti nelle Schede di Budget con indicatori non numerici, cioè quelli cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata o alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, vengono richieste specifiche relazioni sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Per quanto concerne gli obiettivi collegati ad indicatori, la SSD Programmazione e controllo si è avvalsa dei dati disponibili sul portale regionale SISR ID (modalità di calcolo degli indicatori condivise con la DCS), gli obiettivi collegati ai tempi d'attesa sono stati valutati utilizzando la reportistica fornita del Servizio Epidemiologia e Flussi di ARCS, gli obiettivi collegati al rischio clinico sono stati valutati dalla Direzione Sanitaria, utilizzando i dati registrati in un proprio database, i dati collegati alle firme digitali sono stati forniti dall'Ufficio del Sistema Informativo.

Per quanto concerne l'anno 2018, il ciclo della performance è stato avviato con:

- Decreto DG n. 34/2018: "Adozione del PAO 2018" integrato e sostituito dal decreto DG n. 102 dd 11/9/2018 , che recepisce le integrazioni e modifiche apportate dal Programma Preventivo Consolidato di cui alla DGR 1423/2018;
- Decreto DG n. 45/2018 "Assegnazione del budget 2018 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa", rettificato dal decreto DG n. 121 dd 12/10/2018 per alcuni errori materiali relativi alla formalizzazione degli obiettivi di budget 2018;
- Decr. 74/2018: "Approvazione definitiva dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2018".

Tali documenti di programmazione rappresentano, ai sensi della normativa vigente, il Piano delle Performance dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Nel corso del 2018 sono state pertanto rispettate le diverse fasi e responsabilità definite nel regolamento di budget, di cui al decreto DG n. 32/2016. Tale regolamento unitamente alle schede aziendali di valutazione individuale costituiscono il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'IRCCS Burlo Garofolo (pubblicato nell'Amministrazione Trasparente così come richiesto dalla normativa vigente).

Il **monitoraggio intermedio** sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 31/8/2018 è stato effettuato dalla SSD Programmazione e controllo nei mesi di agosto e settembre 2018 con il supporto della Direzione

Sanitaria/Medica. Il monitoraggio infrannuale e finale avviene tramite un software autoprodotta che prevede la compilazione on line dello stato di avanzamento di ciascun obiettivo. L'esito del monitoraggio è stato comunicato ai responsabili delle strutture aziendali e presentato all'OIV all'epoca in carica nel corso della seduta dd. 15/10/2018. L'OIV ha preso atto degli esiti, constatando che la gran parte degli obiettivi risultava in linea.

Per il 2018 l'Istituto ha altresì assegnato obiettivi individuali collegati alla produttività strategica per le aree della dirigenza medica e sanitaria secondo specifici criteri di individuazione, i cui risultati verranno analizzati nell'apposita sezione di questo documento.

Il ciclo della performance 2018 è stato illustrato al nuovo Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta di insediamento, in data 14/6/2019. Il percorso si è concluso successivamente alla scadenza del 30/6 in quanto i dati relativi ad alcuni obiettivi assegnati non risultavano ancora certificati dalla Regione (i dati sono pervenuti nel mese luglio 2019).

3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e produttività collettiva

Gli obiettivi di budget correlati con i fondi di risultato e di produttività sono stati assegnati nell'ambito del processo di budget e formalizzati con decreto n. 45/2018.

Alcuni obiettivi sono comuni a più strutture operative. In particolare sono stati assegnati obiettivi relativi:

- al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici;
- alla correttezza e completezza della documentazione clinica e obiettivi collegati al rischio clinico, in continuità con gli anni precedenti;
- all'informatizzazione per migliorare l'utilizzo della firma digitale nel G2 e nella lettera di dimissione, anche nella prospettiva di incrementare la qualità e quantità di informazioni riportate nel FSE;
- all'ottimizzazione delle risorse assegnate alle attività chirurgiche al fine di migliorare l'utilizzo delle sale operatorie;
- alle linee progettuali regionali ed agli indicatori del PNE /Bersaglio (richiamati nel Patto del DG);
- alla partecipazione alle iniziative di formazione organizzate per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza;
- alla produzione scientifica;
- al rispetto degli obiettivi esplicitati nel vigente PTPCT, così come previsto dalla normativa vigente;
- al mantenimento della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015 per le strutture che aderiscono ai percorsi di accreditamento volontario e di accreditamento richiesto dal Centro Nazionale Trapianti.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi per i quali è prevista una soglia numerica, il grado di raggiungimento viene calcolato in proporzione rispetto alla soglia, così come condiviso con i responsabili e la Direzione Strategica nel corso degli incontri di budget.

Il livello di raggiungimento viene ponderato in base al peso specifico di tali obiettivi e viene formalmente attestato, così come previsto dal vigente Regolamento di budget, dal Direttore Generale o Amministrativo o Sanitario o Scientifico, in base all'afferenza della struttura considerata, secondo

l'organigramma previsto dall'atto aziendale vigente.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2018 è riportato nella tabella sottostante.

Tab. 11 - Livello di raggiungimento degli obiettivi 2018 collegati alla retribuzione di risultato ed alla produttività collettiva

Struttura	% raggiungimento
S.C. GENETICA MEDICA	100%
S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	100%
S.C. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	98%
S.C. R EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	100%
S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	100%
S.C. PEDIATRIA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	92%
S.C.U.CLINICA PEDIATRICA	89%
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	90%
S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	99%
S.C. CHIRURGIA	97%
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA PEDIATRICA	97%
S.C. OCULISTICA	91%
S.C. ORTOPEDIA	67%
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	86%
S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	79%
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	95%
S.C. NEONATOLOGIA	96%
S.S.D.R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	100%
S.C.R. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	95%
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	87%
S.S.D.PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100%
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	100%
UFFICIO FORMAZIONE	100%
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	100%
S.C. POLITICHE DEL PERSONALE	100%
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	100%
S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	100%

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	100%
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	100%
UFFICIO PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'	100%
UFFICIO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	100%
UFFICIO PER LE GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CUP	100%
UFFICIO PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	100%
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	100%
S.S.D. FARMACIA	100%
S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	98%
DIREZIONE SCIENTIFICA	100%
PIATTAFORMA OSTETRICA	100%
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA DEGNEZA E AMBULATORIALE	94%
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA	94%
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO	100%

3.2.1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali

Nella misurazione e valutazione delle performance si è tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza.

Si ricorda, infatti, che nelle schede degli obiettivi dell'anno 2018 è stato assegnato a tutte le strutture lo specifico obiettivo di garantire gli adempimenti previsti dal PTPCT 2018-2020.

Per quanto concerne l'armonizzazione degli obblighi di trasparenza con la nuova disciplina della tutela dei dati personali, va detto preliminarmente che i dati, i documenti e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni di cui alle delibere dell'ANAC e sono stati pubblicati nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contemplati nell'art.5 del Regolamento UE 679/2016 quali quelli della liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione del titolare del trattamento". Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione e rispondono al concetto di Qualità delle informazioni nel senso di assicurare l'esigenza di certezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati.

I singoli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente sono indicati nella "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, in cui sono evidenziati, in particolare i documenti e gli adempimenti e le articolazioni aziendali assoggettati all'obbligo, i modi e i tempi di pubblicazione in conformità alle

disposizioni del D.lgs. 33/2013.

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da rappresentanti delle Strutture coinvolte nei procedimenti e processi interessati dagli adempimenti in tema di prevenzione corruzione e trasparenza è competente anche per gli adempimenti relativi alla Trasparenza ed effettua, almeno annualmente, con il supporto del Responsabile aziendale della Qualità, il controllo sulla sufficienza, congruenza e pertinenza di quanto pubblicato attraverso l'autovalutazione, gli audit, e collabora con l'OIV nell'esercizio della specifica funzione di controllo.

In linea con le indicazioni dell'ANAC sulle attribuzioni dei dirigenti ai fini della pubblicazione dei dati, il D.lgs. n. 33/2013 prevede esplicitamente che «i responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge» (art. 43, c. 3).

I dirigenti responsabili delle strutture indicate nella colonna «strutture e soggetti tenuti a invio dati e documenti» della Tabella dell'allegato 3 del PTPCT, effettuano l'invio tempestivo e completo di tutti i dati e documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza ai dirigenti o al personale espressamente individuato delle strutture indicate nella colonna «strutture tenute alla pubblicazione» della medesima tabella.

Come anticipato in premessa, nella programmazione annuale e nel percorso di budget sono esplicitati gli obiettivi attinenti alla realizzazione del PTPCT che formano oggetto di valutazione secondo la metodologia valutativa in essere.

L'OIV dell'IRCCS attesta, di norma, l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza ed effettua le comunicazioni prescritte agli organi competenti.

Al riguardo si precisa che, con documento di attestazione dd. 30.04.2019 l'attuale RPCT ha effettuato, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 141/2019, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione relativi all'annualità 2018 ed al primo trimestre 2019, elencati nell'Allegato 2.1 – Griglia di rilevazione della delibera n. 141/2019.

Detta rilevazione è stata eseguita, come previsto dalla delibera ANAC n. 141/2019, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nelle more della conclusione dell'iter procedimentale per il rinnovo dell'OIV.

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Piano è svolto dal RPCT in sede di Audit con cadenza, di norma, annuale, supportato dal Responsabile della Qualità aziendale e, per la verifica del necessario raccordo con gli obiettivi di performance, dal Dirigente della S.S.D. Programmazione e Controllo di gestione.

Lo strumento dell'audit effettuato nel novembre 2018 è stato funzionale all'individuazione delle azioni di miglioramento dei processi di trasparenza e pubblicazione. Esso si è avvalso di check list dedicate ai temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sia per ciò che concerne gli obblighi di pubblicazione che per la loro declinazione aziendale.

Per quanto concerne il trattamento dei dati personali in ambito sanitario, l'Istituto si attiene sia alla normativa europea del Regolamento UE n. 679/2016 che nazionale del D.lgs. 196/2003 così come adeguato alla normativa europea dal D.lgs. n. 101/2018 e, altresì, si attiene alle indicazioni della Direzione Centrale Salute della Regione FVG per le pubbliche amministrazioni del SSR attraverso la partecipazione a specifici tavoli tecnici.

A tal fine, sposando la logica del Garante della Privacy, l'Istituto ha predisposto misure adeguate per contenere i rischi di mancata riservatezza, integrità e tracciabilità dei dati relativi a tutti i processi/trattamenti (sanitari e non), per i quali elabora una propria valutazione del rischio e in particolare di impatto privacy".

L'accesso alle prestazioni sanitarie è subordinato all'acquisizione di un consenso scritto al trattamento dei dati personali. In assenza di tale documento è possibile la presa in carico di un paziente esclusivamente in regime di emergenza-urgenza e per 48 ore, il cui superamento determina detta acquisizione. I dati sono trattati informaticamente attraverso software regionali, anch'essi regolarmente sottoposti a vigilanza per quanto riguarda gli adempimenti normativi.

Con Decreto n. 83 del 13/07/2018 è stato nominato il Data Protection Officer interno coadiuvato da un Gruppo Multidisciplinare Privacy, da lui coordinato, che ne supporta le attività di controllo, sorveglianza, formazione ed informazione previste dal Regolamento. Il DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, soggetto distinto dal Data Protection Officer così come suggerito dalla Delibera ANAC n. 1074 dd. 21.11.2018.

3.3 Obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali

Relativamente agli obiettivi in argomento, preso atto degli accordi regionali che hanno attribuito le risorse agli enti del SSR e degli accordi decentrati, la Direzione Strategica ha elaborato le progettualità 2018, coerentemente alle linee di pianificazione aziendale ed ai criteri stabiliti a livello regionale, formalizzandole con proprio decreto DG n. 74/2018.

I progetti RAR sono collegati ad attività aggiuntiva ed al raggiungimento di specifici obiettivi misurati da idoneo indicatore. I responsabili di progetto hanno prodotto una relazione che documenta l'attività svolta ed i risultati raggiunti per ciascun obiettivo. Le relazioni sono state valutate dal Direttore Sanitario ed Amministrativo, ciascuno per la propria area di competenza (le valutazioni e le relazioni sono conservate agli atti della struttura SSD Programmazione e Controllo).

Si riporta nella tabella una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti RAR afferenti all'area della Direzione Amministrativa e Generale (valutazione del Commissario straordinario ad interim – nota prot. 756/2019) ed una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti RAR afferenti alla Direzione Sanitaria (valutazione del Vicecommissario straordinario con funzioni di direttore sanitario – nota prot. 787/2019).

Tab. 12 - Livello di raggiungimento dei progetti RAR 2018

Progetti afferenti al Direttore Sanitario

N. RAR DIRI MEDICA	RESPONSABILE DEL PROGETTO	TITOLO	% RAGGIUNGIMENTO
2,3,4	Direttore Sanitario	Mantenimento/riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche in carenza di personale o incremento della domanda	100%

5, 6	Direttore Sanitario	Assicurare la continuità dell'assistenza in carenza di personale o incremento dell'attività	100%
7	Direttore S.C. Neonatologia	Assicurare il Trasporto Neonatale	100%
8	Direttore SC Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	Supporto alle Attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria: verifica dati di attività	100%
9	Direttore Sanitario	Supporto alle Attività direzionali: a) verifica SDO b) predisposizione del Bilancio Sociale dell'Istituto	100%
10	Resp. Ufficio Gestione e Valorizzazione della Qualità	Progetto accreditamento JACIE trapianti di midollo	100%

N. RAR SPTA	RESPONSABILE DEL PROGETTO	TITOLO	% RAGGIUNGIMENTO
SPTA 1	Direttore SC Direzione delle professioni	Assicurare la continuità dei servizi assistenziali e tecnico-diagnostici	100%
SPTA 2	Direttore Dipartimento amministrativo	Predisposizione del Bilancio Sociale dell'Istituto per la parte di competenza sanitaria	100%
SPTA 3	Responsabile Ufficio Gestione e valorizzazione della qualità	Accreditamento JACIE oncoematologia	100%
SPTA 4	Direttore Sanitario	Assicurare la presenza in servizio nelle giornate di sabato o festivi	100%
SPTA 5	Direttore SC NPI	Miglioramento dell'accesso al servizio di psicologia e sviluppo delle attività ambulatoriali e di consulenza svolte	100%
SPTA 7	Direttore SC Genetica Medica	Riduzione/Mantenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche e Sviluppo di percorsi diagnostici	100%
SPTA 8	Responsabile SSD Farmacia	sviluppare le attività di farmacovigilanza con particolare attenzione alle prescrizioni off label e alle analisi di esito	100%

SPTA 9	Responsabile SSD Diagnostica avanzata microbiologica traslazionale	Avviare l'attività di laboratorio della SSD sia di ricerca che ai fini assistenziali sviluppando nuovi protocolli e supporto alle Strutture Aziendali	100%
SPTA 10	Direttore SC Diagnostica avanzata traslazionale	Avviare l'attività di laboratorio della SS sia di ricerca che ai fini assistenziali sviluppando nuovi protocolli e supporto alle Strutture Aziendali	100%
SPTA 11	Direttore SC R Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	Supporto alle attività direzionali di riorganizzazione dell'offerta sanitaria : verifica dati di attività	100%

N. RAR COMPARTO	RESPONSABILE DEL PROGETTO	TITOLO	% RAGGIUNGIMENTO
COMP 3	Responsabile Piattaforma Infermieristica Emergenza Urgenza	Assicurare l'incremento dell'attività dei servizi assistenziali e tecnico-diagnostici per mantenere o ridurre i tempi d'attesa o far fronte ad un aumento della domanda	100%
COMP 4	Responsabile Piattaforma Ostetrica	Sviluppare le competenze gestionali e assicurare la presenza pomeridiana delle figure di Coordinamento	100%
COMP 5	Responsabile Piattaforma Tecnica dei Servizi di Supporto	Definizione e Organizzazione e dell'attività delle Piattaforme	100%
COMP 6	Direttore Sanitario	Attività per la continuità assistenziale effettuate fuori sede	100%
COMP 7	Coordinatore Area Terapia Intensiva neonatale e nido	Assicurare il Trasporto neonatale	100%
COMP 8	Titolare PO Ufficio per la Gestione delle prestazioni sanitarie e CUP	Assicurare la formazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei programmi informatici di gestione delle attività	100%
COMP 9	Responsabile Ufficio Gestione e valorizzazione della qualità	Progetto accreditamento JACIE trapianti di midollo	100%
COMP 11	Titolare PO Attività di supporto igiene, organizzazione dei servizi sanitari e sorveglianza sanitaria	Definizione delle competenze specifiche e riorganizzazione dell'attività del servizio con particolare riguardo alle infezioni correlate all'assistenza	100%

COMP 16	Direttore Sanitario	Indirizzare la corretta gestione dei rifiuti	100%
----------------	---------------------	--	------

Progetti afferenti al Direttore Generale/Amministrativo

N. RAR SPTA/COMPARTO	RESPONSABILE DEL PROGETTO	TITOLO	% RAGGIUNGIMENTO
SPTA 12	Direttore DGTA	Predisposizione del bilancio sociale dell'Istituto	100%
COMP 10	Titolare PO SPPA	Ottimizzazione dei presidi estinguenti	100%
COMP 12	Titolare PO Ufficio Formazione	Sperimentare uno strumento di valutazione dell'efficacia dell'evento formativo sulla gestione dell'emergenza neonatale di base	100%
COMP 13	Titolare PO Ufficio Relazioni con il Pubblico e comunicazione	Assicurare la presenza ad eventi pomeridiani o nei giorni prefestivi e festivi oltre l'orario di lavoro	100%
COMP 14	Direttore DGTA	Predisposizione del bilancio sociale dell'Istituto	100%
COMP 15	Direttore DGTA	Assicurare la continuità delle attività amministrative in carenza di risorse	100%
COMP 18	Responsabile SC Gestione del Personale di ASUI TS	Miglioramento degli obblighi informativi e qualità dei dati contributivi	100%
COMP 19	Responsabile SC Gestione del Personale di ASUI TS	Riliquidazione pensioni personale ASUI TS e Burlo anni 2016/2017/2018 in seguito all'applicazione nuovo CCNL comparto sanità	100%

3.4 Sintesi della performance individuale

La performance individuale nell'IRCCS Burlo Garofolo è inserita all'interno di un sistema di valutazione che coinvolge tutto il personale dipendente della dirigenza e del comparto, attraverso una scheda di valutazione che valuta l'attività e professionalità degli operatori (considerando la valutazione come fattore di valorizzazione e motivazione dei dipendenti) e che misura il loro contributo al raggiungimento della performance organizzativa. Il processo di valutazione individuale garantisce il contraddittorio con l'interessato in coerenza con il processo di responsabilizzazione agli obiettivi dell'Istituto stesso per la tutela della salute dei cittadini.

Le schede di valutazione individuale sono distinte in 3 tipologie:

- comparto;
- dirigenza Medica e Veterinaria e Sanitaria;
- dirigenza PTA.

È assicurato il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la

valutazione individuale, mediante l'inserimento di una voce relativa alla partecipazione agli obiettivi annuali nella scheda di valutazione, che viene prodotta successivamente all'adozione della delibera di approvazione delle schede di budget.

Ciascun valutatore, come individuato in ogni rispettivo regolamento, ha proceduto alla compilazione delle schede di valutazione relative all'anno 2018, che ha condiviso con il personale valutato mediante colloqui individuali volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze tenuti nel corso dell'anno; tale valutazione è stata formalizzata mediante la consegna delle schede, complete di data e sottoscrizione del valutatore e del valutato, che ne attesta così la presa visione.

Le schede di valutazione pervenute sono 178 della dirigenza e 523 del comparto. L'Istituto è in possesso di circa il 94% delle schede individuali del personale del Comparto e del 95% della Dirigenza.

Per le restanti schede si precisa che sono state inviate al personale interessato e per giustificati motivi non sono attualmente pervenute.

Gli esiti delle valutazioni sono indicati negli schemi sottostanti, che si basano su scale distinte a seconda dell'Area Contrattuale di appartenenza:

Tab. 13 – SCHEDE DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA:

Media valutazione annuale 2018 dei dirigenti medici e sanitari

Punteggio minimo raggiunto	18,75
Punteggio massimo raggiunto	34,5
Numero medici valutati	154
Numero sanitari valutati	24
Percentuale dirigenti medici e sanitari valutati	95%

VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	medici		Dirigenti sanitari	
		num.	%	num.	%
ottima	Da 30,1 a 34,5	99	68%	17	71%
media	Da 25,1 a 30	38	26%	4	17%
sufficiente	Da 20,8 a 25	7	5%	3	13%
NEGATIVA	<=20,7	1	1%	0	0%
Totale		145	100%	24	100%

SCHEDE DIRIGENZA PTA: scala del giudizio da S (Sufficiente) a O (Ottimo) passando per D (Discreto) e B (Buono).

Sono stati valutati 12 Dirigenti su 13, complessivamente hanno ottenuto il 64% degli item con giudizio Ottimo, il 35% con giudizio Buono, l'1% con giudizio Discreto e nessun giudizio Sufficiente.

Tab. 14 – SCHEDE DEL PERSONALE DEL COMPARTO:

Media valutazione annuale 2018 del Comparto

Punteggio minimo	21
Punteggio massimo	48

Numero Comparto da valutare **556**

Numero Comparto valutati **523**
Percentuale valutati **94%**

		comparto	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	399	76%
media	da 31 a 39	115	22%
sufficiente	da 21 a 30	9	2%
NEGATIVA	inferiore a 21	0	0%
Totale		523	100%

Al 31/7 non risulta pervenuta alcuna istanza di ricorso da parte del personale valutato.

3.5 Obiettivi individuali collegati alla produttività strategica

I progetti collegati alla produttività strategica 2018 dell'area della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria vengono assegnati con specifica nota a firma del Direttore Sanitario tenuto conto dei seguenti criteri di individuazione:

Per la dirigenza Medica:

- a) Obiettivi ritenuti rilevanti per il buon andamento dell'attività sanitaria perché riguardanti l'incremento dell'attività o il mantenimento della continuità assistenziale che non sono stati coperti dalle RAR (Risorse Aggiuntive Regionali);
- b) Obiettivi di revisione o riorganizzazione di percorsi assistenziali al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e ridurre il rischio clinico.

Per la dirigenza Sanitaria:

- a) Obiettivi di revisione o riorganizzazione di percorsi assistenziali;
- b) Obiettivi di supporto all'attività di ricerca.

La valutazione del raggiungimento delle progettualità viene effettuata dal Direttore Sanitario.

4. Il processo di redazione della relazione sulla performance.

4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2018

La presente relazione è stata predisposta dalla SSD Programmazione e Controllo, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, la SSD Politiche del personale relativamente alla valutazione individuale del personale e la SC Gestione Economico Finanziaria relativamente all'analisi dei dati di bilancio.

Le valutazioni relative agli obiettivi di budget correlati ai fondi di risultato e produttività collettiva sono state effettuate per area di competenza, dal Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e Scientifico, sulla base della documentazione di rendicontazione agli atti e sulla base delle risultanze dei flussi informativi aziendali, e successivamente inviate alla SSD Programmazione e Controllo. Gli esiti sono stati riportati nelle tabelle di cui al paragrafo 3.2.

Le valutazioni relative agli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali sono state effettuate dal Direttore Sanitario e Amministrativo ed inviate alla SSD Programmazione e Controllo.

Le schede di valutazione annuale, una volta condivise e sottoscritte, sono state consegnate da ciascun valutatore alla SSD Politiche del personale per le operazioni di valutazione e successivamente archiviate nel fascicolo personale di ciascun dipendente. Gli esiti delle valutazioni sono sintetizzati nel paragrafo 3.4.

La relazione è stata elaborata solo dopo il consolidamento dei dati relativi ai tempi di attesa da parte del Servizio Flussi Informativi di ARCS, inviati nel corso del mese di luglio 2019.

4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento

Come già evidenziato nel paragrafo 2.5 nel corso del 2019 verranno maggiormente implementate le analisi di *customer satisfaction* dirette agli utenti e volte a migliorare la qualità dei servizi erogati. Verranno inoltre proposte analisi di *customer* interne, così come previsto dai percorsi di accreditamento volontario delle strutture dei servizi di supporto secondo la normativa ISO 9001, nell'ottica di snellire le attività amministrative e di migliorare la conoscenza dell'organizzazione al proprio interno.

Il summenzionato questionario prevede alcune domande relative alla conoscenza degli obiettivi assegnati per l'anno in corso: anche in base agli esiti di tale questionario si valuteranno azioni volte al miglioramento del percorso di condivisione/divulgazione degli obiettivi aziendali.

L'IRCCS rileva quindi come propria area di miglioramento l'adeguamento dei regolamenti sulla valutazione individuale, anche rispetto alle novità introdotte dai CCNL ed alla luce delle nuove funzioni attribuite agli Organismi indipendenti di valutazione.