



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

Relazione sulla
performance



Anno 2019

INDICE

Premessa	3
1. Sintesi dei principali risultati raggiunti	4
1.1 L'attività del periodo	4
1.2 Gli obiettivi regionali	13
1.3 Gli obiettivi di Patto del DG	14
1.4 Qualità e appropriatezza	19
1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli.....	19
1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio	20
1.5 I risultati della ricerca	21
2. Analisi del contesto e delle risorse	24
2.1 Risorse, efficienza ed economicità	24
2.2 Le risorse umane	28
2.3 Il bilancio di genere	31
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali	33
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa	36
3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti	36
3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e produttività collettiva	37
3.2.1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali	39
3.3 Obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali	40
3.4 Sintesi della performance individuale	45
4. Il processo di redazione della relazione sulla performance	46
4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2019.....	46
4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento	47

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2019 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 2019 a livello aziendale, di struttura operativa 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, a causa dell'emergenza epidemiologica collegata al Covid-19, la redazione del bilancio d'esercizio 2019, contenente la sintesi dei risultati aziendali del 2019 è stata posticipata, ai sensi dell'art. 107 del DL 18/2020 al 31/5 e pertanto la valutazione degli obiettivi di struttura ha subito un fisiologico differimento.

1. Sintesi dei principali risultati raggiunti

1.1 L'attività del periodo

Attività di ricovero

I dati di attività esposti nelle tabelle seguenti evidenziano i principali risultati raggiunti nel corso del 2019, raffrontati con gli anni precedenti.

Nell'**Area Pediatrica medica** si registra un decremento del numero totale dei ricoveri (-2,98%) rispetto all'anno precedente. Nel 2019 è continuato il percorso di revisione del setting assistenziale come conseguenza del consolidamento dei percorsi di appropriatezza ed è proseguita l'attività di trapianto di midollo osseo su pazienti con patologie oncoematologiche. Il ruolo dell'IRCCS nell'ambito dell'immunologia, delle intolleranze alimentari, delle patologie neuropsichiatriche comuni nell'infanzia come l'epilessia, l'autismo e delle disabilità intellettive ed i disturbi dell'apprendimento, è stato confermato. Nel corso del 2019, il Burlo è stato individuato quale centro di riferimento per le cure palliative pediatriche e sono stati avviati i relativi percorsi multidisciplinari.

Nell'**Area Chirurgica pediatrica** si riscontra un lieve incremento dei ricoveri ordinari (+ 0,98%). Nel contesto chirurgico vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano di essere sottolineati come gli interventi di impianti cocleari e di artrodesi vertebrale, erogati sia a favore di pazienti regionali che extraregionali. Nel corso dell'anno 2019, è proseguita l'attività nella chirurgia mini – invasiva avanzata in chirurgia toracica, urologica e nella cura delle malformazioni congenite. Si è estesa l'attività urologica in raccordo con l'ambulatorio che segue i pazienti con disturbi di continenza e funzione vescicale con provenienza regionale che extraregionale. Durante l'anno è proseguita ed è stata consolidata l'attività dell'odontoiatria pubblica. L'Istituto, in quanto Centro di Riferimento regionale per l'età pediatrica di alcune malattie rare in campo oftalmologico, ha garantito gli interventi chirurgici per strabismo in età pediatrica, con un bacino d'utenza in gran parte extra-regionale.

Nell'**Area Ostetrico-Ginecologica** si registra un aumento dell'attività (+ 2,85%) che, se da un lato vede una diminuzione dei parti, in linea con i dati nazionali, evidenzia dall'altro un incremento dell'attività ginecologica. Su quest'ultimo aspetto si richiama, in particolare, la chirurgia ginecologica complessa (interventi per neoplasie, endometriosi e patologie del pavimento pelvico), con contestuale consolidamento delle procedure chirurgiche mini invasive. Relativamente alla gravidanza a rischio e alla diagnosi prenatale nel corso dell'anno 2019 è proseguito il percorso di integrazione multidisciplinare. La crescente complessità, insita nel terzo livello di assistenza ostetrica, non ha influito sul tasso di tagli cesarei, che, al contrario, mostra un trend in decremento.

Tab. 1a – SINTESI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

ATTIVITÀ DI RICOVERO fonte portale SISSR	anno 2017	anno 2018	anno 2019	Δ 2019/2018	Δ % 2019/2018
Numero totale di ricoveri	10.500	11.306	11.082	-224	-2%
Numero totale di ricoveri senza DRG 391 (neonato sano)	9.555	10.414	10.342	-72	-1%
Ricoveri ordinari	7.145	7.434	7.497	63	1%
Ricoveri DH	3.355	3.872	3.585	-287	-7%
Numero parti	1.455	1.477	1.371	-106	-7%
Giornate di degenza					
giornate di degenza RO	29.603	28.869	28.162	-707	-2%
giornate di degenza DH	5.334	6.337	6.071	-266	-4%
Degenza media RO	3,98	3,93	3,58		
Degenza media DH	1,59	1,64	2,05		
Tasso di occupazione RO	74%	81%	80%		
Tasso di occupazione DH	68%	81%	73%		

Tab. 1b – SINTESI ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO	anno 2017	anno 2018	anno 2019	Δ 2019/2018	Δ % 2019/2018
numero accessi	23.852	24.599	25.073	474	2%
numero accessi per triage					
<i>codice rosso</i>	36	74	52	-22	-30%
<i>codice giallo</i>	1.681	1.865	1.861	-4	0%
<i>codice verde</i>	15.243	15.896	15.552	-344	-2%
<i>codice bianco</i>	6.892	6.764	7.608	844	12%
numero osservazioni brevi	475	547	889	342	63%
tempo medio di attesa alla visita per codice triage					
<i>codice rosso</i>	00:06	00:08	00:11		
<i>codice giallo</i>	00:10	00:09	00:10		
<i>codice verde</i>	00:46	00:42	00:40		
<i>codice bianco</i>	00:49	00:46	00:44		
ricoveri su totale accessi	627	700	676		
% ricoveri su totale accessi	2,63%	2,85%	2,70%		
ricoveri su totale accessi suddiviso per triage					
<i>codice rosso (N)</i>	20	39	28		
%	56%	53%	54%		
<i>codice giallo (N)</i>	268	322	301		
%	16%	17%	16%		
<i>codice verde (N)</i>	285	272	270		
%	2%	2%	2%		
<i>codice bianco (N)</i>	54	67	77		
%	1%	1%	1%		
numero indagini radiologiche	4.747	5.049	5.284	235	5%

Tab. 1c – SINTESI DRG

Attività di ricovero primi 20 DRG per peso e frequenza - anno 2019				
Codice DRG	Descrizione DRG	Peso DRG	Frequenza	freq*peso
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0,9785	462	452,07
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	0,4439	977	433,69
546	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA	5,0089	55	275,49
387	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI	3,5317	73	257,81
492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI	1,4945	137	204,75
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	15,5111	12	186,13
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ < 18 ANNI	0,3999	464	185,55
380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0,3888	460	178,85
405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI	2,9459	60	176,75
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	8,6877	20	173,75
371	PARTO CESAREO SENZA CC	0,7334	196	143,75
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,4568	309	141,15
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	0,9419	143	134,69
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	1,7728	75	132,96
225	INTERVENTI SUL PIEDE	0,8826	148	130,62
391	NEONATO NORMALE	0,1598	745	119,05
468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,8661	40	114,64
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	0,7041	156	109,84
301	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	0,5049	209	105,52
041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETÀ < 18 ANNI	0,5851	163	95,37

Tab. 2 – SINTESI ATTIVITÀ DI RICOVERO PER STRUTTURA

SINTESI ATTIVITÀ DI RICOVERO PER AREA DI ASSISTENZA E STRUTTURA												
	Day Hospital				Ordinari				TOTALI			
	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Δ % 2019/2018	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Δ % 2019/2018	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Δ % 2019/2018
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	3.355	3.872	3.585	-7,41%	7.145	7.434	7.497	0,85%	10.500	11.306	11.082	-1,98%
Area												
Pediatria	1.593	1.913	1.858	-2,88%	2.682	2.719	2.636	-3,05%	4.275	4.632	4.494	-2,98%
Chirurgia	1.341	1.501	1.310	-12,72%	1.517	1.591	1.594	0,19%	2.858	3.092	2.904	-6,08%
Ostetricia Ginecologia	421	458	417	-8,95%	2.946	3.124	3.267	4,58%	3.367	3.582	3.684	2,85%
Strutture complesse												
SC Neonatologia - TIN	52	52	56	7,69%	251	265	245	-7,55%	303	317	301	-5,05%
SC Neonatologia - Nido	0	0	0	-	1.321	1.305	1.246	-4,52%	1.321	1.305	1.246	-4,52%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	0	0	0	-	38	24	19	-20,83%	38	24	19	-20,83%
SC Neuropsichiatria Infantile	179	204	163	-20,10%	212	165	170	3,03%	391	369	333	-9,76%
SC U Clinica Pediatrica	1.151	1.434	1.433	-0,07%	628	683	664	-2,78%	1.779	2.117	2.097	-0,94%
SC Oncoematologia	211	223	206	-7,62%	232	277	292	5,42%	443	500	498	-0,40%
SC Chirurgia	475	511	407	-20,35%	324	323	353	9,29%	799	834	760	-8,87%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	318	369	377	2,17%	514	532	580	9,02%	832	901	957	6,22%
SSD Odontostomatologia	195	196	179	-8,67%	0	0	0	-	195	196	179	-8,67%
SC Ortopedia e Traumatologia	244	318	250	-21,38%	518	597	547	-8,38%	762	915	797	-12,90%
SC Oculistica	109	107	97	-9,35%	147	128	106	-17,19%	256	235	203	-13,62%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia	47	38	38	0,00%	1.663	1.488	1.498	0,67%	1.710	1.526	1.536	0,66%
SC U Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia	374	420	379	-9,76%	1283	1636	1.769	8,13%	1.657	2.056	2.148	4,47%
SC Anestesia e Rianimazione	0	0	0	-	14	11	8	-27,27%	14	11	8	-27,27%

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Δ % 2019/2018
Numero parti totale di cui:	1.455	1.477	1371	-7,18%
Parti cesarei	322	321	256	-20,25%

NB: Fonte dati SDO portale SISSR aggiornamento 17/02/20

Tab. 3 – ANALISI PROVENIENZE ATTIVITÀ DI RICOVERO

DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER PROVENIENZA - PER AREA E STRUTTURA												
	ASUGI		altre aziende FVG		FVG totale		Extraregione		Stranieri		TOT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	7.056	63,67%	1.926	17,38%	8.982	81,05%	1.753	15,82%	347	3,13%	11.082	100%
Area												
Pediatria	2.673	59,48%	905	20,14%	3.578	79,62%	727	16,18%	189	4,21%	4.494	100%
Chirurgia (età pediatrica)	1.117	38,46%	859	29,58%	1.976	68,04%	869	29,92%	59	2,03%	2.904	100%
Ostetricia Ginecologia	3.266	88,65%	162	4,40%	3.428	93,05%	157	4,26%	99	2,69%	3.684	100%
Strutture complesse												
SC Neonatologia - TIN	239	79,40%	43	14,29%	282	93,69%	17	5,65%	2	0,66%	301	100%
SC Neonatologia - Nido	1194	95,83%	20	1,61%	1.214	97,43%	23	1,85%	9	0,72%	1246	100%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	15	78,95%	3	15,79%	18	0,00%	1	5,26%	0	0,00%	19	100%
SC Neuropsichiatria Infantile	183	54,95%	81	24,32%	264	79,28%	56	16,82%	13	3,90%	333	100%
SC U Clinica Pediatrica	852	40,63%	600	28,61%	1.452	69,24%	602	28,71%	43	2,05%	2097	100%
SC Oncoematologia	190	38,15%	158	31,73%	348	69,88%	28	5,62%	122	24,50%	498	100%
SC Chirurgia	404	53,16%	226	29,74%	630	82,89%	107	14,08%	23	3,03%	760	100%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	336	35,11%	349	36,47%	685	71,58%	257	26,85%	15	1,57%	957	100%
SSD Odontostomatologia	101	56,42%	52	29,05%	153	85,47%	22	12,29%	4	2,23%	179	100%
SC Ortopedia e Traumatologia	201	25,22%	152	19,07%	353	44,29%	430	53,95%	14	1,76%	797	100%
SC Oculistica	71	34,98%	77	37,93%	148	72,91%	53	26,11%	2	0,99%	203	100%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia	1351	87,96%	63	4,10%	1.414	92,06%	67	4,36%	55	3,58%	1536	100%
SCU Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia	1915	89,15%	99	4,61%	2.014	93,76%	90	4,19%	44	2,05%	2148	100%
SCR Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%
SC Anestesia e Rianimazione	4	50,00%	3	37,50%	7	87,50%	0	0,00%	1	12,50%	8	100%

Per l'analisi delle provenienze è stato preso in considerazione il nuovo assetto istituzionale del SSR, anche se adottato dal 2020.

Attività ambulatoriale

L'**attività ambulatoriale** evidenzia un sostanziale mantenimento (-0,91%) rispetto all'anno precedente segnalando un notevole incremento nell'area dei laboratori (+4,88%): il nuovo assetto attivo dal 16/12/2016 si è consolidato nel corso del triennio. Si ~~rappresentano~~ evidenziano inoltre nuove attività avviate nel corso del 2019 quali la tossicologia forense e l'implementazione di tecniche diagnostiche innovative e avanzate, con particolare riguardo alle così dette tecniche "omiche" (genomica, proteomica, metabolomica, etc.) ~~anche~~ per la diagnosi di malattie ereditarie, oncologiche ed infettive. Si evidenzia, inoltre, un notevole aumento delle prestazioni di diagnostica avanzata traslazionale afferente alle malattie sessualmente trasmesse. Si rappresenta infine un notevole aumento e dei volumi relativamente dell'area ostetrico ginecologica (+6,21%) dovuto all'incremento dell'offerta relativa alle prestazioni inerenti la riabilitazione del pavimento pelvico.

Nel corso dell'anno è stata avviata, in collaborazione con la DCS, l'attività relativa alla valorizzazione delle prestazioni di alta specializzazione erogate dall'IRCCS nell'ambito principalmente della Genetica medica, anche in considerazione delle criticità evidenziate a seguito dell'entrata in vigore del nuovo tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali, che non valorizza adeguatamente questo tipo di prestazioni.

Tab. 4- SINTESI ATTIVITÀ AMBULATORIALE PER STRUTTURA



TAB. 2 ATTIVITA' AMBULATORIALE

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Δ % 2019/2018
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	147.163	177.290	175.704	-0,89%
Area				
Pediatria	27.240	28.216	26.371	-6,54%
Chirurgia (età pediatrica)	45.296	52.896	48.102	-9,06%
Ostetricia Ginecologia	34.832	37.733	40.182	6,49%
Area laboratorio	32.793	48.008	50.350	4,88%
Radiologia	6.310	6.572	6.664	1,40%
Strutture complesse				
SC Neonatologia - TIN	1.663	1.635	1.514	-7,40%
SC Neonatologia - Nido				
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	25	2	15	-
SC Neuropsichiatria Infantile	6.267	7.219	6.695	-7,26%
SC U Clinica Pediatrica	6.537	6.416	7.117	10,93%
SS Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.559	1.708	1.758	2,93%
SS Endocrinologia, auxiologia e diabetologia	2.630	2.143	2.145	0,09%
SS Allergologia e trattamento dell'asma	3.145	3.296	2.961	-10,16%
SS Cardiologia	4.125	4.482	3.047	-32,02%
SC Oncoematologia	1.289	1.315	1.119	-14,90%
SC Chirurgia	2.044	2.272	3.412	50,18%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	13.359	15.397	14.448	-6,16%
SSD Odontostomatologia	4.707	6.199	4.888	-21,15%
SC Ortopedia e traumatologia	17.788	20.309	18.817	-7,35%
SC Oculistica	7.398	8.719	6.537	-25,03%
SC U Clinica ostetrica e ginecologica	18.169	19.090	20.801	8,96%
SSD Gravidanza a rischio	692	3.865	4.035	4,40%
SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	10.134	10.512	11.375	8,21%
SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	6.065	7.599	7.584	-0,20%
SC Anestesia e Rianimazione	464	532	422	-20,68%
SC Genetica medica	8.117	10.290	11.592	12,65%
S.C. R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale *	21.080	28.938	28.462	-1,64%
SSD R Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	3.596	8.780	10.296	17,27%
SC R Radiologia pediatrica	6.310	6.572	6.664	1,40%

*: valori non definitivi a causa della reportistica non certificata da Insiel successivamente alla riorganizzazione

Fonte dati: Cupweb 27/01/20

Attività con l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO).

In attuazione di quanto previsto dall'Accordo Quadro per la disciplina degli aspetti economici e giuridici derivanti dal "Protocollo di Intesa per la Costituzione di un Coordinamento Interaziendale Materno Infantile" fra l'IRCCS "Burlo Garofolo" e l'Azienda sanitaria "Friuli Occidentale", i professionisti dell'IRCCS hanno eseguito presso l'ASFO attività di chirurgia pediatrica; l'attività ambulatoriale è stata direttamente imputata al nostro Istituto, mentre l'attività di ricovero è stata fatturata all'ASFO. I volumi dell'attività erogata sono riportati nelle tabelle sottostanti.

Tab. 5– SINTESI ATTIVITÀ CHIRURGICA PRESSO ASFO

ATTIVITA' DI RICOVERO	num interventi	tariffato	quota Burlo (70%)
SC Chirurgia	166	294.703,69	206.292,58

ATTIVITA' AMBULATORIALE	num prestazioni			tariffato		
	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	Totale	Ospedale Pordenone	Ospedale San Vito T.	Totale
SC Chirurgia	492	149	641	16.420,00	4.939,00	21.359,00

Definizione BURLO MULTICENTRICO EX ART. 29 LR 22/2019 "PRESIDI OSPDALIERI SPECIALIZZATI" – ATTIVITA' PREPARATORIA

La previsione che l'IRCCS possa operare direttamente presso altri Enti del SSR in forma diretta e stabile (cosiddetto Burlo Multicentrico), rappresenta un'opportunità per tutto il sistema che consente di superare alcune delle attuali convenzioni tra il Burlo ed altri Enti del SSR e di sviluppare al contempo nuove sinergie.

L'attività attualmente esercitata secondo specifiche convenzioni interaziendali, come ad esempio la collaborazione con ASFO sopra descritta rientrerebbe nell'ambito della programmazione regionale. Tutto ciò dando stabilità a percorsi clinico-assistenziali a garanzia della qualità e sicurezza delle cure erogate ed anche a tutela dei professionisti che così possono operare in un sistema multidisciplinare e di confronto continuo.

Già la DGR 2673/2014 di approvazione degli standard relativi all'assistenza primaria ed all'assistenza ospedaliera, aveva previsto per il Burlo la definizione di collaborazioni operative, anche attraverso l'apertura di specifici ambulatori dislocati, presso altri presidi della Regione.

Nel corso del 2019, in vista della costituzione, dal 1/1/2020, dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI), sono stati attivati dei tavoli di confronto tra i professionisti di ASUGI, del P.O. di Gorizia e Monfalcone e del Burlo per condividere futuri percorsi e assetti organizzativi riguardanti in particolare:

- area pediatrica;
- area ostetrico-ginecologica;
- neuropsichiatria infantile;
- procreazione medicalmente assistita;
- assistenza farmaceutica pediatrica, galenica, unità antiblastici;
- ricerca e sperimentazione clinica.

Per la provincia di Trieste la funzione materno-infantile (per la parte ospedaliera) è già assicurata dal Burlo e, in previsione dell'istituenda ASUGI, si è resa necessaria una condivisione/collaborazione su tale settore anche con l'ambito isontino così da assicurare livelli uniformi di assistenza e di accessibilità alle cure.

I tavoli tecnici hanno consentito di evidenziare i seguenti punti di forza della dislocazione del Burlo presso le sedi di Gorizia e Monfalcone:

- mantenimento dell'offerta di prestazioni di ricovero ed ambulatoriale e dell'assetto organizzativo in essere nelle sedi di Gorizia e Monfalcone, secondo la programmazione regionale vigente;
- mantenimento del punto nascita a Monfalcone, come struttura del Burlo, valorizzandone così, l'offerta rispetto alla situazione attuale e facendone un polo di attrazione per le zone limitrofe;
- implementazione dell'offerta specialistica (es.: ambulatori specialistici) con attivazione di nuovi servizi, attualmente presenti solo al Burlo, con ricadute positive sull'utenza (non si sposta l'utenza, si sposta l'equipe) sia per quanto riguarda l'ostetricia/ginecologia che la pediatria;
- possibilità per i professionisti di:
 - o mantenere casistiche adeguate e di entrare a far parte di un team più ampio e multiprofessionale;
 - o poter contare su opportunità di aggiornamento e confronto costanti tra professionisti dell'area materno-infantile in un sistema integrato per offrire le migliori opzioni di cura;
 - o far parte di un contesto organizzativo di rete a livello nazionale ed internazionale inerente la ricerca, in cui il Burlo Garofolo ha dimostrato la propria eccellenza nella ricerca sulla salute della donna e del bambino;
 - o far parte di un pool più ampio a cui poter attingere per garantire gli istituti contrattuali (guardia, reperibilità etc.) nelle diverse sedi;
 - o avere accesso a tecnologie/apparecchiature attualmente non disponibili in tutte le realtà.

La L.R. 22/2019 ha formalizzato il percorso sopra illustrato, confermando all'art. 29 l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste tra i presidi ospedalieri specializzati della Regione e attribuendo al predetto Istituto, le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria, ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) presso le sedi di Trieste e del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone.

Nel corso del 2020 sarà data attuazione alla Riforma del SSR approvata con le LR 28/2018 e 22/2019, che esiterà nell'adozione del nuovo Atto Aziendale dell'IRCCS e nel progressivo allineamento degli assetti organizzativi delle altre Aziende.

1.2 Gli obiettivi regionali

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

- **DGR 2514 del 28.12.2018:** Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019. approvazione preliminare.
- **DGR 448 del 22.03.2019:** Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2019. approvazione definitiva
- **DGR 878 del 30.05.2019:** Lr 49/1996 programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale.
- **DGR 1012 del 21.06.2019:** Patto 2019 tra regione e direttori generali / commissari straordinari degli enti del servizio sanitario regionale.
- **DGR 1455 del 30.08.2019:** Lr 26/2015, art 33, comma 10 - programmazione degli investimenti nel ssr per gli anni 2019-2021 e riforma delle dgr 735/2018 e 791/2018.
- **DGR 1626 del 27.09.2019:** Lr 26/2015 - programmazione degli investimenti nel ssr per gli anni 2019-2021.
- **DGR 1765 del 18.10.2019:** programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale - modifiche ed integrazioni
- **DGR 1812 del 25.10.2019:** Lr 26/2015, art 44. gestione del servizio sanitario regionale: I rendiconto semestrale 2019 di valutazione economica, finanziaria e gestionale
- **DGR 2052 del 29.11.2019:** Lr 49/1996 - programmazione annuale 2019 del servizio sanitario regionale - ulteriori modifiche ed integrazioni
- **DGR 2092 del 5.12.2019:** Lr 49/1996 e 26/2015 - programmazione degli investimenti nel ssr - attrezzaggio e rinnovo tecnologico del nuovo ospedale e della cittadella della salute di Pordenone.

La rendicontazione dei risultati raggiunti è stata inviata alla DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2019, adottati con decreto n. 62 del 28/5/2020 – in fase di valutazione e consolidamento da parte della Regione.

Si riporta nella tabella sottostante una sintesi relativa al raggiungimento degli obiettivi per ciascuna 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 non raggiunti per cause NON imputabili	Obiettivi stralciati/ da stralciare	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Promozione della salute e prevenzione	20	2		1		23
Linea 3.2 Assistenza distrettuale e assistenza sociosanitaria	17	1		2	7	27
Linea 3.3 Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa	13			1		14
Linea 3.4 Accreditamento	8					8
Linea 3.5 Assistenza ospedaliera	18	1		8		27
Linea 3.6 Rete Cure Sicure FVG	6					6

Linea 3.7 Promozione della salute negli ospedali	3					3
Linea 3.8 Rapporto con i cittadini	4	1				5
Linea 4. Il sistema informativo e PACS	11	2		2	2	17
TOTALE	100	7	0	14	9	130

La tabella evidenzia un buon livello di raggiungimento degli obiettivi regionali, risultando pienamente raggiunti 100 macro-obiettivi su 130 obiettivi totali (pari al 77%). Gli obiettivi non raggiunti per cause non imputabili all'Istituto corrispondono a 14 progettualità (11%) che l'ente non ha potuto portare a termine per cause esterne, indipendenti dalla volontà, mentre per 9 obiettivi (7%) l'IRCCS ha chiesto lo stralcio in quanto non è stato coinvolto nelle progettualità regionali. La percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi regionali 2019 è pertanto pari al 93%.

1.3 Gli obiettivi di Patto del DG

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

- Il raggiungimento del pareggio di bilancio.

CLAUSOLA GENERALE: rispetto dei tempi di pagamento

I tempi di pagamento sono stati GARANTITI nel 2019.

	Anno 2019
Indice di tempestività dei pagamenti	- 2,43

Oggetto	Obiettivo	Modalità di valutazione / Scadenza	Valore	Monitoraggio al 31/12/2019
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 2019	Le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione ed i relativi criteri sono: <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% 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%; 	25	I tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici sono monitorati a livello aziendale, utilizzando anche la reportistica inviata da ARCS. Le criticità rilevate verranno condivise in sede di valutazione finale del Patto DG.
B. Attività clinico assistenziali	Rispettare gli indicatori di cui all'allegato B e quelli del capitolo 3.6 delle Linee di gestione del SSR per l'anno		10	Vedi Tabella.

	2019.				
Sistemi informativi	Lettera di dimissione ospedaliera.	- firma digitale >= 98% obiettivo raggiunto- firma digitale < 98% ma incremento rispetto al 2018 >= 20%: obiettivo raggiunto al 75%- firma digitale < 98% ma incremento rispetto al 2018 >= 15%: obiettivo raggiunto al 50%- firma digitale < 98% ma incremento rispetto al 2018 < 15%: obiettivo non raggiunto		12	Firma su lettera al 31/12/2019= 70,14% Firma su lettera al 31/12/2018= 69,97%
Servizio farmaceutico	Distribuzione diretta – primo ciclo di terapia e medicinali con indicazioni nell'elenco della Legge 648/1996	1. Predisporre e attivare specifici percorsi aziendali atti a garantire l'erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero (ordinario e dh) e/o di visita specialistica ambulatoriale.2. Trasmettere i percorsi attivati alla Direzione Centrale Salute 3. Dare evidenza della comunicazione con le opportune indicazioni alle strutture aziendali/reparti coinvolti sulle modalità di distribuzione diretta per quei farmaci che presentano alcune indicazioni inserite nella legge 648/1996 (es EBPM, ecc.)4. Trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2019 di un monitoraggio di valutazione sull'attività intraprese	31.12.19	8	OBIETTIVO RAGGIUNTO Con nota prot. 11680 dd 27/12/2019 è stata inviata alla DCS la relazione contenente il monitoraggio delle attività intraprese nel corso del 2019.
D Regole Gestionali	Farmaceutica ospedaliera	Riduzione della farmaceutica ospedaliera (al netto dei vaccini e dei farmaci per l'atrofia muscolare spinale - SMA) dello 0,5% rispetto al valore registrato nell'anno 2018	Vincolo rispettato	6,5	Vincolo 2019= 2.755.308 Chiusura al 31/12/2019= 2.794.263 Delta chiusura– vincolo= +38.955 SCOSTAMENTO MOTIVATO - € 35.917 – aumento della mobilità regionale per distribuzione diretta. 10% mob.reg.2018 13.946 10% mob.reg.2019 <u>49.863</u>

					<p>- € 28.161- erogazione farmaco LAMZEDE – Rimborsato da Az. San. Lombardia;</p> <hr/> <p>€ 64.078</p> <p>Vincolo garantito</p>
	Dispositivo medici	riduzione della spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2018	Vincolo rispettato	5	<p>Vincolo 2019= 5.676.774</p> <p>Chiusura al 31/12/2019=5.023.414</p> <p>Delta chiusura – Vincolo= - 653.360</p> <p>Vincolo garantito.</p> <p>Come già condiviso e comunicato a DCS con nota prot. 8468 dd 30/10/2015, si considera la spesa solamente dei dispositivi relativi all’assistenza e non alla ricerca in quanto questi ultimi risultano completamente finanziati.</p>
Regole Gestionali	Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche	le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell’anno 2015	Vincolo rispettato	8	<p>Vincolo 2019= 272.744</p> <p>Chiusura al 31/12/2019=263.547,77</p> <p>Delta chiusura – Vincolo= - 9.196.23</p> <p>Vincolo garantito</p>
Personale dipendente	Accordi integrativi regionali	Rispetto dei tempi di sottoscrizione degli accordi aziendali sulle RAR di applicazione delle intese regionali.- Accordo Comparto (DGR 323/2019): sottoscrizione prevista entro 3 mesi da approvazione DGR- Accordo Dirigenza Medica e Veterinaria: sottoscrizione prevista entro 2 mesi da approvazione DGR- Accordo Dirigenza SPTA: sottoscrizione prevista entro 2 mesi da approvazione DGR	Ciascun accordo vale 4,5 punti.- sottoscrizione entro i tempi previsti: obiettivo raggiunto al 100%- sottoscrizione con 1 mese di ritardo: obiettivo raggiunto al 75%- sottoscrizione con 2 mese di ritardo: obiettivo raggiunto al 50%- sottoscrizione superiore a 2 mesi di ritardo: obiettivo non raggiunto	13,5	<p>OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Sono stati sottoscritti gli accordi RAR 2019 relativi alle 3 aree contrattuali:</p> <p>Comparto: accordo stralcio dd 21/3/2019 prot. 2649/2019 e dd 28/5/2019 prot. 4904/2019 entro 3 mesi dalla DGR 323/2019 dd 1/3/2019</p>

					<p>Dirigenza medica: accordo dd 27/6/2019 prot. 6390/2019 entro 2 mesi dalla DGR 744 dd 10/5/2019;</p> <p>Dirigenza SPTA: accordo dd 27/6/2019 prot. 6390/2019 entro 2 mesi dalla DGR 742 dd 10/5/2019.</p>
Consolidato preventivo 2019	Raggiungimento delle progettualità regionali previste dalle Linee di gestione regionali per l'anno 2019 ed esplicitate nel Piano Attuativo Ospedaliero	In sede di predisposizione del Bilancio consolidato di Chiusura del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019, verranno à effettuata una valutazione circa il grado di raggiungimento da parte dell'Azienda delle progettualità regionali previste dalle Linee di gestione ed esplicitate per le parti di competenza nel Piano Attuativo Locale presentato per l'anno 2019-	- obiettivi/progettualità raggiunte >= 90%: obiettivo raggiunto al 100%- obiettivi/progettualità raggiunte >= 75%: obiettivo raggiunto al 70%- obiettivi/progettualità raggiunte >= 50%: obiettivo raggiunto al 30%- obiettivi/progettualità raggiunte <50%: obiettivo non raggiunto Ai fini del calcolo del punteggio verrà assegnato:1,0 punto a ciascun risultato raggiunto;0,5 punti a ciascun risultato parzialmente raggiunto0,0 punto a ciascun risultato non raggiuntogli obiettivi stralciati, non verranno considerati	12	<p>La rendicontazione delle progettualità regionali evidenzia complessivamente un elevato grado di raggiungimento degli obiettivi regionali.</p> <p>Alcune progettualità non sono state raggiunte per cause non imputabili all'IRCCS: si chiede pertanto di non considerare tali progettualità.</p>

INDICATORI 2019

Obiettivo	Valore 2018	Soglia 2019	Valore 2019	Note
1. Indicatore n. 21 (2019): Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	36,82%	≥ 38%	34,59%	NON IN LINEA
2. Indicatore n. 22 (2019): 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%	0,30%	IN LINEA
3. Indicatore n. 23: percentuale parti cesarei (criteri eleggibilità PNE).	16,89%	< 20%	15,08%	IN LINEA
4. Linea 3.5.2 Pronto soccorso ed emergenza urgenza: Ridurre l'attesa dei codici verdi portandola entro 1h almeno nell'80% dei casi.	74,91%	≥ 65% HUB	77,38%	IN LINEA
5. Linea 3.5.2 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%.	96,44%	≥ 75% HUB	94,57%	IN LINEA
6. Linea 3.5.5 : tagli cesarei primari e parti indotti. Tagli cesarei primari nei punti nascita di secondo livello ≤25%.	25% (205/810)	≤ 25%	20,52% (150/731)	IN LINEA
7. Linea 3.5.7. Punto 2. Riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portandolo al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici.	48,17%	<20%	47,04%	NON IN LINEA
	56,63%	<40%	51,7%	Applicati criteri ARCS (nota mail dd 5/8/2020): DH con finalità diagnostica esclusivamente pediatrici al netto di polisonnografia (8917) o infusione di tranquillanti (9926)
8. 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

1.4 Qualità e appropriatezza

1.4.1 Il Piano Annuale dei controlli

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

1) Controllo di qualità della cartella clinica

Attivo dal 2004, la valutazione viene effettuata annualmente su un campione di circa il 5% delle cartelle cliniche e riguarda la corretta tenuta e completezza della cartella rispetto agli standard aziendali e regionali di riferimento (rif Indicatori della Documentazione clinica – Rete Cure Sicure del FVG). Alcuni degli standard valutati sono stati inseriti negli obiettivi di budget 2019, 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 2019 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~~ realizzati su tutte le impegnative transitate per gli sportelli CUP. I controlli effettuati sulle prescrizioni ambulatoriali sono di tipo amministrativo 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 ottiene una prescrizione corretta) ed un'azione preventiva inviando la segnalazione al medico prescrittore, adottando quindi un audit costante.

3) Controlli di appropriatezza organizzativa

Viene valutata l'appropriatezza del setting assistenziale rispetto a quanto previsto dai LEA e dagli indicatori di monitoraggio regionale. 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.

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

A partire dal 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 2019, l'attività di controllo è proseguita anche sulla base delle criticità riscontrate in corso d'anno: è continuata l'attività di affiancamento e supporto al personale per migliorare la qualità dei dati presenti a sistema e è stata proseguita la revisione periodica delle liste.

1.4.2 Gli indicatori LEA e del Progetto Bersaglio

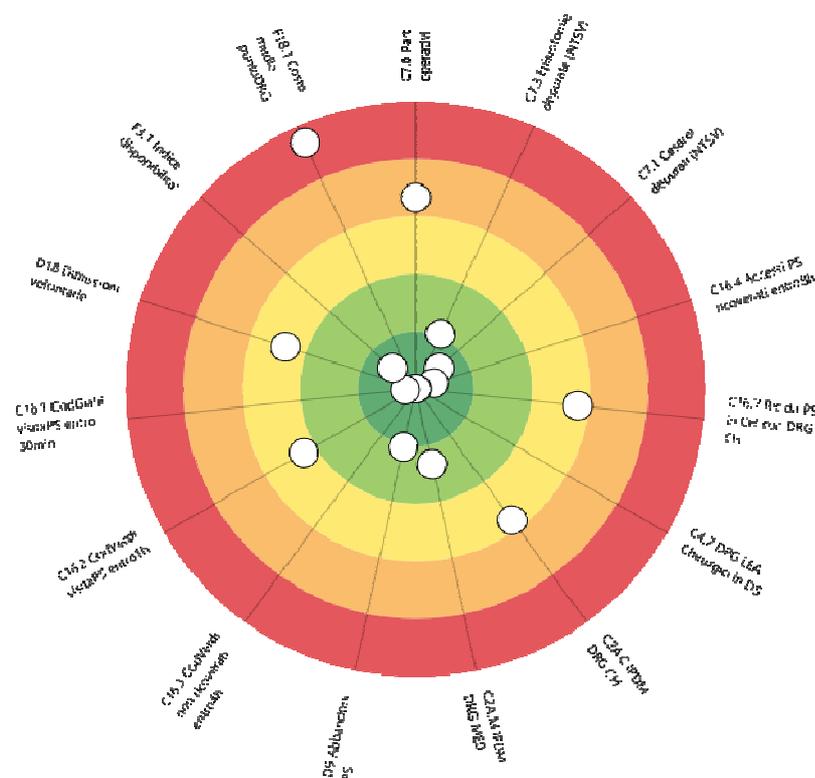
La Regione Friuli Venezia Giulia ha iniziato un'attività di monitoraggio degli indicatori di erogazione dei LEA in modo sperimentale a partire dal 2013 e in modo più sistematico dal 2014. Tali indicatori nel corso del 2015, sono stati integrati da ulteriori indicatori di performance, elaborati dalla 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 2019 è stato ampiamente garantito il rispetto della soglia definita a livello regionale.

Obiettivo	Valore 2018	Soglia 2019	Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 31/12/19
3. Indicatore n. 23: percentuale parti cesarei (criteri eleggibilità PNE).	16,52%%	< 20%	15,08%

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 57%.

Bersaglio 2019 - IRCCS Burlo Gar.



SINTESI BERSAGLIO	2017	2018	2019
Rosso	3	4	1
Arancione	1	0	1
Giallo	3	3	6
Verde	8	9	8
TOTALE INDICATORI	15	16	14
% INDICATORI VERDI	53%	56%	57%

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 è stata data Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS per l'area materno-infantile.

(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2).

Denominazione e link al sito	Area di ricerca	Data site visit	Verbale site visit	Decreto	Gazzetta Ufficiale	Stato procedimento
Ospedale infantile Burlo Garofolo - Trieste	materno-infantile	23 maggio 2017	Verbale Burlo	Decreto 23 novembre 2017	n. 13 del 17 gennaio 2018	confermato

Le attività di Ricerca Corrente del triennio 2018-2020 sono valutate e finanziate secondo le seguenti indicazioni:

- A. produzione scientifica (55%);
- B. capacità di attrarre risorse (10%);
- C. attività assistenziale (20%);
- D. capacità di operare in rete (10%);
- E. trasferimento tecnologico (5%).

Impact Factor: l'uso dello IF come strumento per la valutazione della ricerca scientifica individuale o collettiva. Il dato si misura essenzialmente rilevando il valore dell'IF normalizzato/corretto ministeriale delle pubblicazioni indicizzate.

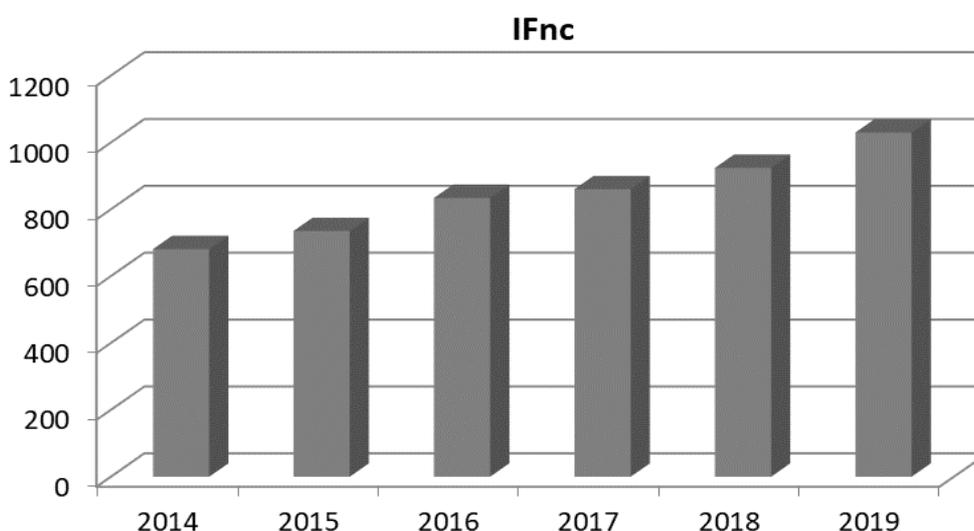
Il risultato relativo al 2018 e 2019 dimostra che il trend non solo continua ad essere costantemente in crescita, ma che l'incremento rispetto all'anno precedente è del 7,42% per il 2018 e del 11,45% per il 2019.

Totale numero di pubblicazioni e di Impact factor normalizzato corretto, riferito per anno:

Anno	N° pubblicazioni con Impact Factor (I.F.)	Impact Factor normalizzato corretto (I. F.n.c.)
2017*	178	860,40
2018*	139	924,24
2019**	211	1.030,31

**Dati risultanti dalla verifica ministeriale in seno all'incontro sulle risultanze dei controlli delle pubblicazioni*

*** dati non consolidati*

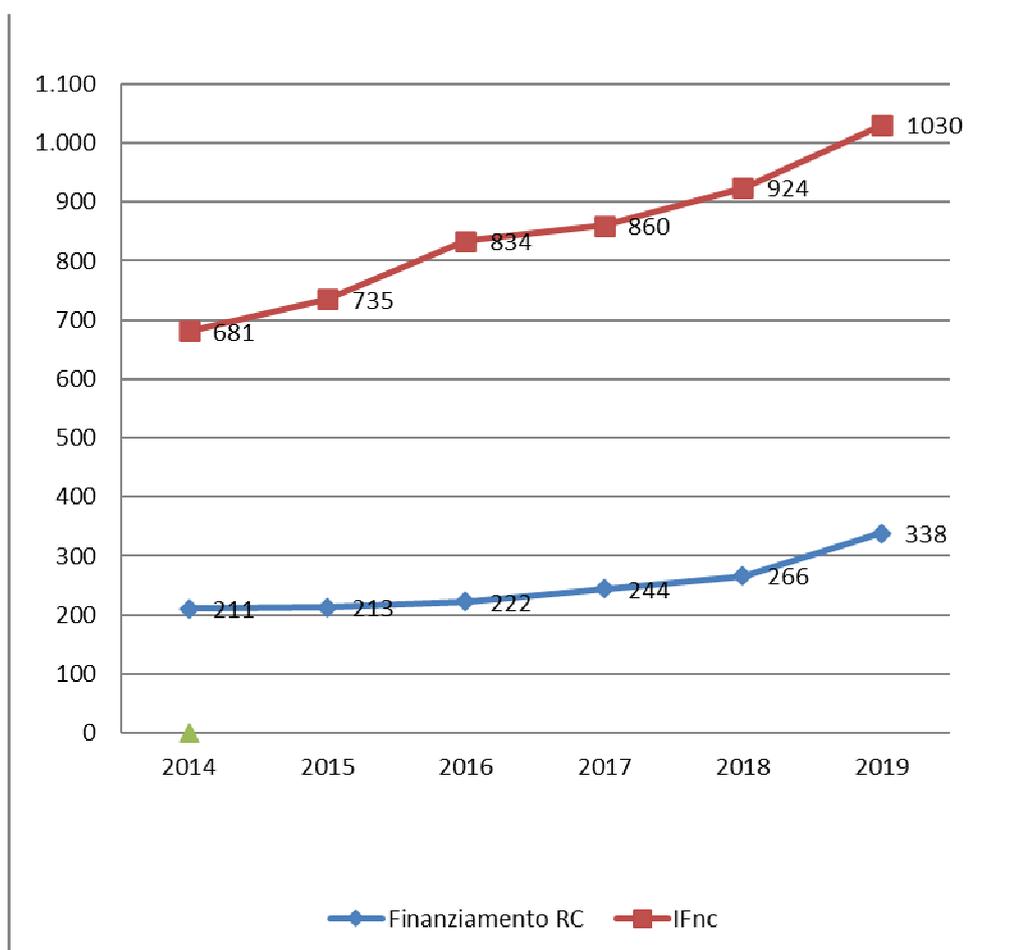


Efficienza dell'attività scientifica

Costo per punto IF. Il costo per punto IF è determinato dal rapporto tra l'Impact Factor totale ed il finanziamento ministeriale ottenuto nell'anno di riferimento rispetto alla produzione dello stesso anno.

Anno	Linea	N° pubbl.	Impact Factor Grezzo (I.F.g.)	Impact Factor Normalizzato Corretto (I.F.n.c.)	Finanzia-mento	Costo punti di I.F.	I.F. Medio
	L1	27	117,46	126,1			
	L2	88	811,73	684,51			
	L3	24	112,08	113,63			
2018		139	1041,27	924,24	€ 2.662.366,38	€ 2.800,42	6,65
	L1	34	135,80	135,40			
	L2	144	693,04	657,60			
	L3	34	245,03	237,32			
2019		212	1.073,87	1.030,32	€ 3.376.729,26	3.277,36	4,86

Finanziamento RC – Trend IFnc



2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Risorse, efficienza ed economicità

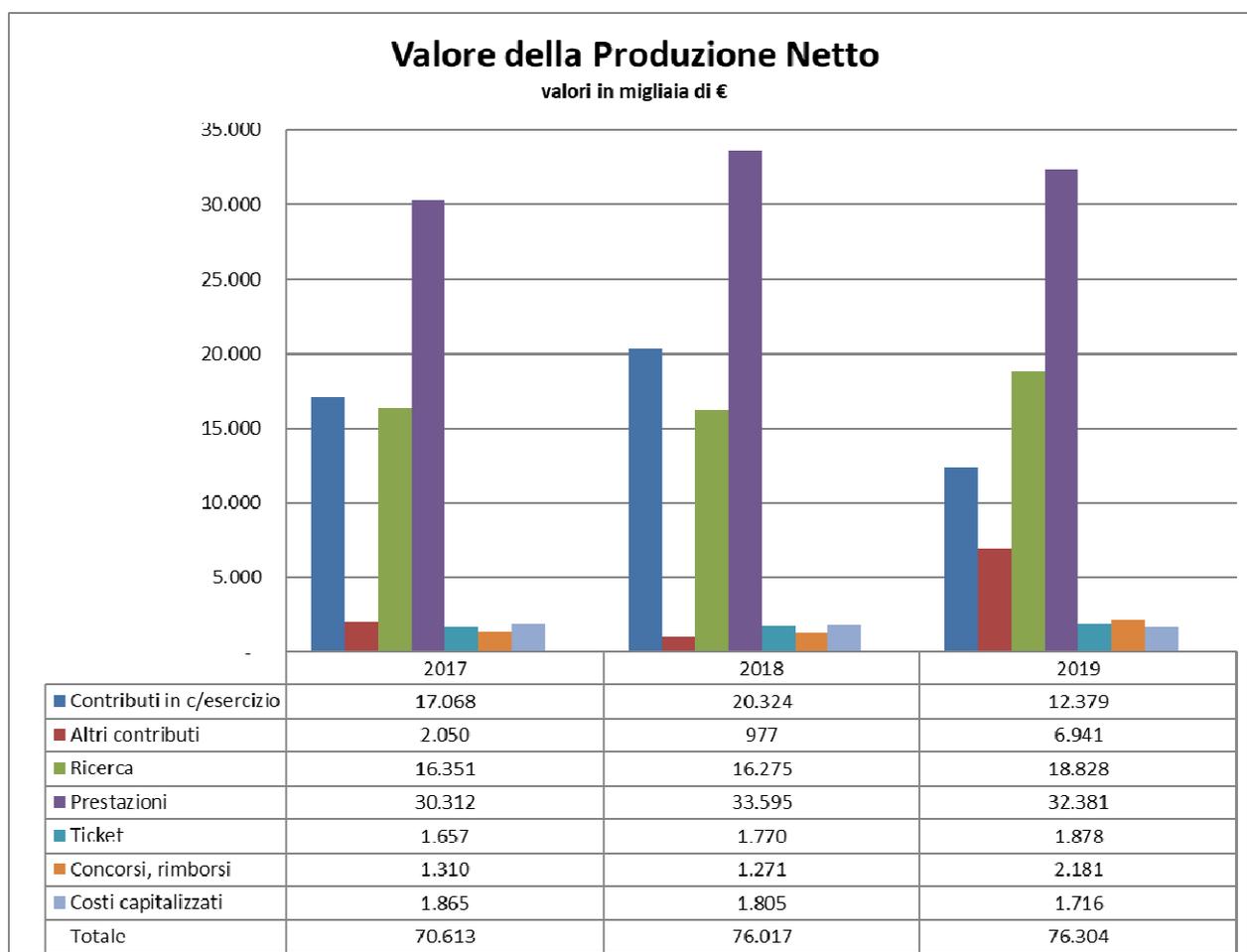
Il 2019 chiude con un risultato d'esercizio positivo complessivo pari ad euro 106.863 composto per euro 153.359 dal risultato della gestione caratteristica, per euro 12 dal saldo della gestione finanziaria e per euro 46.508 dal saldo della gestione delle partite straordinarie. Si mantiene pertanto un trend positivo, come si evince dalla tabella sottostante:

Esercizi	2017	2018	2019
Risultato d'esercizio	171.894	114.001	106.863

I contributi in conto esercizio da Regione, valorizzati secondo le Direttive regionali, rilevano alla voce attività sovraziendali le risorse aggiuntive regionali (RAR e prestazioni aggiuntive per la dirigenza medica) e la quota di ristoro del rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria. La riduzione del finanziamento indistinto deriva dallo spostamento del rimborso del costo del farmaco (Spinraza) per la cura della atrofia muscolare spinale - SMA - al conto rimborsi per farmaci Pay-back.

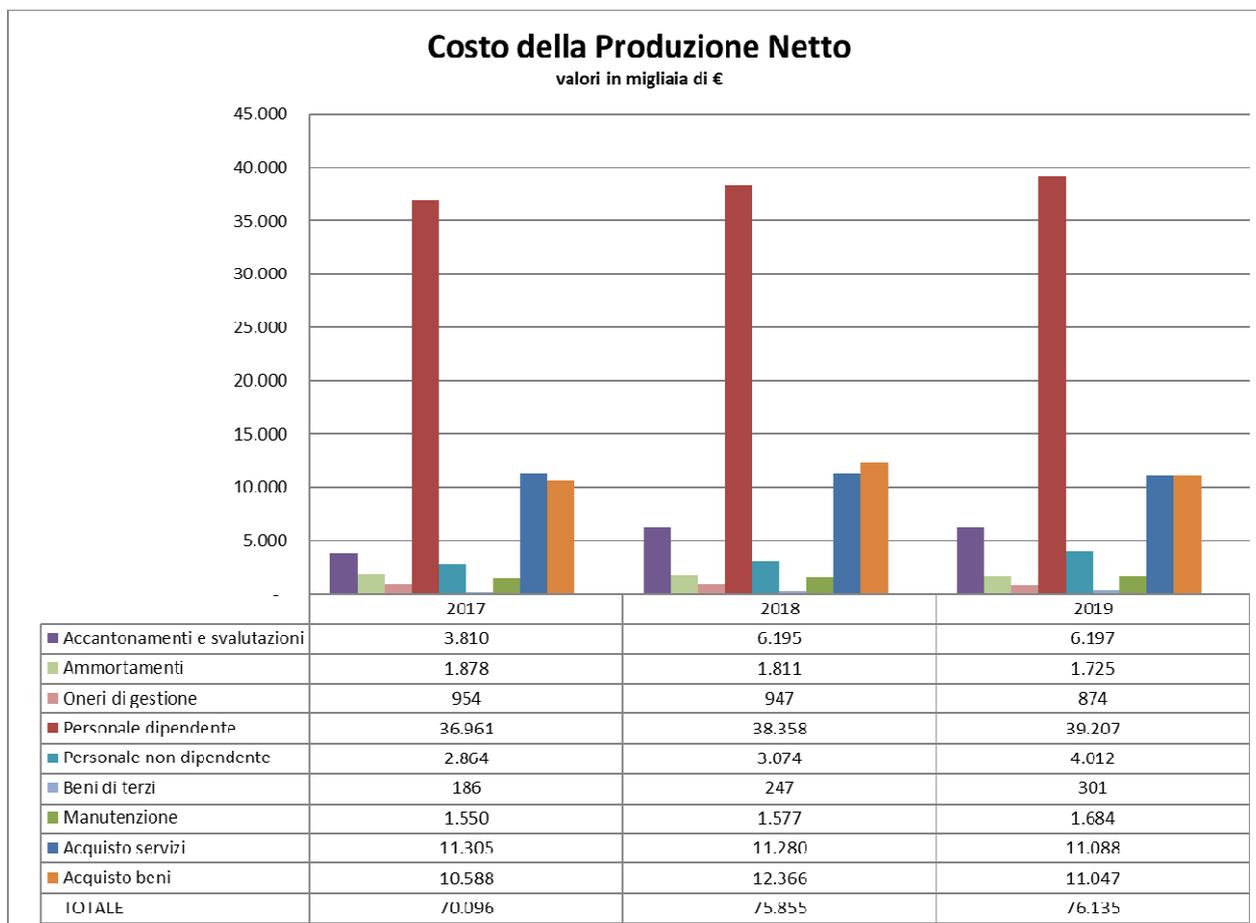
I contributi in conto esercizio per ricerca, contabilizzati secondo quanto previsto dal D. Lgs. 118/2011, risultano iscritti per il loro ammontare complessivo di assegnazione dell'anno e non per la sola quota di effettivo utilizzo.

L'attribuzione effettiva del finanziamento per la ricerca corrente è avvenuta solo a fine novembre (tramite Workflow della ricerca in data 26.11.2019) e risulta pari ad euro 3.223.609 (al lordo del costo Biblioson), pertanto in aumento di euro 714.362 rispetto all'anno precedente.



Il costo del personale dipendente 2019, esclusa la libera professione, ammonta ad euro 36.730.246 più IRAP per euro 2.476.865 raggiunge complessivamente euro 39.207.112 e registra, pertanto, un incremento, al netto del rinnovo CCNL della dirigenza medica e sanitaria 2019 (498.665) sia rispetto all'esercizio precedente (euro 350.762) che rispetto al preventivo (euro 1.411.585).

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 conto "Debiti CCNL da liquidare" e non i conti del mastro "Fondo rischi ed oneri".



Alla luce di quanto previsto dalla legge 6 agosto 2015 n. 125, cosiddetta "spending review" e in particolare, con riferimento alla razionalizzazione ed all'efficiamento 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 2019, 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 AOOUTS e IRCCS Burlo Garofolo prot. 10143 del 30.12.2015).

Nel corso del 2019 l'Istituto ha sostenuto minori costi attribuibili a tale riorganizzazione pari a complessivi Euro 670.738,24, dovuti al definitivo passaggio della funzione di virologia ad ASUITS e ad una revisione nell'assegnazione del personale. L'attività ha anche registrato un notevole decremento, pari ad Euro 1.176.397,20 dovuto alla cessione dell'attività di virologia nonché all'applicazione del nuovo tariffario

regionale in vigore dal 1/1/2019. E' stata comunque ampliata l'offerta di prestazioni avviando presso l'IRCCS l'attività di tossicologia forense ed è proseguita l'esecuzione delle prestazioni di diagnostica avanzata anche a favore dell'area di Gorizia e Monfalcone.

I dati sopradescritti sono sintetizzati nella tabella sottostante.

COSTI ATTIVITA' DI LABORATORIO	2016	2017	2018	2019	Delta 2019/2018	Delta % 2019/2018
diagnostici	1.681.881,00	1.178.631,00	1.436.191,24	901.768,00	- 534.423,24	-37%
personale:	1.166.161,00	982.868,00	982.868,00	846.553,00	- 136.315,00	-14%
TOTALE	2.848.042,00	2.161.499,00	2.419.059,24	1.748.321,00	- 670.738,24	-28%
RICAVI ATTIVITA' DI LABORATORIO	2016	2017	2018	2019	Delta 2019/2018	Delta % 2019/2018
	1.934.355,00	1.583.590,10	2.271.501,70	1.095.104,50	- 1.176.397,20	-52%

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

Nel 2019 sono proseguite le attività di revisione della logistica interna a seguito dell'ingresso del Burlo nel Magazzino unico centralizzato, che hanno portato un risparmio complessivo riassunto nello schema sotto riportato:

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

INTERVENTI	2016	2017	2018	2019	previsione 2020	previsione 2021
Risparmio derivante dalla locazione del magazzino		-79.313,46	-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	-30.000,00	-80.000,00
Costo servizio logistica EGAS-ARCS	42.934,00	43.137,00	48.519,00	55.955,00	58.000,00	60.000,00
TOTALE	27.934,00	-66.176,46	-60.794,46	-55.293,46	-51.313,46	-99.313,46

Nel corso del 2019 doveva essere pubblicata la gara regionale 17SER006 "trasporto beni economici diversi e pazienti", poi rimandata al 2020, ma con l'incognita dei ritardi derivanti dall'emergenza COVID19. Nella nuova gara regionale 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 il Burlo. Il risparmio stimato da detta manovra rispetto al costo del servizio è di circa 80.000 €/anno rispetto al valore iniziale dell'attuale contratto, come indicato nella colonna "previsione 2021" 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 è registrato un aumento dei costi nel 2019 e si prevede un assestamento negli anni successivi.

Nel 2019 è stato garantito il **rispetto dei vincoli regionali**, di cui alla DGR 448/2019, come si evince dalla tabella sotto riportata:

Vincolo operativo	Soglia	Risultato raggiunto al 31/12/2019	Note / motivazioni scostamento	
Farmaceutica ospedaliera	2.755.308 composto da: 2.755.208 (chiusura 2018 farmaceutica ospedaliera) + 13.946 (10% mobilità 2018) - 13.846 (-0,50% DGR 448/2019)	2.794.263 + 38.955 rispetto alla soglia Lo scostamento è motivato.		- € 35.917 – aumento della mobilità regionale per distribuzione diretta. 10% mob.reg.2018 13.946 10% mob.reg.2019 <u>49.863</u> - € 28.161- erogazione farmaco LAMZEDE – Rimborsato da Az. San. Lombardia; <u>€ 64.078</u>
Dispositivi medici	5.676.774 (senza dispositivi ricerca – come concordato con DCS e comunicato con nota prot.n. 8468 dd. 30/10/2015) composto da: 5.852.345 (chiusura 2018) - 175.570 (- 3% DGR 448/2019)	5.023.414 - 653.360 rispetto alla soglia tenendo conto che i dispositivi medici soggetti al vincolo sono quelli relativi all'assistenza, restando invece esclusi i dispositivi acquisiti per la ricerca corrente, finalizzata e 5 per mille. VINCOLO GARANTITO	5.731.989 <u>- 708.575</u> 5.023.414	(totale consumo disp.) (consumi disp.ricerca) Consumi al netto della ricerca
Manutenzioni ordinarie edili e impiantistiche	272.744 (uguale chiusura 2015 DGR 448/2019)	263.547,77 VINCOLO GARANTITO	30.000 Cod. Min.BA19220 <u>233.547,77</u> Cod. Min.BA19230 263.547,77	

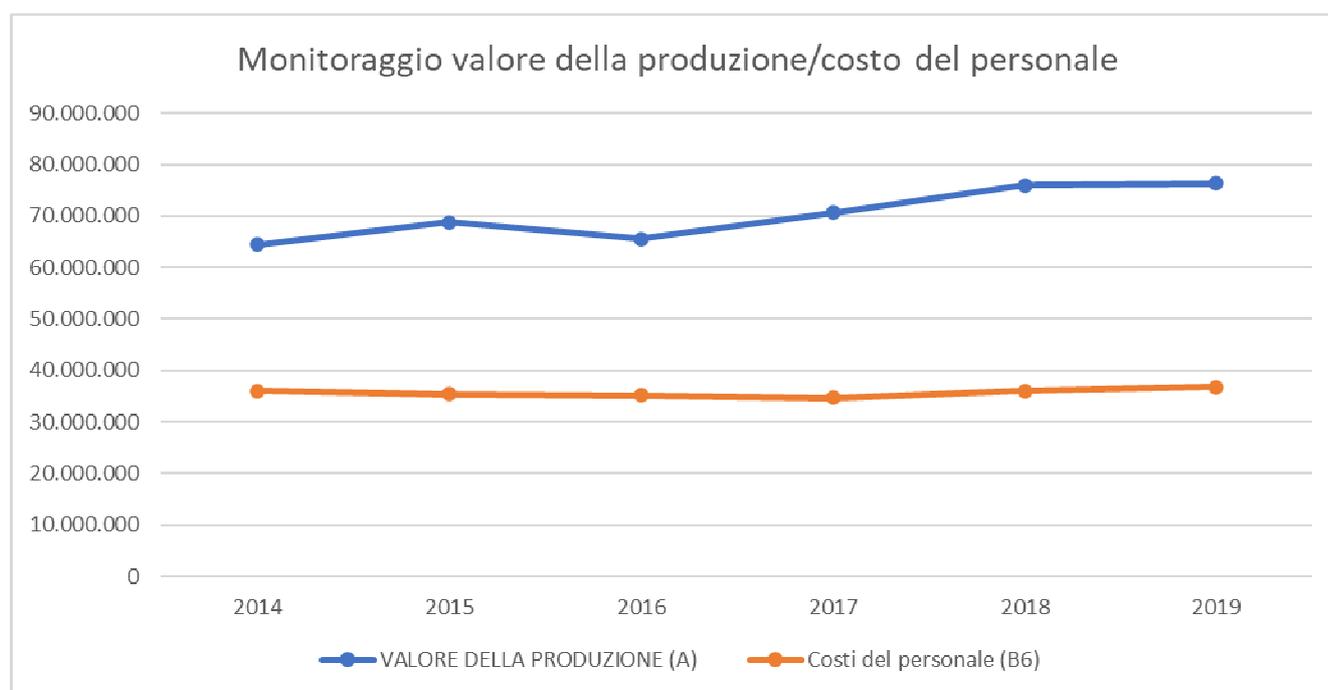
Si precisa che il vincolo relativo alla Farmaceutica territoriale, non è di pertinenza mentre per quanto concerne il vincolo relativo al tasso di ospedalizzazione <= 125,5 per mille e al vincolo relativo al numero di prestazioni ambulatoriali per abitante (fissato a 3,4 prestazioni pro-capite) si ribadisce che, considerato il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali erogate.

Per quanto concerne il **vincolo del personale** si riporta sinteticamente la tabella riepilogativa dello scostamento:

AZIENDA:	PROIEZIONE COSTO DEL PERSONALE AL 31.12.2018 - II° REPORT 2018	1%	TETTO 2019 (CON RAR + ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	COSTO DEL PERSONALE AL 31.12.2019 (CON RAR + ONERI RIFLESSI SENZA IRAP)	SCOSTAMENTO (provvisorio)	totale giustificativi 2019	SPESA DA VALUTARE PER IL RISPETTO DELL'OBIETTIVO	SCOSTAMENTO (-)
BURLO	35.934.920,00	359.349,20	35.575.570,80	36.730.246,35	-	783.454,77	35.946.791,58	- 371.220,75

Il superamento del tetto di spesa risulta motivato, così come previsto dalla DGR 448/2019, da un trend di crescita del valore della produzione, così come riportato nella tabella e nel grafico sottostante.

BURLO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	64.400.631	68.837.144	65.578.485	70.612.922	76.017.685	76.300.546
Costi del personale (B6)	36.052.957	35.460.370	35.123.362	34.667.111	35.988.711	36.730.246
incidenza	56%	52%	54%	49%	47%	48%



2.2 Le risorse umane

La manovra del personale attuata nell'anno 2019 ha tenuto conto non solo dell'elevato cambio generazionale garantito attraverso il turn – over, ma è stata inquadrata in una logica di tipo strategico funzionale anche attraverso processi di analisi delle attività effettivamente svolte al fine di garantire un corretto utilizzo delle risorse.

L'anno 2019 è stato altresì caratterizzato dall'avvio della creazione del nuovo ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria nell'ambito dell'area di contrattazione del comparto sanità, oltre che dalla continuazione dei processi di stabilizzazione del personale titolare di

rapporto di lavoro flessibile (Legge Madia) 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 31.12.2019

Alla data del 31.12.2019 il dato di forza è pari a 732 unità (al dato si aggiunge il personale universitario che corrisponde a 15 unità – 10 dirigenti medici e 5 dirigenti sanitari) ed è comprensivo del personale del ruolo della ricerca sanitaria (n. 9 unità) e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (n. 13 unità), come riportato nella tabella seguente:

	Forza al 31.12.2018	Forza al 31.12.2019
Dirigenza		
Ruolo sanitario	155	157
Ruolo professionale	3	3
Ruolo tecnico	3	3
Ruolo amministrativo	8	9
Totale dirigenza	169	172
Comparto		
Ruolo sanitario	349	346
Ruolo tecnico	121	121
Ruolo amministrativo	69	71
Ruolo della ricerca	0	22
Totale comparto	539	560
Totale complessivo	708	732

Rispetto alla manovra programmata e contenuta nel Piano attuativo ospedaliero 2019 che prevedeva al 31.12.2019 un numero totale di personale pari a 708 unità, vi è stato un incremento di 24 unità. Si vuole analizzare per singola area professionale le variazioni:

- Dirigenza sanitaria: incremento di 2 unità rispettivamente per sostituzione di maternità al fine di garantire la continuità assistenziale e sostituzione di un dirigente in utilizzo presso altro ente pubblico.
- Dirigenza professionale e tecnica: inalterata.
- Dirigenza amministrativa: 1 unità di sviluppo
- Personale del comparto sanitario: 3 unità in meno derivante dalla tempistica di espletamento dei concorsi centralizzati
- Personale del ruolo tecnico: inalterato
- Personale del ruolo amministrativo: 1 unità per applicazione L. 68/99 e completamento turn-over anno precedente.
- Personale del ruolo ricerca: assunzione di n. 22 unità.

Assunzioni/cessazioni nel triennio

	assunzioni	cessazioni
2019	76 (compresi 9 ricercatori sanitari e 13 coll. Prof. Di ricerca sanitaria)	52
2018	74	57
2017	22	60

Rapporti di somministrazione

Attuando una politica di valutazione ponderata costi/benefici, l'Istituto alla data del 31.12.2019 ha attivato i seguenti rapporti di somministrazione al fine di garantire l'attività istituzionale per sostituzioni temporanee o nelle more dell'acquisizione mediante le ordinarie procedure di reclutamento del personale, anche centralizzate:

AMMINISTRATIVI	N. contratto	qualifica	struttura
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	Direzione Scientifica
	3	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	CUP
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	SC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	FORMAZIONE
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	SC AFFARI GENERALI E LEGALI
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	SSD POLITICHE DEL PERSONALE
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	URP
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	CUP
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	FORMAZIONE
	1	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	SC INGEGNERIA CLINICA
	13		
TECNICI	1	ASSISTENTE TECNICO	SC GESTIONE TECNICA NUOVO OSPEDALE
	1	ASSISTENTE TECNICO	SC INGEGNERIA CLINICA
	1	ASSISTENTE TECNICO	SC INGEGNERIA CLINICA
	1	COLLABORATORE TECNICO	SC GESTIONE TECNICA NUOVO OSPEDALE
	4		
SANITARI	1	COLL. SANITARIO - TECNICO DI LABORATORIO	PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO
	13	COLL. SANITARIO - INFERMIERE	PIATTAFORMA INFERMIERISTICA
	1	COLL. SANITARIO - OSTETRICA	PIATTAFORMA OSTETRICA
	1	COLL. SANITARIO - TECNICO DI FISIOPATOLOGIA	PIATTAFORMA INFERMIERISTICA
	16		
TOTALI	33		

Percorsi di stabilizzazione

Nel corso del 2019 si è data applicazione alle disposizioni di cui all'art. 20 comma 2 del D.Lgs. 75/2017 con la conseguente stabilizzazione dei seguenti profili professionali:

Comparto	
Collaboratore professionale sanitario – tecnico di laboratorio biomedico	1
Assistente amministrativo	2
Totale comparto	3

Percorsi di stabilizzazione del personale della ricerca

L'IRCSS è stato coinvolto nel processo di stabilizzazione del personale precario della ricerca ai sensi della L. 205/2017 (Legge di Bilancio 2018). Tal percorso è stato avviato con la sottoscrizione definitiva, avvenuta il 11 luglio 2019, del CCNL relativo al personale del comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

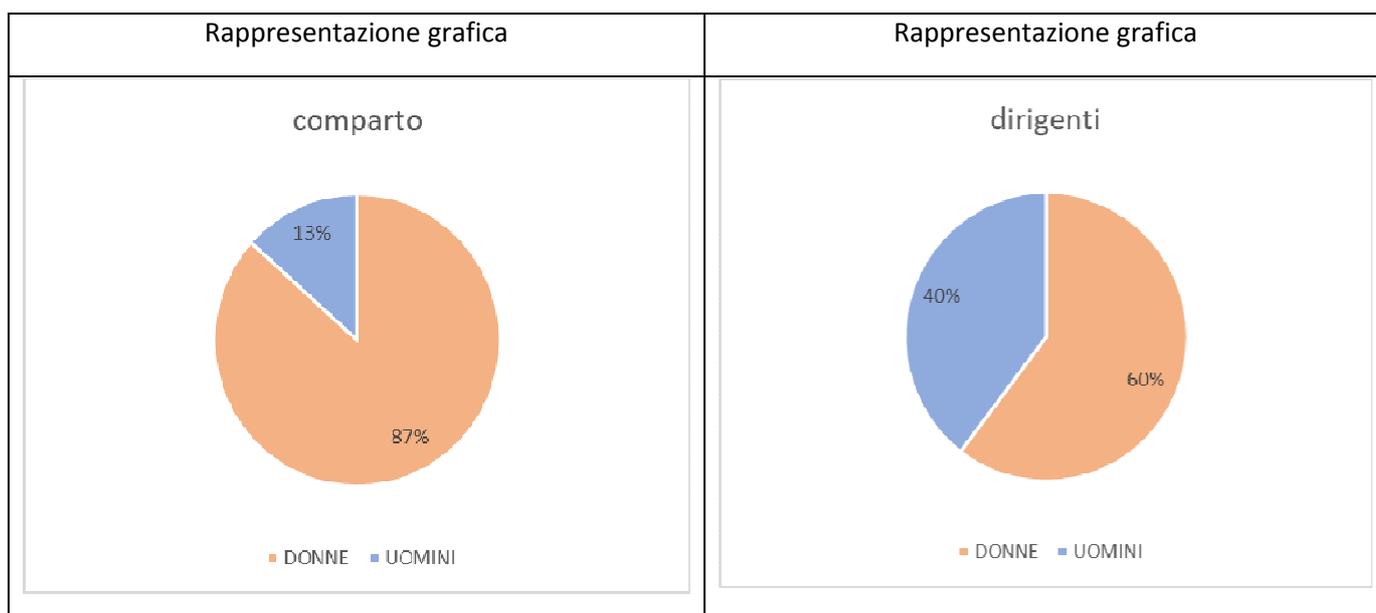
L'Istituto con Decreto n. 178/2019 ha provveduto a bandire avviso pubblico finalizzato all'assunzione a tempo determinato del personale non dirigenziale della ricerca sanitaria e della attività di supporto alla ricerca sanitaria in possesso dei requisiti e con decreto n. 192/2019 ha completato la procedura l'assunzione con l'attivazione di n. 9 rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato di ricercatore e n. 13 rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato di collaboratore professionale di ricerca sanitaria a decorrere dal 30.12.2019.

2.3 Il bilancio di genere

Nell'ambito delle attività del Comitato Unico di Garanzia vengono analizzati i dati del personale con particolare attenzione alle differenze di genere. La SSD Politiche ha fornito al CUG i dati per provvedere ad un Si riportano alcuni dati elaborati sulla base della scheda/ questionario prevista dalla "Direttiva sulle misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche".

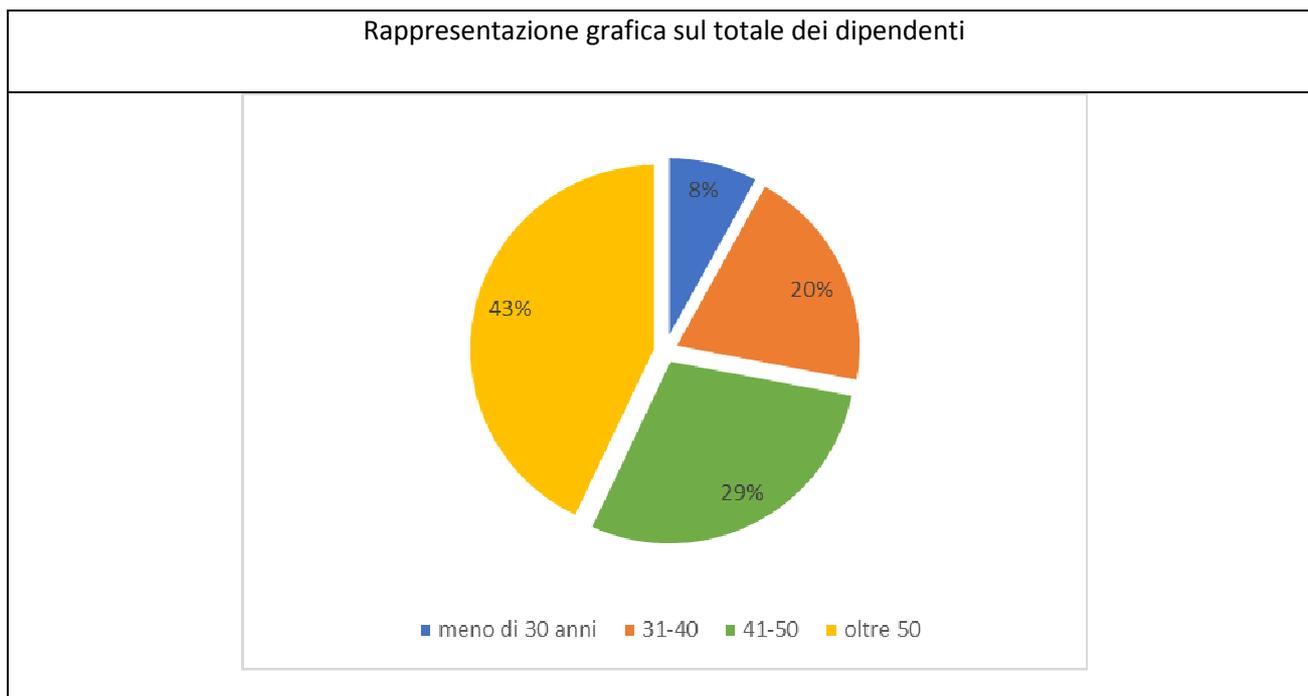
Tab. 6- Composizione del personale dipendente a tempo indeterminato: ruolo e genere.

RUOLO	DONNE	%	UOMINI	%	TOTALE
Dirigenti	93	60%	61	40%	154
Comparto	449	87%	69	13%	518
TOTALE	542	81%	130	19%	672



Tab. 7- Distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
meno di 30 anni	40	7	47	8%
31-40	119	26	145	20%
41-50	157	37	194	29%
oltre 50	226	60	286	43%
TOTALE	542	130	672	100%



Tab. 7a- Dirigenti: distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
meno di 30 anni	1	0	1	1%
31-40	32	13	45	29%
41-50	36	18	54	35%
oltre 50	24	30	54	35%
TOTALE	93	61	154	100%

Tab. 7b-Personale del comparto: distribuzione di genere e fascia di età

FASCIA DI ETÀ'	DONNE	UOMINI	TOTALE	%
meno di 30 anni	39	7	46	9%
31-40	87	13	100	19%
41-50	121	19	140	27%
oltre 50	202	30	232	45%
TOTALE	449	69	518	100%

Tab. 8-Personale con tipologie di contratto a termine

CONTRATTO A TERMINE	DONNE	UOMINI	TOTALE
a tempo determinato	53	8	61
contratto co.co.co.	27	4	31
altre tipologie contrattuali di lavoro flessibile	22	10	32
TOTALE personale	75	18	93

Tab.9-Personale, a tempo indeterminato, in part time

PART TIME	DONNE	UOMINI	TOTALE
inferiore o uguale al 50%	6	1	7
superiore al 50%	54	1	55
TOTALE	60	2	62

Tab. 10 Congedo per maternità/paternità

	DONNE	UOMINI
congedo maternità/paternità (art.16,26,28 e 31 Dlgs.151 dd 26/03/2001)	23	0
durata media in giorni per persona	297	0

Tab. 11 Congedo parentale

	DONNE	UOMINI
congedo parentale (art.32,33, e 36 Dlgs.151 dd 26/03/2001)	91	5
durata media in giorni per persona	33	11

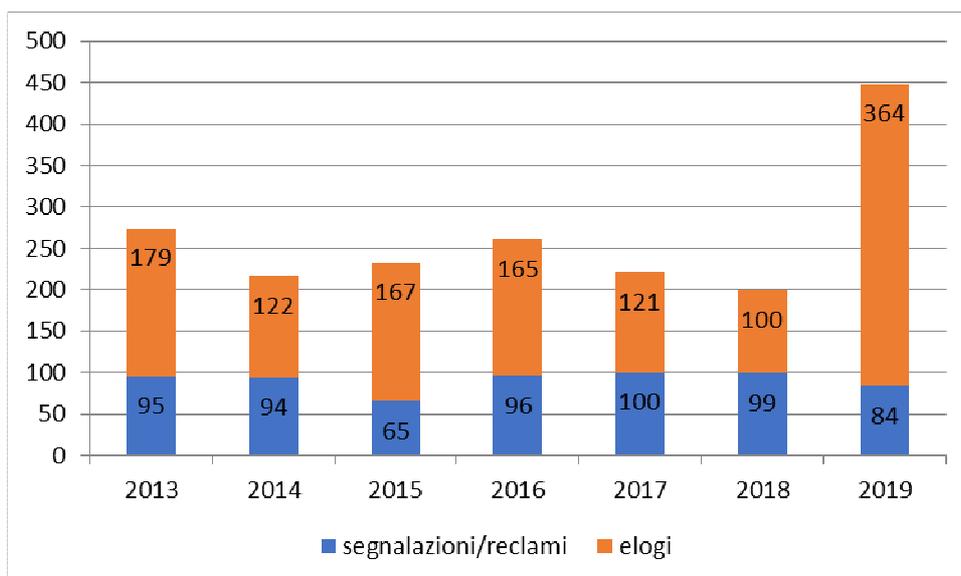
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali

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 e Comunicazione (URP).

Nelle schede di budget 2019, 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 2019 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 448 segnalazioni formali. Di queste si contano 364 elogi (81% dei contatti), 60 reclami e 24 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:



La tabella sinottica evidenzia nell'annualità 2019 una riduzione delle segnalazioni/reclami e un incremento degli elogi; quest'ultimo è da attribuirsi ad una diversa modalità di raccolta della modulistica. Alcune strutture di degenza si sono dotate di "cassette interne", con ciò favorendo la raccolta di segnalazioni, in particolare positive, ma non solo. Tale modifica metodologica ha determinato delle anomalie nella comparazione interna della serie storica, nel benchmark con le altre Aziende della Regione e in alcuni casi delle difficoltà/rallentamenti nella gestione della fase istruttoria in caso di segnalazioni/reclami. Con circolare interna Prot Gen 199 del 05/02/2020 la Direzione sanitaria ha richiamato le modalità istituzionali previste dalla Carta dei servizi per la presentazione da parte dell'utenza di elogi, segnalazioni e reclami:

- di persona presso l'URP
- per iscritto attraverso lettera in carta semplice inviata a URP o tramite posta elettronica certificata
- per iscritto attraverso l'apposito modulo disponibile presso la cassetta sita in Atrio Centrale Edificio Centrale.

Reclami e segnalazioni, distribuiti per Dipartimento

STRUTTURA	TOTALE
Dipartimento di Pediatria	19
Dipartimento Materno neonatale e T.I.	22
Dipartimento di Chirurgia	15
Dipartimento di Diagnostica avanzata	5
Altre strutture e servizi	7
Direzione amministrativa	3
Direzione Sanitaria	6
Direzione Generale	2
Non specificato	6
TOTALE	85

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 2019 i tempi di risposta (data di protocollo della posta in partenza < 30 gg) sono stati rispettati nel 93% dei casi.

Customer satisfaction

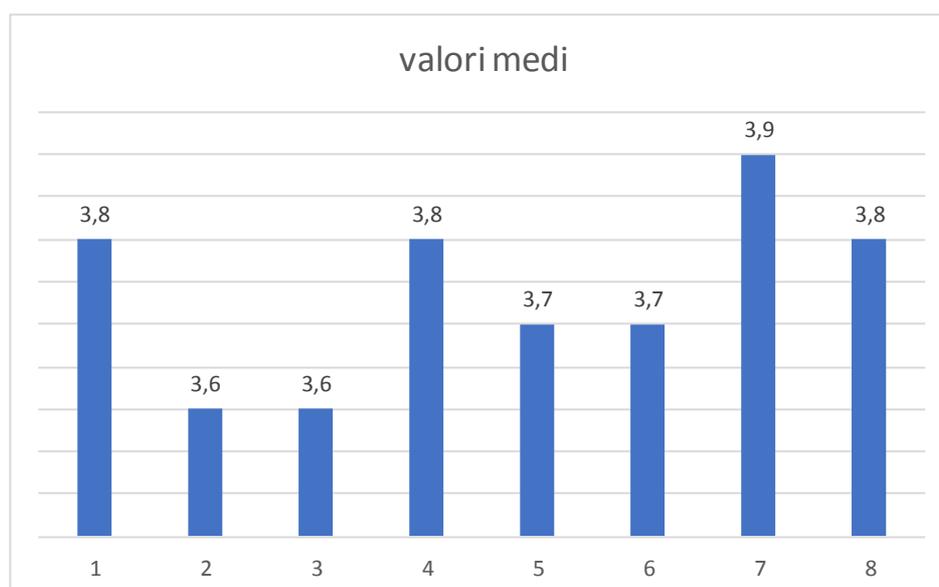
Dal 2018 è attivo sul sito istituzionale un questionario, compilabile on line e raggiungibile dalla sezione della home page denominata “il tuo parere conta”.

Nel corso del 2019 sono stati compilati 47 questionari: nel 62% dei casi chi ha risposto al questionario è un genitore, nel 25% l’assistito, nel 12% altro, (compagno, nonno/a ecc). I questionari sono stati compilati nell’80% dei casi da donne.

Sono 8 gli item su cui si richiede di esprimere il proprio livello di soddisfazione, adottando una scala da 1= per niente soddisfatto a 5=moltissimo soddisfatto. Gli item sono:

serie	item	Valore medio
1	Accoglienza e informazioni ricevute sull’organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure)	3,8
2	Aspetti strutturali e alberghieri (confort della stanza, vitto, pulizia)	3,6
3	Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	3,6
4	Assistenza del personale medico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)	3,8
5	Considerazione del dolore fisico e suo trattamento	3,7
6	Informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate	3,7
7	Rispetto della riservatezza personale	3,9
8	Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)	3,8

Alla domanda “**complessivamente è soddisfatta/o dell’esperienza di ricovero?**” il 72% ha risposto SI.



Per il 2020 si è previsto di adottare analogo questionario anche in modalità cartacea e con una versione in inglese.

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 dell'attività di ricovero ed ambulatoriale, mentre viene effettuato un monitoraggio intermedio (al 31 agosto) di tutti gli obiettivi assegnati al fine di attuare eventuali azioni correttive ed 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 predisporre 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 la cui misurazione del risultato ottenuto risulta strettamente collegata o alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa, vengono richieste specifiche relazioni sugli stati di avanzamento e sul livello di raggiungimento dello stesso.

Per quanto concerne gli obiettivi collegati ad indicatori di tipo quantitativo, 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 da ARCS e le query di monitoraggio regionale, gli obiettivi collegati al rischio clinico sono stati valutati dalla Direzione Sanitaria, utilizzando i dati registrati in un proprio database mentre i dati collegati alle firme digitali sono stati forniti dal cruscotto Insiel.

Per quanto concerne l'anno 2019, il ciclo della performance è stato avviato con:

- Decreto DG n. 32/2019: "Adozione del PAO 2019" integrato e sostituito dal decreto DG n. 91/2019, che recepisce le integrazioni e modifiche apportate dal Programma Preventivo Consolidato di cui alla DGR 878/2019;
- Decreto DG n. 67/2019 "Assegnazione del budget 2019 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa", rettificato dal decreto DG n. 186/2019 contenente alcune modifiche ed integrazioni rispetto alla formalizzazione degli obiettivi di budget 2019;
- Decreto DG 97/2019: "Approvazione definitiva dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2019".

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

Nel corso del 2019 sono state rispettate le diverse fasi e garantite 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 31/8/2019 è stato effettuato dalla SSD Programmazione e controllo nei mesi di agosto e settembre 2019 con il supporto della Direzione Sanitaria/Medica. Il monitoraggio infrannuale e finale è avvenuto tramite un software autoprodotta che prevede la compilazione on line dello stato di avanzamento/raggiungimento di ciascun obiettivo. L'esito del monitoraggio intermedio? è stato comunicato ai responsabili delle strutture aziendali e valutato dai direttori di area di riferimento (valutazione del Commissario straordinario agli atti con nota prot. 1555/2019, Valutazione del Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Amministrativo agli atti con nota prot. 1511/2019, Valutazione del Vicecommissario straordinario con funzioni di Direttore Sanitario agli atti con nota prot. 1510/2019, valutazione del Direttore Scientifico agli atti con nota prot. 1490/2019) constatando che la gran parte degli obiettivi risultava in linea e procedendo alla revisione di alcuni indicatori, formalizzata con il decreto DG 186/2019.

Il ciclo della performance 2019 è stato illustrato all'Organismo Indipendente di Valutazione, che nella seduta del 29/4/2020 ha formalmente approvato la "Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni – Anno 2019".

Il percorso valutativo si è concluso successivamente alla scadenza del 30/6/2020 in quanto, a causa dell'emergenza epidemiologica collegata al Covid-19, la redazione del bilancio d'esercizio 2019 e della Relazione sulla Gestione, contenente la sintesi dei risultati aziendali del 2019, è stata posticipata, ai sensi dell'art. 107 del DL 18/2020, al 31/5/2020 e pertanto la valutazione degli obiettivi di struttura ha subito un fisiologico differimento.

3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e produttività collettiva

Gli obiettivi di budget correlati con i fondi di risultato e di produttività (performance organizzativa) sono stati assegnati nell'ambito del processo di budget, formalizzati con decreto DG n. 67/2019 e successivamente integrati e modificati con decreto DG n. 186/2019.

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 in tema di sicurezza dei lavoratori e ad iniziative formative organizzate nell'ottica di migliorare la sicurezza del paziente;
- alla attività internazionale delle SC/SSD e 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 viene calcolato in proporzione rispetto alla soglia, così definito dalla Direzione Strategica e condiviso con i responsabili e nel corso degli incontri di budget.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi pesati, assegnati a ciascuna Struttura, 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.

Tab. 12 - Livello di raggiungimento degli obiettivi 2019 collegati alla retribuzione di risultato ed alla produttività collettiva (Performance organizzativa)

Dipartimento	Struttura	% raggiungimento 2019
DEI SERVIZI E DI DIAGNOSTICA AVANZATA	S.C. GENETICA MEDICA	94%
	S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	90%
	S.C. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	97%
	S.C. R EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	100%
	S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	98%
DI PEDIATRIA	S.C. PEDIATRIA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	89%
	S.C.U. CLINICA PEDIATRICA	90%
	S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	88%
	S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	92%
DI CHIRURGIA	S.C. CHIRURGIA	92%
	S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA PEDIATRICA	99%
	S.C. OCULISTICA	92%
	S.C. ORTOPEDIA	79%
	S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	78%
MATERNO NEONATALE E DELLE TERAPIE INTENSIVE	S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	84%
	S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	90%
	S.C. NEONATOLOGIA	99%
	S.S.D.R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	85%
	S.C.R. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	91%
	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	88%
DIREZIONE GENERALE	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%

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, assegnando a tutte le strutture lo specifico obiettivo di garantire gli adempimenti previsti dal PTPCT 2019-2021.

Per quanto concerne l'armonizzazione degli obblighi di trasparenza con la 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 ed alle indicazioni di cui alle delibere dell'ANAC e sono stati pubblicati nel rispetto dei principi sul 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. (semplificare questo paragrafo per sintetizzare)

I singoli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente sono stati indicati nella "Tabella degli adempimenti di pubblicazione per la Trasparenza" - Allegato 3 al Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza d'interesse. In detto documento sono stati evidenziati, in particolare, gli atti, gli adempimenti e le articolazioni aziendali assoggettati all'obbligo nonché i modi ed i tempi di pubblicazione in conformità alle disposizioni del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.

I dirigenti responsabili delle strutture, hanno curato l'invio dei dati e dei documenti da pubblicare ai fini dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza-

Nel ricordare che l'Organismo Indipendente di Valutazione deve attestare, di norma, l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza, si precisa che, con documento di attestazione dd. 20.07.2020, l'OIV dell'IRCCS, la verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'ente, entro il nuovo termine del 31/7 disposto col Comunicato del Presidente ANAC dd. 12.03.2020, ha suggerito di ottimizzare l'accessibilità ai dati ed alle informazioni, razionalizzando le sotto-sezioni della sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, al fine di migliorarne la fruibilità da parte degli utenti.

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Piano, svolto dal RPCT attraverso specifici e molteplici incontri di audit con le singole articolazioni aziendali, tenutisi nel mese di novembre 2019, è stato funzionale all'individuazione delle azioni di miglioramento dei processi di trasparenza e pubblicazione. Le verifiche sono state effettuate anche avvalendosi di una specifica check list dedicata ai temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, aggiornata per l'anno di riferimento.

Per quanto concerne il trattamento dei dati personali in ambito sanitario, l'Istituto si è attenuto 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, 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 costantemente una propria valutazione del rischio e in particolare di "impatto privacy".

L'accesso alle prestazioni sanitarie è stato subordinato all'acquisizione di un consenso scritto al trattamento dei dati personali fatta salva, nel caso di impossibilità di acquisire il consenso, la presa in carico del paziente in regime di emergenza-urgenza.

I dati sono trattati informaticamente attraverso software regionali, anch'essi regolarmente sottoposti a vigilanza per quanto riguarda gli adempimenti normativi.

Con Decreto DG 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.

Nel corso dell'anno 2019 è stato elaborato, il *"Regolamento per il trattamento dei dati personali"* dell'IRCCS Burlo Garofolo, corredato dei relativi atti (*"Informativa ai dipendenti e collaboratori"*, *"Nomina responsabili esterni"*, *"Nomina dei Responsabili interni"* e *"Nomina degli autorizzati"*).

3.3 Obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali

Relativamente agli obiettivi in argomento, preso atto delle DGR di attribuzione delle risorse agli enti del SSR e degli accordi decentrati aziendali, la Direzione Strategica ha elaborato individuato le progettualità 2019, coerentemente alle linee di pianificazione aziendale ed ai criteri stabiliti a livello regionale, formalizzandole con proprio decreto DG n. 97/2019.

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 Direttore Amministrativo – nota prot. 1093/2020) ed una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti RAR afferenti alla Direzione Sanitaria (valutazione del Direttore Sanitario – nota prot. 1101/2019).

Tab. 12 - Livello di raggiungimento dei progetti RAR 2019

Progetti afferenti all'Area della Direzione Amministrativa

Progetto	Obiettivo	Strutture coinvolte	% raggiungimento
SPTA 10 E COMP 18	Predisporre gli atti propedeutici all'attivazione della procedura di alienazione dell'edificio di via Combi	SC Affari Generali e Legali	100%
SPTA 11 E COMP 19	Adottare ed applicare nuovo assetto degli incarichi di funzione	SSD Politiche del personale	100%
SPTA 12 E COMP 20	Sviluppo di un sistema automatico di controllo dei CIG	SC Ingegneria Clinica informatica ed Approvvigionamenti	100%

SPTA 13 E COMP 21	Sviluppo della sicurezza informatica – progettazione, ed avvio dell’acquisizione e installazione degli apparati di rete dell’Istituto	SC Ingegneria Clinica informatica ed Approvvigionamenti	100%
SPTA 14 E COMP 22	Ipotesi ampliamento e fattibilità impianto TVCC (videosorveglianza) per la sicurezza	SC Gestione Tecnica e realizzazione del Nuovo Ospedale	100%
SPTA 15 E COMP 23	Attuare la revisione dei sistemi contabili aziendali	SC Gestione economico Finanziaria	100%
SPTA 16 E COMP 24	Elaborare un progetto da condividere con la DCS per migliorare la valorizzazione economica dell’attività e della produzione dell’IRCCS	SSD Programmazione e Controllo	100%
SPTA 17 E COM 27	Curare la raccolta e la trasmissione della documentazione relativa all’inserimento sanità del Burlo	Direzione Generale	100%
COMP 15	Assicurare che, il modello organizzativo e gestionale per la attuazione della una politica aziendale per la salute e sicurezza ai sensi dell’art. 6 comma 1 lettera a del D.Lgs. 231.01 denominato SGSL adottato volontariamente dall’Istituto in conformità con quanto prescritto dall’art. 30 del d.Lgs. 81.08, e straordinario rispetto agli adempimenti previsti dall’art.33. del d.lgs. 81.08, sia mantenuto ed implementato.	SPPA	100%
COMP 16	Elaborare un progetto di fattibilità per l'acquisizione della certificazione ISO 21001 al fine di certificare la qualità delle organizzazioni educative	Ufficio Formazione	100%
COMP 17	Assicurare la presenza ad eventi pomeridiani o nei giorni prefestivi e festivi	URP	100%
COMP 25	Controllare la conformità fatture elettroniche in relazione ai regimi fiscali dichiarati dai professionisti (LAUT) e creare di uno scadenziario per tipologia di personale esterno	Progetto Personale Burlo in ASUI TS: trattamento economico	100%
COMP 26	Riliquidazione pratiche pensionistiche	Progetto Personale Burlo in ASUI TS: previdenza	100%

Progetti afferenti all’Area della Direzione Sanitaria

DIRIGENZA MEDICA

Progetto	Obiettivo	Strutture coinvolte	% raggiungimento
1	Favorire la realizzazione dei percorsi hub e spoke in particolare il servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN)	Personale Medico in servizio presso le Strutture sanitarie dell’Istituto	100%
2	Contenimento tempi di attesa per le procedure di fecondazione assistita omologa ed eterologa	SCR Fisiopatologia della Riproduzione e PMA	100%

3	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC Radiologia pediatrica	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
4	Supporto metodologico ad attività interaziendali realizzate nell'ambito della promozione dell'allattamento materno e volte alla produzione di percorsi assistenziali condivisi e alla valutazione delle attività formative basate sul metodo problem based learning	SC Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	100%
5	Riorganizzazione delle attività di Farmacologia Clinica	SCR Laboratorio di diagnostica avanzata traslazionale	100%
6	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC Neuropsichiatria infantile	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
7	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC Oncoematologia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
8	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SCU Clinica pediatrica – SS Cardiologia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
9	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC Chirurgia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
10	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC Ortopedia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
11	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SC ORL e audiologia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
12	Riorganizzazione delle attività di Tossicologia Forense. Attività della Direzione Sanitaria	ufficio per la gestione del Rischio Clinico	100%
13	Creare una app per le donne in gravidanza a supporto della maternità, del puerperio, e del primo anno di vita	Personale distaccato presso la Direzione Centrale Salute	100%
14	Modello cartella informatizzata (G2) gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Personale distaccato presso la Direzione Centrale Salute	100%

DIRIGENZA SPTA (SC Afferenti alla Direzione Sanitaria e ai Dipartimenti clinici)

Progetto	Obiettivo	Strutture coinvolte	% raggiungimento
1	Contenimento tempi di attesa per le procedure di fecondazione assistita omologa ed eterologa	SCR Fisiopatologia della Riproduzione e PMA	100%
2	sviluppo di nuovi percorsi diagnostici ed incremento del n.ro globale delle prestazioni	SC Genetica Medica	100%
3	Riorganizzazione delle attività di Tossicologia Forense. Attività della Direzione Sanitaria	SC Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale- SS Tossicologia	100%
4	Riorganizzazione delle attività di Microbiologia Traslazionale	SSDR Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	100%
5	Continuità assistenziale e presa in carico integrata socio-sanitaria garantita per donne, bambini/e e adolescenti con bisogni psicosociali complessi	Direzione Sanitaria – Ufficio per la continuità assistenziale	100%
6	Supporto all'attività di ricerca connessa all'assistenza	SSD Farmacia	100%
7	Assicurare la continuità delle cure in urgenze	SSD Farmacia	In base ai turni di reperibilità effettuati per singolo dirigente >100 annue (o in dodicesimi per periodi inferiori)
8	Analisi quali-quantitativa dotazioni Piattaforme della Cura in un'ottica di sviluppo professionale ed organizzazione per funzioni	SC Professioni Sanitarie	100%
9	Qualità delle cure: conformità del Programma trapianti di Midollo Osseo in età pediatrica al nuovo manuale Jacie – Fact 7th edizione	Dirigente sanitario Ufficio Qualità	100%
10	Predisporre gli atti propedeutici all'attivazione della procedura di alienazione dell'edificio di via Combi	SC Affari Generali e Legali	100%
18	Supporto metodologico ad attività interaziendali realizzate nell'ambito della promozione dell'allattamento materno e volte alla produzione di percorsi assistenziali condivisi e alla valutazione delle attività formative basate sul metodo problem based learning	SC Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	100%

COMPARTO (SC e articolazioni afferenti alla Direzione Sanitaria e ai Dipartimenti clinici)

Progetto	Obiettivo	Strutture coinvolte	% raggiungimento
2	Continuità dei servizi assistenziali e tecnico-diagnostici in carenza di risorse	personale del comparto afferente alla SC Direzione professioni sanitarie	100%
3	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	personale del comparto afferente alla SC Direzione professioni sanitarie	100%

4	Supporto alla definizione del trasferimento delle attività di tossicologia forense da ASUI TS all'IRCCS Burlo	PO Piattaforma tecnica dei servizi di supporto	100%
5	Assicurare il Trasporto neonatale	Personale del comparto della SC Neonatologia	100%
6	Assicurare i 10 passi del percorso UNICEF	Personale del comparto sanitario	100%
7a	Trasmissione competenze tecnico assistenziali specialistiche nell'assistenza al bambino, bambina, donna	Personale Esperto delle Professioni Sanitarie Piattaforme	100%
7b	Trasmissione competenze tecnico assistenziali specialistiche nell'assistenza al bambino, bambina, donna: responsabile	Coordinare Area di degenza ordinaria e ad alta specialità	100%
8	Promuovere pratiche assistenziali per l'eliminazione della contenzione con particolare riferimento all'area delle terapie intensive	Coordinatore -area rianimazione	100%
9a	Programmazione chirurgica pediatrica e ginecologica. Organizzazione di un percorso di accoglienza.	Personale comparto afferente al Punto Benvenuto e programm. Ginecologica	100%
9b	Programmazione chirurgica pediatrica e ginecologica. Organizzazione percorso di accoglienza: responsabile	Coordinatore Area di degenza ordinaria pediatrica chirurgica	100%
10	Conoscenza IRCCS ed acquisizione competenze specialistiche. Individuazione percorso inserimento neoassunto a livello IRCCS e ridefinizione dei percorsi di inserimento nelle aree specialistiche dedicati a neo assunti e.o neo inseriti prof sanitarie e supporto.	PO settore ebn - ebp e dello sviluppo professionale ed organizzativo	100%
11a	Garantire la funzione di coordinamento in fascia oraria pomeridiana	Coordinatori	100%
11b	Garantire la funzione di coordinamento in fascia oraria pomeridiana: responsabile	Coordinatore Area urgenza pediatrica Pediatria d'urgenza e Pronto soccorso pediatrico	100%
12	Continuità assistenziale garantita fuori sede. Continuità Cure Inf palliative pediatriche	Direzione sanitaria - Ufficio Continuità assistenziale	100%
13	Monitoraggio in tempo reale delle attività ed offerte ambulatoriali: elaborazione di una bozza di cruscotto condiviso con DS	Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle prestazioni sanitarie e CUP	100%
14	Predisporre una checklist a supporto dell'attività del DEC dell'appalto rifiuti e sterilizzazione - <i>audit</i> di applicazione della checklist e garantire il monitoraggio dell'Incident reporting	Personale afferente alla P.O. Sorveglianza sanitaria e personale afferente all'Ufficio rischio clinico	100%

COMPARTO (valutazione congiunta DA/DS)

Progetto	Obiettivo	Strutture coinvolte	% raggiungimento
1	Codice internazionale dei sostituti del latte materno. Identificare i rischi, ostacoli, anche procedurali, al rispetto del codice	Tutto il personale del comparto	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 dell'interessato con il valutatore.

Le schede di valutazione individuale sono distinte in 3 tipologie:

- comparto;
- dirigenza Medica 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, all'interno della scheda di valutazione, di una voce relativa alla partecipazione del singolo agli obiettivi annuali.

Ciascun valutatore ha proceduto alla compilazione delle schede di valutazione relativa all'anno 2019, 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 con la consegna della scheda, completa di data e sottoscrizione del valutatore e del valutato, che ne attesta così la presa visione.

Le schede di valutazione pervenute sono 160 della dirigenza e 513 del comparto. L'Istituto è in possesso di circa il 90% delle schede individuali del personale del Comparto e del 92% della Dirigenza medica e sanitaria e il 91% della Dirigenza PTA.

Per le restanti schede si precisa che sono state inviate al personale interessato e per giustificati motivi non sono attualmente pervenute, verranno acquisite agli atti della SSD Politiche del Personale nei termini previsti.

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:

Punteggio minimo **18,5**
Punteggio massimo **34,5**

Numero medici valutati **141**
Numero sanitari valutati **21**

Percentuale dirigenti medici e sanitari valutati: **92%**

		medici		sanitari	
		num.	%	num.	%
ottima	fino a 34,5	103	73%	13	62%
media	fino a 30	31	22%	7	33%
sufficiente	fino a 25	6	4%	1	5%

NEGATIVA	<20,7	1	1%		0	0%
Totale		141	100%		21	100%

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

Sono stati valutati 10 Dirigenti su 11, complessivamente hanno ottenuto il 66% degli item con giudizio Ottimo, il 24% con giudizio Buono, il 13% con giudizio Discreto e nessun giudizio Sufficiente.

Tab. 14 – SCHEDE DEL PERSONALE DEL COMPARTO:

Media valutazione annuale 2018 del Comparto

Punteggio minimo **24**
Punteggio massimo **48**

Numero Comparto da valutare **572**
Numero Comparto valutati **513**
Percentuale valutati **90%**

		comparto	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	433	84%
media	da 31 a 39	73	14%
sufficiente	da 21 a 30	7	1%
NEGATIVA	inferiore a 21	0	0%
Totale		513	100%

4. Il processo di redazione della relazione sulla performance.

4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2019

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.

Il percorso di misurazione e raccolta delle relazioni di rendicontazione degli obiettivi è stato coordinato dalla SSD Programmazione e Controllo. Le valutazioni relative agli obiettivi di budget ed alle progettualità RAR sono state effettuate, per area di competenza, dal Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e Scientifico, sulla base della documentazione di rendicontazione agli atti e dei flussi informativi aziendali e regionali disponibili, e sono conservate agli atti della SSD Programmazione e Controllo. Gli esiti sono stati riportati nelle tabelle di cui al paragrafo 3.2.

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

4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento

Nel corso del 2019 sono state 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.

In particolare, per quanto concerne gli esiti del questionario collegato alle domande relative allo svolgimento del ciclo della performance, si è concordato con il responsabile aziendale della qualità di implementare la sezione intranet aziendale con il materiale relativo all'assegnazione degli obiettivi di budget, alle attività di monitoraggio ed alla pubblicazione dei relativi esiti.

L'IRCCS rileva, inoltre, come propria area di miglioramento l'adeguamento dei regolamenti sulla valutazione individuale rispetto alle novità introdotte dai CCNL ed alla luce delle nuove funzioni attribuite agli Organismi indipendenti di valutazione, alla quale non è stato possibile provvedere nel 2019 anche a causa dell'avvicinarsi di tre direzioni strategiche.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARTINA VARDABASSO

CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I

DATA FIRMA: 07/08/2020 12:43:29

IMPRONTA: ACB46322102A7B0B5DF7C8B1EA77DDFA945917FDB9A976F5965838E2CC717416
945917FDB9A976F5965838E2CC71741686088F09DBECDEE6A972DE9AD9B6EA44
86088F09DBECDEE6A972DE9AD9B6EA4483746F985F59ECC00437DDC0C26F019D
83746F985F59ECC00437DDC0C26F019DC44E82D5A39BF501FC37BF7D029A69B5