



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Burlo Garofolo" Trieste

Relazione sulla performance

Anno 2021



INDICE

Premessa	3
1. Sintesi dei principali risultati raggiunti	4
1.1 COVID - 19 – Piano per la risposta all'emergenza	4
1.2 L'attività del periodo	4
1.3 Gli obiettivi regionali	13
1.4 Gli obiettivi di Patto del DG	17
1.6 I risultati della ricerca	23
2. Analisi del contesto e delle risorse	25
2.1 Risorse, efficienza ed economicità	25
2.2 Le risorse umane	31
2.3 Il bilancio di genere	32
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali	36
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa	41
3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti	41
3.2 Obiettivi correlati con fondi di risultato e produttività collettiva	42
3.2. 1 Obiettivi collegati all'anticorruzione e trasparenza e nuova tutela dei dati personali	44
3.3 Obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali	46
3.4 Sintesi della performance individuale	46
4. Il processo di redazione della relazione sulla performance.	49
4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2021	49
4.2 Criticità riscontrate ed obiettivi di miglioramento	50
Allegati	51
Allegato 1: Livello di raggiungimento dei progetti RAR 2021	51

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2021 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 Linee guida emanate dalla Funzione Pubblica (n. 3/2018), che forniscono indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla *performance* da parte delle amministrazioni ed alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione.

La presente relazione descrive in estrema sintesi i risultati raggiunti nel 2021 a livello aziendale, di unità organizzativa ed individuale, 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 2021, contenente la sintesi dei risultati aziendali del 2021 è stata posticipata al 31/5/2022, ai sensi dell'art. 11-ter, comma 1, lett a) della Legge n. 25 dd 28/3/2022 e pertanto la valutazione degli obiettivi di struttura ha subito un fisiologico differimento.

1. Sintesi dei principali risultati raggiunti

1.1 COVID - 19 – Piano per la risposta all'emergenza

Anche l'anno 2021 è stato inevitabilmente condizionato dal permanere dello stato di emergenza, i cui effetti continuano a ripercuotersi sulla performance dell'organizzazione a causa delle misure di prevenzione introdotte nei percorsi clinico assistenziali.

I provvedimenti e le azioni necessari per affrontare l'impatto della pandemia sull'ospedale sono stati definiti nel "Piano operativo per la risposta all'emergenza Covid-19 del Burlo" (nota prot. DS 1978 dd 25/11/2022), che sostiene la profonda revisione cui è andato incontro l'Istituto e che ancora ne caratterizza l'organizzazione.

Nel corso del 2021 risultano, infatti, ancora operativi i provvedimenti con i quali sono state definite le regole di accesso alle prestazioni ed i percorsi dei pazienti all'interno del comprensorio ed è ancora vigente la programmazione dell'attività ambulatoriale e di ricovero, che vincola l'erogazione delle prestazioni all'accertamento delle condizioni di contagiosità, alla garanzia di distanziamento ed all'applicazione di misure di prevenzione (sanificazione di locali e attrezzature, utilizzo di DPI, disponibilità di locali dedicati a pazienti sospetti/infetti, ecc.).

Il sistema di regole e controlli è stato oggetto di una costante revisione al fine di adeguarlo alle diverse fasi della pandemia, soprattutto con l'obiettivo di minimizzare la riduzione dell'attività sanitaria causata dalla gestione dell'emergenza pandemica, pur mantenendo idonei standard di sicurezza.

Stante il quadro epidemiologico del 2021, a partire dal mese di luglio, è stato previsto di riportare la programmazione dell'attività ambulatoriale ai livelli pre-pandemici. La programmazione dei ricoveri nel corso del 2021 non ha subito restrizioni, anche se l'attività effettivamente erogata ha risentito degli effetti della pandemia (sospensione di interventi per positività o quarantena, difficoltà nel reclutamento dei pazienti extraregione, ...), soprattutto per l'area pediatrica medica.

Sono rimasti operativi l'accordo con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina e la disposizione regionale per l'accoglienza in Istituto dei bambini Covid positivi del FVG che necessitano di ricovero ordinario.

1.2 L'attività del periodo

Attività di ricovero

I dati di attività esposti nelle tabelle seguenti (da tabella 1 a 6) evidenziano quanto segue:

AREA PEDIATRICA MEDICA

La pandemia ha continuato a condizionare, riducendola, l'attività dell'area medica pediatrica, non consentendo il completo riallineamento ai volumi di attività del 2019.

Il Pronto soccorso pediatrico/Pediatria d'urgenza è la struttura maggiormente coinvolta nella gestione del paziente con Covid 19, supportate in questa attività dalla Clinica pediatrica.

La Pediatria d'urgenza ha registrato un incremento dell'attività di ricovero, sia nei posti letto dedicati al Covid che in quelli ordinari. Questo trend ha caratterizzato anche la Neuropsichiatria infantile, i cui ricoveri ordinari hanno registrato un aumento del 20% rispetto alla fase pre-pandemica, per ragioni che possono essere fatte risalire al disagio adolescenziale secondario all'isolamento e alla mancanza di socialità.

Si conferma il ruolo dell'IRCCS nell'ambito dell'immunologia, delle intolleranze alimentari, delle patologie neuropsichiatriche comuni nell'infanzia quali l'epilessia, l'autismo e delle disabilità intellettive ed i disturbi dell'apprendimento.

È proseguito nel corso del 2021, il servizio di cura delle malattie rare, secondo un approccio multidisciplinare e multispecialistico che consente non solo di gestire il bambino con malattia rara, ma anche di svolgere numerose ricerche volte a migliorare la presa in carico globale e la qualità di vita. Il Burlo rimane all'avanguardia nelle terapie delle malattie rare.

Continua la somministrazione dello "spinraza" per la cura dell'atrofia muscolare spinale, una gravissima malattia che colpisce l'apparato neuromuscolare. Inoltre, si è concluso uno studio europeo, a cui il Burlo ha partecipato, che ha permesso di vedere concretizzarsi un ottimo risvolto terapeutico per la cura della mannosidosi alfa, malattia che causa ritardo mentale, miopatia e ipoacusia.

L'attività della SC Oncoematologia pediatrica ha subito una contrazione, dovuta, principalmente, alla difficoltà nel trasferimento dei pazienti da paesi stranieri legate alle misure di controllo della pandemia. È proseguita l'attività di trapianto di midollo osseo su pazienti con patologie oncoematologiche. In particolare, anche nel corso del 2021 sono stati eseguiti 10 trapianti allogenici, numero minimo di procedure previsto dagli standard del Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo per l'attivazione della ricerca di un donatore di Cellule Staminali Emopoietiche non familiare. La ratifica formale del programma trapianti metropolitano del FVG, avvenuta con DGR 1965/2021, dovrà trovare la sua realizzazione sostanziale attraverso atti e protocolli condivisi fra i 5 enti del FVG che ne fanno parte.

Il 2021 ha visto il consolidarsi dell'attività di diagnostica di laboratorio svolta dalla Clinica pediatrica nell'ambito dell'immunologia, ematologia e della gastroenterologia pediatrica.

Nel corso dell'anno, si è consolidata l'attività del centro di riferimento per la terapia analgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale, sia per quanto riguarda l'attività clinico assistenziale svolta in sede che quella di supporto, di supervisione clinica e di consulenza all'attività di assistenza domiciliare su tutto il territorio regionale, favorite dalla necessità di trovare soluzioni di assistenza e cura ai pazienti alternative all'ospedale per evitare accessi non indispensabili alle strutture ospedaliere impegnate nel contrasto alla pandemia.

Importante l'attività svolta dai professionisti dell'area pediatrica assieme all'ufficio OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) del Burlo, all'interno di un network regionale e nazionale di pediatri ospedalieri e di famiglia, per la condivisione giornaliera, in tempo reale con mailing list, del numero contagi e la segnalazione eventuali criticità.

Il Burlo è stato individuato, nel 2020, dalla Direzione Centrale Salute quale struttura presso la quale centralizzare i pazienti Covid positivi in età pediatrica della regione FVG che necessitano di ricovero, ordinario, semintensivo o intensivo.

Nel corso del 2021 sono stati ricoverati 42 bambini (età <= 18 anni) con diagnosi correlate al Covid.

L'attività di terapia intensiva neonatale ha registrato un notevole incremento nel periodo ottobre-dicembre a causa dell'aumento di bronchioliti e in particolar modo di bronchioliti da virus respiratorio sinciziale, dato registrato in tutta Italia e oggetto di uno studio in collaborazione con gli ospedali pediatrici di AOPI.

È proseguito nel corso del 2021, il percorso di Unicef teso a proporre argomenti riguardanti la promozione e protezione dell'allattamento e l'alimentazione dei bambini nei primi mille giorni di vita, in un'ottica di promozione della salute di mamma e bambino in quello che si definisce "Percorso Nascita".

AREA CHIRURGICA PEDIATRICA

L'attività dell'area chirurgica è ripresa rispetto all'anno 2020, raggiungendo quasi i livelli del 2019, grazie anche alle sedute operatorie aggiuntive, realizzate grazie all'utilizzo dei finanziamenti statali dedicati all'abbattimento delle liste d'attesa.

I risultati sono, tuttavia, inferiori alle aspettative a causa della carenza di anestesisti, a causa della quale il numero di sedute chirurgiche programmate giornalmente è risultato costantemente inferiore allo storico. Questo vale in particolare per la SC di ORL e Audiologia che ha accusato una grave riduzione dell'attività di ricovero sia diurno che ordinario, alla quale hanno contribuito da un lato le disdette dei pazienti legate al Covid e, dall'altro, assenze, anche prolungate, del personale, alle quali non è stato possibile sopperire con nuove assunzioni o prestazioni aggiuntive.

Nel contesto chirurgico, vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano di essere sottolineati e che, in linea di massima, hanno mantenuto l'attività, come gli interventi di impianti cocleari e di artrodesi vertebrale, erogati sia a favore di pazienti regionali che extraregionali. In particolare gli interventi di artrodesi hanno superato quelli effettuati nel corso del 2019. Si svilupperà ulteriormente, nel corso del 2022, l'attività di impiantologia altamente specializzata per curare pazienti affetti da sordità.

Si è consolidata l'attività urologica in età pediatrica, dedicata, in particolare a pazienti con disturbi di continenza e funzione vescicale. Continua l'attività di chirurgia pediatrica specialistica anche nell'ambito delle patologie collegate alle malformazioni intestinali. È, inoltre, ripresa l'attività, ambulatoriale e di ricovero, presso l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, nell'ottica di una progressiva attuazione della rete pediatrica.

La SC Oculistica del Burlo è Centro di Riferimento regionale per l'età pediatrica di alcune malattie rare in campo oftalmologico, garantendo le prestazioni chirurgiche necessarie al loro trattamento. L'attività di Odontoiatria pubblica è stata garantita dalla SSD di Odontostomatologia, che ha subito ancora delle contrazioni dovute alle misure anti Covid.

AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA

La gestione dell'emergenza pandemica ha richiesto l'individuazione di percorsi e aree dedicate alla gravidanza fisiologica e patologica e ai parti, naturali e cesarei, con un importante sforzo organizzativo.

In base ad un accordo con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), l'Istituto risulta la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina.

Relativamente alla gravidanza a rischio e alla diagnosi prenatale è proseguito il percorso di integrazione multidisciplinare. La crescente complessità, insita nel terzo livello di assistenza ostetrica, non influisce sul tasso di tagli cesarei, che, al contrario, mostra un trend in decremento. Particolare impegno è stato assicurato per mantenere un adeguato collegamento fra ospedale e territorio per le donne in gravidanza, nei percorsi pre e post-natali.

È ripresa l'attività ginecologia (interventi per neoplasie, endometriosi e patologie del pavimento pelvico), anche grazie all'utilizzo del finanziamento statale dedicato, nonché l'attività della Procreazione Medicalmente Assistita, elaborando anche percorsi condivisi con le altre strutture regionali; è stato, in particolare, condiviso con la PMA dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale il percorso sulla preservazione della fertilità dei pazienti oncologici.

TAB. 1 - SINTESI ATTIVITÀ OSPEDALIERA

ATTIVITÀ DI RICOVERO fonte SDO portale SISR 16/04/2021	anno 2019	anno 2020	anno 2021	Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020
Numero totale di ricoveri	11.082	10.026	10.169	143	1%
Numero totale di ricoveri senza DRG 391 (neonato sano)	10.342	9.303	9.373	70	1%
Ricoveri ordinari	7.497	6.810	6.636	-174	-3%
Ricoveri DH	3.585	3.216	3.533	317	10%
Numero parti (fonte SDO)	1.371	1.411	1.351	-60	-4%
<i>Giornate di degenza</i>					
giornate di degenza RO	28.162	26.481	27.040	559	2%
giornate di degenza DH	6.071	5.266	6.171	905	17%
Degenza media RO	3,58	4,28	4,66	0	9%
Degenza media DH	2,05	1,62	1,74		
Tasso di occupazione RO	80%	71%	76%		
Tasso di occupazione DH	73%	73%	86%		

TAB. 2 - SINTESI ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO

PRONTO SOCCORSO fonte BO - base dati SEI 25/02/2021	anno 2019	anno 2020	anno 2021	Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020
numero accessi	25.073	15.530	19.865	4.335	28%
numero accessi per triage					
<i>codice rosso</i>	52	55	43	-12	-22%
<i>codice giallo</i>	1.861	1.124	1.366	242	22%
<i>codice verde</i>	15.552	8.562	10.664	2.102	25%
<i>codice bianco</i>	7.608	5.789	7.792	2.003	35%
numero osservazioni brevi	889	695	936	241	35%
tempo medio di attesa alla visita per codice triage					
<i>codice rosso</i>	00:11	00:11	00:10		
<i>codice giallo</i>	00:10	00:10	00:12		
<i>codice verde</i>	00:40	00:29	00:33		
<i>codice bianco</i>	00:44	00:28	00:28		
ricoveri su totale accessi	676	636	744		
% ricoveri su totale accessi	2,70%	4,10%	3,75%		
ricoveri su totale accessi suddiviso per triage					
<i>codice rosso (N)</i>	28	29	23		
%	54%	53%	53%		
<i>codice giallo (N)</i>	301	226	272		
%	16%	20%	20%		
<i>codice verde (N)</i>	270	291	328		
%	2%		3%		
<i>codice bianco (N)</i>	77	90	121		
%	1%	2%	2%		
numero indagini radiologiche richieste	5.284	4.352	5.445	1.093	25%

TAB. 3 - SINTESI DRG

Attività di ricovero primi 20 DRG per peso e frequenza - anno 2021				
Codice DRG	Descrizione DRG	Peso DRG	Frequenza	freq*peso
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0,98	537	525,45
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	0,44	985	437,24
546	ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA	5,01	66	330,59
387	PREMATURITÀ CON AFFEZIONI MAGGIORI	3,53	72	254,28
492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI	1,49	107	159,91
225	INTERVENTI SUL PIEDE	0,88	177	156,22
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	15,51	10	155,11
538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	0,94	162	152,59
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	1,77	86	152,46
391	NEONATO NORMALE	0,16	796	127,20
380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0,39	327	127,14
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	0,70	180	126,74
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ < 18 ANNI	0,40	289	115,57
371	PARTO CESAREO SENZA CC	0,73	153	112,21
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	8,69	12	104,25
041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETÀ < 18 ANNI	0,59	173	101,22
405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI	2,95	34	100,16
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,46	216	98,67
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ < 18 ANNI	0,60	163	97,59
035	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	0,68	141	95,98

TAB. 4 - SINTESI ATTIVITÀ DI RICOVERO PER STRUTTURA

	DIMISSIONI														
	Day Hospital					Ordinari					TOTALI				
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Δ 2021/2020	Δ% 2021/2020
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	3.590	3.218	3.533	315	9,79%	7.499	6.818	6.636	-182	-2,67%	11.089	10.036	10.169	133	1,33%
Area															
Pediatria	1.862	1.553	1.576	23	1,48%	2.636	2.578	2.556	-22	-0,85%	4.498	4.131	4.132	1	0,02%
Chirurgia	1.311	1.120	1.196	76	6,79%	1.595	1.282	1.369	87	6,79%	2.906	2.402	2.565	163	6,79%
Ostetricia Ginecologia	417	545	761	216	39,63%	3.268	2.933	2.601	-332	-11,32%	3.685	3.478	3.362	-116	-3,34%
COVID-19	0	0	0	0	-	0	25	110	85	-	0	25	110	85	-
Strutture complesse															
SC Neonatologia - TIN	56	46	45	-1	-2,17%	245	271	250	-21	-7,75%	301	317	295	-22	-6,94%
SC Neonatologia - Nido	0	0	0	0	-	1.246	1.264	1.255	-9	-0,71%	1.246	1.264	1.255	-9	-0,71%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	0	0	0	0	-	19	16	40	24	150,00%	19	16	40	24	150,00%
SC Neuropsichiatria Infantile	166	108	137	29	26,85%	170	202	208	6	2,97%	336	310	345	35	11,29%
SC U Clinica Pediatrica	1.434	1.225	1.191	-34	-2,78%	664	604	617	13	2,15%	2.098	1.829	1.808	-21	-1,15%
SC Oncoematologia	206	174	203	29	16,67%	292	221	186	-35	-15,84%	498	395	389	-6	-1,52%
SC Chirurgia	408	419	467	48	11,46%	353	316	347	31	9,81%	761	735	814	79	10,75%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	377	230	231	1	0,43%	581	385	345	-40	-10,39%	958	615	576	-39	-6,34%
SSD Odontostomatologia	179	136	152	16	11,76%	0	0	0	0	-	179	136	152	16	11,76%
SC Ortopedia e Traumatologia	250	248	251	3	1,21%	547	474	552	78	16,46%	797	722	803	81	11,22%
SC Oculistica	97	87	95	8	9,20%	106	97	117	20	20,62%	203	184	212	28	15,22%
SC U Clinica ostetrico ginecologica - Ginecologia	379	500	719	219	43,80%	1770	1.418	1.000	-418	-29,48%	2.149	1.918	1.719	-199	-10,38%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia	38	45	42	-3	-6,67%	1.498	1.515	1.601	86	5,68%	1.536	1.560	1.643	83	5,32%
SC Anestesia e Rianimazione	0	0	0	0	-	8	10	8	-2	-20,00%	8	10	8	-2	-20,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID-19	0	0	0	-	-	0	5	3	-	-	0	5	3	-	-
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID-19	0	0	0	-	-	0	1	0	-	-	0	1	0	-	-
CLINICA PEDIATRICA COVID-19	0	0	0	-	-	0	2	3	-	-	0	2	3	-	-
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA GIN COVID-19	0	0	0	-	-	0	0	6	-	-	0	0	6	-	-
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA OST COVID-19	0	0	0	-	-	0	11	49	-	-	0	11	49	-	-
SC PEDIATRIA D'URGENZA E PS PEDIATRICO COVID-19	0	0	0	-	-	0	6	49	-	-	0	6	49	-	-

	2019	2020	2021	Δ% 2021/2020
Numero parti totale di cui:	1.371	1.415	1.351	-4,52%
Parti cesarei	256	209	204	-2,39%

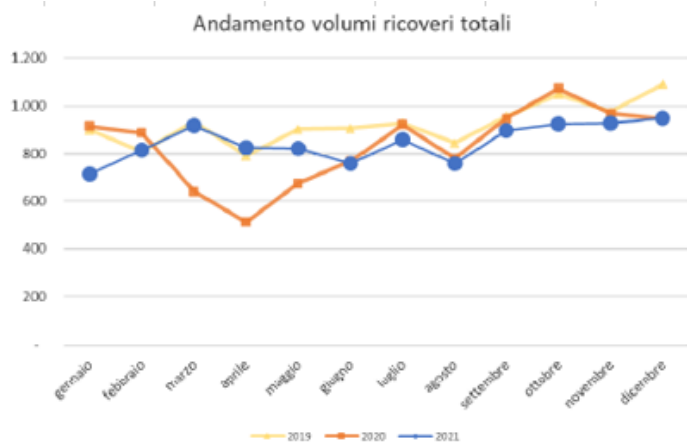
TAB. 5 - ANALISI PROVENIENZE ATTIVITÀ DI RICOVERO

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	6.539	64,30%	1.942	19,10%	8.481	83,40%	1.460	14,36%	228	2,24%	10.169	100%
Area												
Pediatria	2.461	59,56%	909	22,00%	3.370	81,56%	632	15,30%	130	3,15%	4.132	100%
Chirurgia (età pediatrica)	999	38,95%	814	31,73%	1.813	70,68%	720	28,07%	32	1,25%	2.565	100%
Ostetricia Ginecologia	2.985	88,79%	209	6,22%	3.194	95,00%	108	3,21%	60	1,78%	3.362	100%
COVID-19	94	85,45%	10	9,09%	104	94,55%	0	0,00%	6	5,45%	110	100%
Strutture complesse												
SC Neonatologia - TIN	240	81,36%	45	15,25%	285	96,61%	9	3,05%	1	0,34%	295	100%
SC Neonatologia - Nido	1198	95,46%	36	2,87%	1.234	98,33%	16	1,27%	5	0,40%	1.255	100%
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	30	75,00%	3	7,50%	33	82,50%	3	7,50%	4	10,00%	40	100%
SC Neuropsichiatria Infantile	183	53,04%	103	29,86%	286	82,90%	54	15,65%	5	1,45%	345	100%
SC U Clinica Pediatrica	712	39,38%	534	29,54%	1.246	68,92%	537	29,70%	25	1,38%	1.808	100%
SC Oncoematologia	98	25,19%	188	48,33%	286	73,52%	13	3,34%	90	23,14%	389	100%
SC Chirurgia	428	52,58%	300	36,86%	728	89,43%	74	9,09%	12	1,47%	814	100%
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	224	38,89%	190	32,99%	414	71,88%	157	27,26%	5	0,87%	576	100%
SSD Odontostomatologia	84	55,26%	50	32,89%	134	88,16%	15	9,87%	3	1,97%	152	100%
SC Ortopedia e Traumatologia	202	25,16%	169	21,05%	371	46,20%	423	52,68%	9	1,12%	803	100%
SC Oculistica	59	27,83%	100	47,17%	159	75,00%	51	24,06%	2	0,94%	212	100%
SC U Clinica ostetrica ginecologica - Ginecologia	1515	88,13%	115	6,69%	1.630	94,82%	60	3,49%	29	1,69%	1.719	100%
SSD Gravidanza a rischio - Ostetricia	1470	89,47%	94	5,72%	1.564	95,19%	48	2,92%	31	1,89%	1.643	100%
SC Anestesia e Rianimazione	2	25,00%	5	62,50%	7	87,50%		0,00%	1	12,50%	8	100%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID-19		0,00%	2	66,67%	2	66,67%		0,00%	1	33,33%	3	100%
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID-19		#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!	0	#DIV/0!
CLINICA PEDIATRICA COVID-19	3	100,00%		0,00%	3	100,00%		0,00%		0,00%	3	100%
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA GIN COVID-19	6	100,00%		0,00%	6	100,00%		0,00%		0,00%	6	100%
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA OST COVID-19	47	95,92%	2	4,08%	49	100,00%		0,00%		0,00%	49	100%
SC PEDIATRIA D'URGENZA E PS PEDIATRICO COVID-19	38	77,55%	6	12,24%	44	89,80%		0,00%	5	10,20%	49	100%

La tabella sottostante riporta l'andamento mensile dell'attività di ricovero, evidenziando il progressivo recupero dell'attività, dopo il periodo di forte contrazione registrato nella prima fase della pandemia.

TAB. 6 - ANDAMENTO MENSILE VOLUMI DI RICOVERO

VOLUMI				
	2019	2020	2021	Δ
gennaio	900	916	712	- 204
febbraio	808	889	817	- 72
marzo	934	639	917	278
aprile	791	512	827	315
maggio	903	674	823	149
giugno	907	769	756	- 13
luglio	930	922	861	- 61
agosto	845	780	756	- 24
settembre	956	948	896	- 52
ottobre	1.049	1.074	924	- 150
novembre	976	968	930	- 38
dicembre	1.090	945	950	5
totali	11.089	10.036	10.169	133



Attività ambulatoriale

I volumi delle prestazioni ambulatoriali, riportati in tabella 7, nelle aree pediatrica e ostetrico-ginecologica hanno registrato un incremento non solo rispetto all'anno 2020, ma anche rispetto al 2019. L'offerta di alcune prestazioni è aumentata grazie anche alla possibilità di utilizzare prestazioni aggiuntive, finanziate con i fondi ministeriali, secondo le modalità previste dalla DGR 1036/2021.

Si evidenzia, inoltre, un notevole aumento dell'attività di laboratorio per esterni dovuto alle prestazioni di diagnostica molecolare per la ricerca del SARS-COV2, alla ripresa delle analisi collegate alle malattie sessualmente trasmesse, alle attività di tossicologia forense eseguite in convenzione con ASUGI e al consolidamento 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.

TAB. 7 - SINTESI ATTIVITÀ AMBULATORIALE PER STRUTTURA

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

	2019	2020	2021	Δ 2021/2020	Δ % 2021/2020	Note
Totale IRCCS BURLO GAROFOLO	176.010	175.710	241.358	65.648	37,36%	
Area						
Pediatria	26.379	22.948	29.553	6.605	28,78%	
Chirurgia (età pediatrica) (*)	49.045	39.233	47.581	8.348	21,28%	
Ostetricia Ginecologia	43.577	40.526	47.242	6.716	16,57%	
Area laboratorio	50.361	69.495	109.253	39.758	57,21%	
Radiologia	6.648	6.093	7.729	1.636	26,85%	
Strutture complesse						
SC Neonatologia - TIN	1.504	1.512	1.665	153	10,12%	
SC Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso Pediatrico	15	4	22	18	450,00%	
SC Neuropsichiatria Infantile	6.699	6.037	7.022	985	16,32%	
SC U Clinica Pediatrica (*)	7.072	6.031	8.694	2.663	44,16%	
SS Gastroenterologia e nutrizione clinica	1.716	1.401	1.905	504	35,97%	
SS Endocrinologia, auxiologia e diabetologia	2.136	1.982	2.443	461	23,26%	
SS Allergologia e trattamento dell'asma	3.020	2.258	3.041	783	34,68%	
SS Cardiologia	3.053	2.716	3.741	1.025	37,74%	
SC Oncoematologia	1.164	1.007	1.020	13	1,29%	
SC Chirurgia (*)	3.326	2.202	3.088	886	40,24%	
SC Otorinolaringoiatria e Audiologia	14.270	11.275	15.031	3.756	33,31%	
SSD Odontostomatologia	4.959	5.353	5.888	535	9,99%	
SC Ortopedia e traumatologia	18.382	12.597	15.223	2.626	20,85%	
SC Oculistica	7.692	7.571	8.140	569	7,52%	
SC U Clinica ostetrica e ginecologica	20.660	18.843	22.942	4.099	21,75%	
SSD Gravidanza a rischio	4.031	5.002	5.429	427	8,54%	
SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	11.382	11.381	11.578	197	1,73%	
SC R Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	7.504	5.300	7.293	1.993	37,60%	
SC Anestesia e Rianimazione	416	235	211	-24	-10,21%	
SC Genetica medica	11.563	16.490	27.817	11.327	68,69%	
S.C. R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	28.462	37.233	55.908	18.675	50,16%	valori non certificati a causa della mancanza di reportistica di INSIEL. Il dato è stato calcolato manualmente con il supporto dall'Ufficio prestazioni sanitarie e CUP e del Dipartimento di Diagnostica Avanzata
SSD R Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale	10.336	15.772	25.528	9.756	61,86%	
SC R Radiologia pediatrica	6.648	6.093	7.729	1.636	26,85%	

1.3 Gli obiettivi regionali

I risultati sanitari raggiunti nel 2021 relativi agli obiettivi regionali ed aziendali, sono stati rendicontati ad ARCS e DCS contestualmente al bilancio d'esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2021, adottati con decreto n. 80 del 31/5/2022 – 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 ad ARCS e DCS.

LINEE DI GESTIONE 2021	attività non di pertinenza	attività parzialmente realizzata	attività realizzata	richiesta stralcio	in attesa di valutazione regionale	Totale complessivo
1			1			1
Covid			1			1
3						
Assistenza primaria						
5	2		2	2		6
Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le ASP	2		2	2		6
10.1.8			1			1
Investimenti			1			1
11.1.8						
ricognizione assetti e dotazioni organiche -ARCS						
11.4						
Monitoraggio mensile						
11.4.2						
politiche assunzionali, entità del costo del personale e controllo di gestione						
11.5.2			3			3
Programmazione della formazione			3			3
12.1			2	1		3
Atti aziendali			2	1		3
12.2.1			7			7
Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale			7			7
Nuovo ospedale di ASFO						
Trasferimento e riorganizzazione di funzioni						
12.2.2.4			1		1	2
Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili			1		1	2
14.2.10			1			1
Gestione fondi statali COVID-19			1			1
2.1						
Piano regionale della prevenzione 2020-2025						
2.10						
Ambiente e salute						

2.11						
Malattie infettive prioritarie						
2.12						
Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario						
2.13		1	1			2
Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile		1	1			2
2.14						
Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare						
2.2						
Screening cervice						
Screening colon retto						
Screening mammella						
2.2						
Screening mammella						
2.3		1	4			5
Screening neonatale		1	4			5
2.4						
Prevenzione degli incidenti domestici e stradali						
2.6						
Promozione della salute nelle scuole						
2.7			1			1
Promozione salute luoghi di lavoro			1			1
2.8						
Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio						
2.9						
Miglioramento di sorveglianza						
2.9			4			4
Miglioramento dei sistemi sorveglianza			4			4
3.1						
Assistenza distrettuale						
3.2						
Cure intermedie						
3.3			1			1
Disturbi spettro autistico			1			1
3.4			3			3
Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare			3			3
3.5						
Sanità penitenziaria						
3.6						
Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari						

3.7	1		4			5
Rete cure palliative e terapia del dolore	1		4			5
3.7 Rete Cure Palliative e terapia del dolore		1	1			2
Cure palliative pediatriche		1	1			2
3.8			7			7
Odontoiatria pubblica			7			7
3.9			2	1		3
Consultori familiari			2	1		3
4.1						
Non autosufficienza						
4.2						
Anziani						
4.3						
Disabilità						
4.4	1		1			2
Minori	1		1			2
4.5			1			1
Salute mentale			1			1
4.6						
Dipendenze						
4.7						
Area Welfare						
4.8						
Area Welfare						
4.9						
Cooperazione transfrontaliera sanitaria e sociosanitaria						
6.1	1	1	3			5
Assistenza ospedaliera	1	1	3			5
6.10		1	7			8
Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH		1	7			8
6.11			5	1		6
Accreditamento			3	1		4
Accreditamento UNICEF			2			2
6.2			3			3
Indicatori Emergenza-urgenza			3			3
6.3		1				1
Trapianto e donazione		1				1
6.4			1			1
Infertilità			1			1
6.5			2			2
Governo clinico e reti di patologia			2			2
6.6	1		9			10
Rischio clinico e rete cure sicure	1		9			10
6.7			5			5
Percorso nascita			5			5

6.8			3			3
Pediatria			3			3
6.9		1	1	1		3
Sangue ed emocomponenti		1	1	1		3
7.1			1		1	2
Tetti spesa farmaceutica			1		1	2
7.10			1		1	2
Farmacovigilanza			1		1	2
7.2			2			2
Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva			2			2
7.3						
Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale						
7.4			1			1
Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari			1			1
7.5			2			2
Gestione delle terapie con ormone della crescita			2			2
7.6						
Attività centralizzate- ARCS						
7.7			2			2
distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali			2			2
7.8	1					1
Assistenza integrativa	1					1
7.9			7	3		10
Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica			7	3		10
8.1			2			2
Sistema informativo di gestione della formazione			2			2
8.10			1			1
Privacy in Sanità			1			1
8.11			6			6
PACS			6			6
8.2						
Sistema informativo dei distretti						
8.3			1	2		3
Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato			1	2		3
8.4			1	2		3
Telemedicina			1	2		3
8.5			1	2		3
Ricetta e piano terapeutico dematerializzato			1	2		3
8.6				1		1

Linee guida integrazione Asset				1		1
8.7	2					2
Piattaforma di integrazione	2					2
8.8				1		1
Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico				1		1
8.9			3			3
Censimento apparecchiature			3			3
9.1						
Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, contabili, epidemiologici, e in generale, gestionali						
9.2			2			2
Applicativo SIASI e trattamento dei dati			2			2
9.3						
Anagrafe Nazionale Assistiti						
9.4						
Governo e monitoraggio delle prestazioni di cura autorizzate all'estero						
9.5			1			1
Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini			1			1
9.6		1	1			2
Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale		1	1			2
9.7				1		1
Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi				1		1
Totale complessivo	9	8	122	18	3	160

1.4 Gli obiettivi di Patto del DG

MONITORAGGIO FINALE OBIETTIVI 2020 PATTO ANNUALE TRA REGIONE E DIRETTORI GENERALI DI CUI ALLA DGR N. 1932 DD 17/12/2021

			Modalità di valutazione	punti	Risultato ottenuto al 31/12/2021																												
Tempi di attesa	DGR 1036/2021 Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa	utilizzo delle risorse assegnate all'ente ex art. 26 del D.L. 73/2021	il grado di raggiungimento è proporzionale al rapporto tra importo utilizzato e importo del finanziamento assegnato dalla DGR 1036/2021, sulla base dei dati di monitoraggio e rendicontazione	8	<p>La rendicontazione finale relativa all'utilizzo del finanziamento nell'anno 2021 è stata inviata ad ARCS e DCS con nota mail dd 4/3/2022.</p> <p>Nel corso del 2021 sono stati utilizzati complessivamente € 111.852,50, pari al 91% del finanziamento 2021, rapportato ai giorni di possibile utilizzo nel 2021 (a partire dalla DGR 1036 dd 2/7/2021), come si evince dalla tabella sottoriportata</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>finanziamento residuo 2021 - DGR 1036/2021</th> <th>giorni dal 10/7 data della DGR 1036/2021</th> <th>finanziamento residuo 2021 - DGR 1036 - rapportato ai giorni</th> <th>utilizzato presunto 2021</th> <th>utilizzato al 31/12/2021 come da report dd 4/3/2022</th> <th>% sul totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ricoveri</td> <td>76.694,26</td> <td>182</td> <td>38.341,79</td> <td>95.706,78</td> <td>86.674,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>amb</td> <td>169.910,40</td> <td>182</td> <td>84.722,45</td> <td>20.280,22</td> <td>25.231,21</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>246.604,66</td> <td></td> <td>123.064,24</td> <td>115.987,00</td> <td>111.905,21</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>		finanziamento residuo 2021 - DGR 1036/2021	giorni dal 10/7 data della DGR 1036/2021	finanziamento residuo 2021 - DGR 1036 - rapportato ai giorni	utilizzato presunto 2021	utilizzato al 31/12/2021 come da report dd 4/3/2022	% sul totale	ricoveri	76.694,26	182	38.341,79	95.706,78	86.674,00		amb	169.910,40	182	84.722,45	20.280,22	25.231,21			246.604,66		123.064,24	115.987,00	111.905,21	91%
		finanziamento residuo 2021 - DGR 1036/2021	giorni dal 10/7 data della DGR 1036/2021	finanziamento residuo 2021 - DGR 1036 - rapportato ai giorni	utilizzato presunto 2021	utilizzato al 31/12/2021 come da report dd 4/3/2022	% sul totale																										
ricoveri	76.694,26	182	38.341,79	95.706,78	86.674,00																												
amb	169.910,40	182	84.722,45	20.280,22	25.231,21																												
	246.604,66		123.064,24	115.987,00	111.905,21	91%																											
	DGR 189/2021 Linee annuali per la gestione del SSR	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Erogazione almeno nella misura del 90% per tipologia di prestazione delle seguenti prestazioni nei tempi richiesti come da PNGLA 2019-2021: Attività ambulatoriale: Urgente (da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore); Valutazione effettuata sull'anno	7	<p>Sono state considerate sia le prestazioni prenotate con priorità U che quelle erogate con percorsi che ne garantiscono l'esecuzione in giornata (accettazione ostetrico ginecologica). Complessivamente la percentuale di garanzia risulta superiore al 90%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>volume</th> <th>Prestazione nei tempi</th> <th>% garanzia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prestazioni prenotate con priorità U</td> <td>655</td> <td>357</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>Prestazioni erogate con percorsi che ne garantiscono l'esecuzione al momento della richiesta (accettazione ostetrico ginecologica)</td> <td>3828</td> <td>3828</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>4483</td> <td>4185</td> <td>93%</td> </tr> </tbody> </table>		volume	Prestazione nei tempi	% garanzia	Prestazioni prenotate con priorità U	655	357	55%	Prestazioni erogate con percorsi che ne garantiscono l'esecuzione al momento della richiesta (accettazione ostetrico ginecologica)	3828	3828	100%	TOTALE	4483	4185	93%												
	volume	Prestazione nei tempi	% garanzia																														
Prestazioni prenotate con priorità U	655	357	55%																														
Prestazioni erogate con percorsi che ne garantiscono l'esecuzione al momento della richiesta (accettazione ostetrico ginecologica)	3828	3828	100%																														
TOTALE	4483	4185	93%																														

			Modalità di valutazione	punti	Risultato ottenuto al 31/12/2021																		
	DGR 189/2021 Linee annuali per la gestione del SSR	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Erogazione per tipologia di prestazione delle seguenti prestazioni nei tempi richiesti come da PNGLA 2019-2021: - Attività ambulatoriale: Breve - da eseguire entro 10 giorni; Differita - da eseguire entro 30 giorni; - Attività di ricovero: Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A. Percentuale di garanzia dei tempi di erogazione media raggiunta: >= 90% obiettivo raggiunto al 100% >a valore registrato nell'anno 2020: obiettivo raggiunto al 50% <= a valore registrato nell'anno 2020: obiettivo non raggiunto	10	<p>Obiettivo parzialmente raggiunto:</p> <p>Attività ambulatoriale</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Priorità</th> <th>Anno 2020</th> <th>Anno 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Priorità B</td> <td>69.40%</td> <td>72.14%</td> </tr> <tr> <td>Priorità D</td> <td>64.49%</td> <td>67.44%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Attività di ricovero elettivo non oncologico in classe di priorità A: si rappresenta un miglioramento rispetto al 2020, come da tabella sottoriportata:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intervento</th> <th>% garanzia 2020</th> <th>% garanzia 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Colecistectomia laparoscopica</td> <td>0</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Riparazione ernia inguinale</td> <td>48%</td> <td>56%</td> </tr> </tbody> </table>	Priorità	Anno 2020	Anno 2021	Priorità B	69.40%	72.14%	Priorità D	64.49%	67.44%	Intervento	% garanzia 2020	% garanzia 2021	Colecistectomia laparoscopica	0	100%	Riparazione ernia inguinale	48%	56%
Priorità	Anno 2020	Anno 2021																					
Priorità B	69.40%	72.14%																					
Priorità D	64.49%	67.44%																					
Intervento	% garanzia 2020	% garanzia 2021																					
Colecistectomia laparoscopica	0	100%																					
Riparazione ernia inguinale	48%	56%																					
Azioni riorganizzate e di miglioramento delle attività	DGR 189/2021 Linee annuali per la gestione del SSR - punto 12.2.1	Elaborazione ed attuazione di riorganizzazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale e funzionale all'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie	- effettiva attuazione entro il 30/6/2021 della riorganizzazione programmata: punti 4 su 10; - ampliamento medio, nel terzo trimestre dell'anno 2021, in misura non inferiore a un ventesimo dei precedenti tempi di utilizzo medi delle sale operatorie registrati al 30/6/2021: punti 6 su 10	10	<p>1) Sono state attuate le azioni previste dal documento di riorganizzazione delle sale operatorie, che sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del documento "Liste d'attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici" - Esecuzione della periodica analisi della saturazione delle sale operatorie - Creazione di un "catalogo" interventi (formalmente trasmesso a DCS con nota prot. n. 3558/2022) - Creazione di un'agenda di "pazienti in riserva" per ciascuna specialità, alla quale attingere in caso di sospensione o rinuncia dei pazienti programmati. <p>2) Si è registrato un ampliamento medio del tempo di utilizzo delle sale operatorie registrati al 30/6/2021 (secondo trimestre) ed il terzo trimestre del 2021 come da tabella sottoriportata:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>periodo</th> <th>Disponibilità sala (ore)</th> <th>Durata interventi (ore)</th> <th>Rapporto tempo chir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>II trimestre</td> <td>1790</td> <td>767</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>III trimestre</td> <td>1434</td> <td>656</td> <td>46%</td> </tr> </tbody> </table>	periodo	Disponibilità sala (ore)	Durata interventi (ore)	Rapporto tempo chir	II trimestre	1790	767	43%	III trimestre	1434	656	46%						
periodo	Disponibilità sala (ore)	Durata interventi (ore)	Rapporto tempo chir																				
II trimestre	1790	767	43%																				
III trimestre	1434	656	46%																				

			Modalità di valutazione	pu nti	Risultato ottenuto al 31/12/2021
Gestione dell'emergenza Covid-19	Rendicontazione costi Covid-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla DCS e da ARCS e rendicontazione dei costi sostenuti nei tempi e con le modalità indicate	Rispetto degli obblighi, in occasione dei rendiconti trimestrali dell'attività, di trasmissione dei dati, reporting, contabilizzazione e rendicontazione dei costi relativi all'emergenza Covid-19	6	I report infrannuali sono stati predisposti ed inviati indicando separatamente costi e ricavi derivanti da COVID nonché gli investimenti di beni mobili e tecnologie ed edili impiantistici effettuati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid 19. Sono stati formalmente adottati con decreto n. 55 dd 31/5/2021, decreto n. 89 dd 31/7/2021 e decreto n. 125 dd 2/11/2021, entro le scadenze previste, e formalmente trasmessi ad ARCS ea DCS.
Reti cliniche	Rete pediatrica	Predisposizione da parte del gruppo di referenti Burlo - Arcs di un documento condiviso per la costituzione e gestione della Rete pediatrica	Predisposizione documento condiviso ed invio alla DCS ed ARCS entro il 31.12.2021	8	Il documento di sintesi condiviso con ARS relativo alla costituzione e gestione della rete pediatrica regionale è stato inviato a DCS e ad ARCS con nota prot. 12618 dd 30/12/2021.
Pediatria	Trasporto pediatrico in emergenza urgenza	Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario interspedaliero in età pediatrica	Predisposizione documento condiviso ed invio alla DCS ed ARCS entro il 31.12.2021	8	Il documento relativo al trasporto sanitario interspedaliero, discusso e valutato nel corso degli incontri tenutisi dal gruppo regionale individuato, è stato inviato con nota prot. 12612 dd 30/12/2021
Investimento	Ampliamento e adeguamento sede istituto	Predisposizione di una valutazione sull'area complessiva della sede attuale e di quella di nuova acquisizione (Opera San Giuseppe), che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia	Trasmissione valutazione a DCS ed ARCS entro il 31.12.2021	7	La valutazione complessiva dell'area Burlo è stata effettuata in collaborazione con ASUGI ed ARCS e formalmente inviata a DCS e ad ARCS con nota prot. 12581 dd 30/12/2021.

			Modalità di valutazione	pu nti	Risultato ottenuto al 31/12/2021															
Personale dipendente	Accordi integrativi regionali	Rispetto dei tempi di sottoscrizione degli accordi aziendali sulle RAR di applicazione delle intese regionali. - Accordo Comparto: sottoscrizione entro i termini previsti dalla DGR di approvazione - Accordo Dirigenza Medica e Veterinaria: sottoscrizione entro i termini previsti dalla DGR di approvazione - Accordo Dirigenza SPTA: sottoscrizione entro i termini previsti dalla DGR di approvazione	Ciascun accordo vale 2 punti. - sottoscrizione entro i tempi previsti: obiettivo raggiunto al 100% - sottoscrizione con 1 mese di ritardo: obiettivo raggiunto al 75% - sottoscrizione con 2 mesi di ritardo: obiettivo raggiunto al 50% - sottoscrizione superiore a 2 mesi di ritardo: obiettivo non raggiunto	6	Tutti gli accordi sindacali sono stati sottoscritti entro i termini previsti dalle rispettive DGR (2 mesi dalla data della DGR), come risultata dalla tabella sottoriportata: <table border="1" data-bbox="842 1115 1476 1288"> <thead> <tr> <th>rar 2021</th> <th>DGR regionale</th> <th>accordo collettivo integrativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>accordo stralcio comparto</td> <td>DGR n. 370 dd 12/3/2021</td> <td>25/03/2022</td> </tr> <tr> <td>accordo comparto</td> <td>DGR n. 1344 dd 3/9/2021</td> <td>25/10/2022</td> </tr> <tr> <td>accordo area sanità</td> <td>DGR n. 722 dd 21/5/2021</td> <td>08/07/2022</td> </tr> <tr> <td>accordo pta</td> <td>DGR n. 1343 dd 3/9/2021</td> <td>27/10/2022</td> </tr> </tbody> </table>	rar 2021	DGR regionale	accordo collettivo integrativo	accordo stralcio comparto	DGR n. 370 dd 12/3/2021	25/03/2022	accordo comparto	DGR n. 1344 dd 3/9/2021	25/10/2022	accordo area sanità	DGR n. 722 dd 21/5/2021	08/07/2022	accordo pta	DGR n. 1343 dd 3/9/2021	27/10/2022
rar 2021	DGR regionale	accordo collettivo integrativo																		
accordo stralcio comparto	DGR n. 370 dd 12/3/2021	25/03/2022																		
accordo comparto	DGR n. 1344 dd 3/9/2021	25/10/2022																		
accordo area sanità	DGR n. 722 dd 21/5/2021	08/07/2022																		
accordo pta	DGR n. 1343 dd 3/9/2021	27/10/2022																		
Tempi di Pagamento	L. 145/2018 art. 1 c. 865 Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente (60 gg)	La valutazione verrà fatta sulla media dei tempi di pagamenti effettuati per le fatture liquidate nel corso dell'anno 2021. Si applicheranno le seguenti percentuali di riduzione: 10% della quota spettante per ritardi compresi fra 1 e 10 giorni; 25% della quota spettante per ritardi compresi fra 11 e 30 giorni; 50% della quota spettante per ritardi compresi fra 31 e 60 giorni; 100% per ritardi superiori a 60 giorni o in caso di mancata riduzione di almeno il 10 % del debito commerciale residuo.	30	L'indice di tempestività dei pagamenti relativo all'anno 2021 è pari a -9,87, ovvero circa 10 giorni prima della scadenza.															

1.5 Qualità e appropriatezza

Nel 2020 si è proceduto alla revisione della composizione del Nucleo aziendale per i controlli delle prestazioni, con la finalità di garantire tutte le attività previste dalla DGR 2/2/2018, n. 182. Tale delibera ha adeguato alle disposizioni del

DPCM 12/1/2017, il sistema regionale dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie approvato con la DGR n. 1321/2014.

I componenti e le attività del Nucleo sono stati definiti con decreto DG. n. 149 dd 29/12/2020.

1.5.1 Il Piano Annuale dei controlli

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

A. 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).

B. Controlli sulle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

Come previsto dalla DGR 182/2018, alla struttura, in quanto IRCCS, sono affidati i controlli interni sulle prestazioni erogate, che hanno le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive in tema di codifica;
- verifica della correttezza del regime di erogazione delle prestazioni;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, secondo le priorità assegnate;
- verifica dell'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni;
- verifica della corretta applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali, definite a livello regionale e/o aziendale;
- verifica della corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia cronica e invalidante o per malattia rara in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017;
- la verifica del rispetto delle condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

Nel 2021, a partire dal mese di aprile, è stata acquisita una risorsa infermieristica che viene dedicata al controllo delle SDO. I controlli vengono eseguiti con tempistiche differenziate:

Mensilmente:

- DH diagnostici;
- DRG medici in ambito chirurgico;
- ricoveri ordinari complessi 0-3 giorni;
- DH ad alto rischio di inappropriata;
- DRG malformati;
- parti complicati/tagli cesarei;
- neonati.

Inoltre, vista la complessità di alcuni interventi, si valutano mensilmente anche i DRG riferiti a scoliosi e alcuni interventi chirurgici complessi che vengono segnalati.

Giornalmente:

Vengono controllate direttamente in reparto le SDO presenti nelle cartelle cliniche dei dimessi nelle giornate precedenti con particolare attenzione a:

- DH Clinica Pediatrica in quanto ci sono casi particolari;
- Chirurgia, Ortopedia, Anestesia e Rianimazione, Patologia Ostetrica, Clinica Ostetrico Ginecologica, Pronto Soccorso.

Su segnalazione o su fondato sospetto di errore le SDO dei:

- paganti in proprio;
- interventi di libera professione;
- segnalazione di casi particolari provenienti da altri ospedali o con transito in rianimazione.

Su richiesta della Regione:

- le SDO riferite a ricoveri con diagnosi/sospetto COVID;
- le contestazioni interregionali.

Per quanto concerne i controlli di tipo amministrativo sulle prescrizioni e di tipo clinico sull'appropriatezza dell'attribuzione dei codici di priorità, i controlli sono costanti sulla quasi totalità dei casi.

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 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.

C. Controlli di appropriatezza organizzativa

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

Permangono i limiti di applicazione dello strumento del Day Service in ambito pediatrico, che condizionano la possibilità di utilizzo di questo strumento per migliorare il setting erogativo delle prestazioni.

D. 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.

E. Controllo sulla corretta gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo il codice di priorità assegnato

Nel corso del 2021, l'attività di controllo è proseguita anche sulla base delle criticità riscontrate in corso d'anno ed è continuata l'attività di affiancamento e supporto al personale per migliorare la qualità dei dati presenti a sistema.

La revisione periodica delle liste di attesa con il costante rinvenimento di errori nella conferma del ricovero viene eseguita.

Dato che il numero d'interventi chirurgici erogati in regime libero professionale è modesto, le liste di attesa per ricoveri in tale regime sono pressoché inesistenti e ogni intervento di libera professione viene controllato già all'origine per verificare l'inserimento in lista di attesa.

1.5.2 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. Anche l'IRCCS Burlo Garofolo partecipa al progetto e analizza annualmente le performance raggiunte, anche in un confronto a livello aziendale e regionale, per identificare strategie di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Per quanto concerne gli indicatori di esito collegati al PNE si è proceduto ad un attento monitoraggio di quelli collegati al parto: le tabelle sottoriportate evidenziano gli indicatori monitorati nel corso del 2021.

	Valore 2019	Valore 2020	Valore 2021	Soglia 2021	Note
21) Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri	34,59%	33,70%	36,33%	>=38%	
22) Rapporto tra ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed i ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza.	0,3	0,24	0,25	<=0,32	in linea
23) percentuale parti cesarei (criteri eleggibilità PNE).	15,08%	10,27%	11,89%	<=20%	in linea
Cesarei primari (h17 e h 18 c bersaglio)	20,52%	15,87%	17,32%	≤ 25%	in linea
Cesarei depurati (NTSV)	12,80%	9,49%	11,37%		
Parti indotti	17,89%	20,85%	23,17%	≤ 22%	non in linea
numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica-PEDIATRICO (al netto di polisonnografia o infusione di tranquillanti)	51,18%	54,66%	43,84%	<= 40% per i pediatrici	non in linea
percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde,	77,38%	85,03%	85,59%	mantenimento o miglioramento dato 2019 e almeno 80% ospedali spoke e 65% ospedali hub	in linea
percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	94,57%	96,90%	97,00%	mantenimento o miglioramento dato 2019 e >=85% ospedali spoke e >= 75% ospedali hub	in linea

Il raggiungimento dei target collegati al progetto Bersaglio è riportato nel grafico sottostante, che evidenzia una percentuale di indicatori verdi rispetto al totale degli indicatori monitorati pari al 67%, in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Bersaglio 2021 - IRCCS Burlo Gar.



SINTESI BERSAGLIO	2019	2020	2021
Rosso	1	2	1
Arancione	1	1	2
Giallo	6	2	1
Verde	8	9	8
TOTALE INDICATORI	14	14	12
% INDICATORI VERDI	57%	64%	67%

1.6 I risultati della ricerca

Con Decreto del Ministero della Salute del 01 ottobre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 290 del 21 novembre 2020 è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno - infantile Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino» nella disciplina «Materno infantile» per la sede di Trieste, via dell'Istria n. 65/1.

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

Denominazione elink al sito	Area di ricerca	Data site visit	Verbale site visit	Decreto	Gazzetta Ufficiale	Stato procedimento
Ospedale infantile Burlo Garofolo - Trieste	materno-infantile	19/02/2020	Verbale Burlo	Decreto 1 ottobre 2020	n. 290 del 21/11/2020	confermato

CONFRONTO DATI DI ATTIVITÀ DEGLI ESERCIZI 2019 e 2020

Le attività di Ricerca Corrente degli Istituti, in coerenza con quanto riportato nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, sono valutate e finanziate secondo i seguenti criteri:

- A. produzione scientifica (50%);
- B. capacità di attrarre risorse (15%);
- 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.

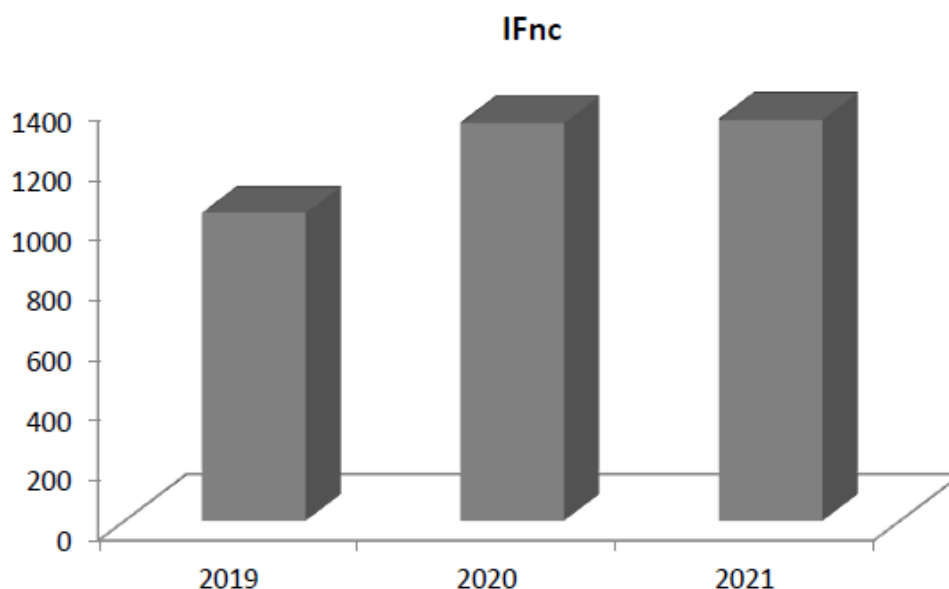
Il dato si misura essenzialmente rilevando il valore dell'IF normalizzato/corretto ministeriale delle pubblicazioni indicizzate.

Il risultato relativo agli anni 2019, 2020 e 2021 dimostra che il trend continua ad essere costantemente in crescita.

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.)
2019	211	1.028,01
2020	265	1.328,17
2021	304	1.337,49

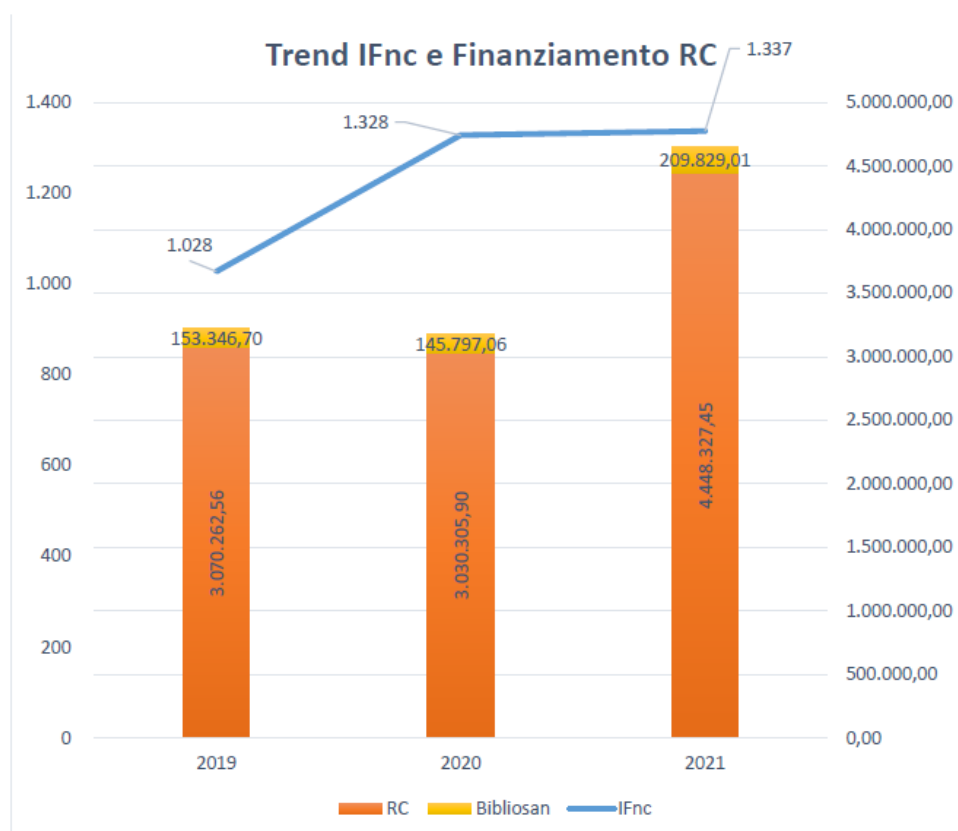
*Dati risultanti dalla verifica ministeriale in seno all'incontro sulle risultanze dei controlli delle pubblicazioni



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	N° pubbl.	Impact Factor Normalizzato Corretto (I.F.n.c.)	Finanziamento (RC + Bibliosan)	Costo punti di I.F.	I.F. Medio
2019	211	1.028,012	€ 3.223.609,26	3.135,77	4,87
2020	265	1.328,173	€ 3.176.102,96	2.391,33	5.01
2021	304	1.337,49	€ 4.658.156,46	3.482,76	4.40



2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Risorse, efficienza ed economicità

L'esercizio 2021 chiude con un risultato economico positivo pari ad euro 10.369 composto per euro -2.268.471 dal risultato della gestione caratteristica, per euro 0 dal saldo della gestione finanziaria e per euro 2.278.840 dal saldo della gestione delle partite straordinarie. Si mantiene pertanto un trend positivo, in continuità con le annualità precedenti, come si evince dalla tabella sottostante:

Esercizi	2019	2020	2021
Risultato d'esercizio	106.863	19.878	10.369

VALORE DELLA PRODUZIONE

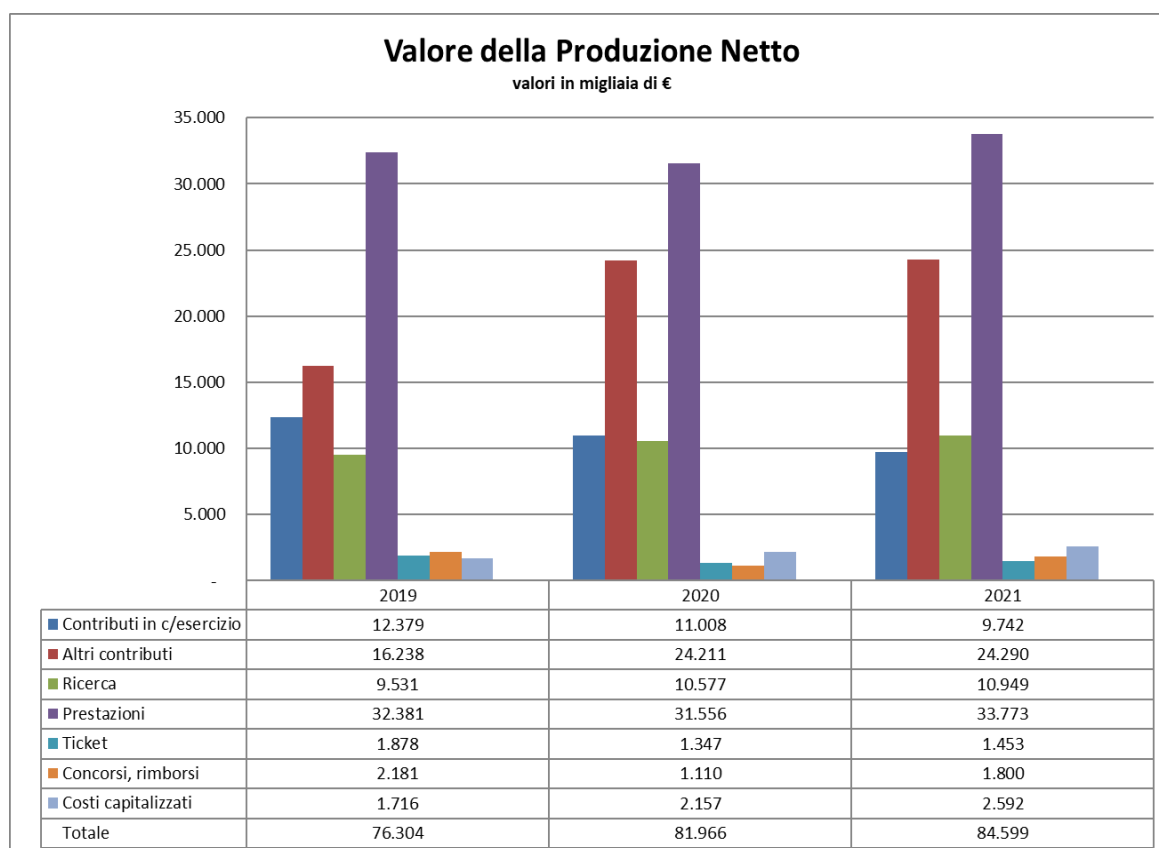
I contributi in conto esercizio da Regione, valorizzati secondo le indicazioni regionali, rilevano oltre che il finanziamento regionale indistinto, anche il finanziamento su fondi statali a copertura dei costi Covid per complessivi euro 1.493.152, a cui si somma l'utilizzo di fondi del 2020 per euro 315.810, la donazione in natura di euro 10.000 e la quota rilevata tra le sopravvenienze per euro 2.193.296.

Tra le risorse sovraziendali, per complessivi euro 4.783.720, sono registrate le risorse aggiuntive regionali (euro 1.148.123), l'accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 del comparto e della dirigenza (euro 1.486.635), il rimborso del costo del farmaco (Spinraza) per la cura della atrofia muscolare spinale – SMA (euro 1.068.788), il rimborso del personale in utilizzo presso la Direzione Centrale Salute (euro 164.565), il rimborso del programma di abilitazione/riabilitazione salute mentale minori e budget di salute (euro 30.000), l'indennità personale sanitario e oss (euro 294.629 - da utilizzarsi quale accantonamento per rinnovi contrattuali), l'incremento indennità esclusività dirigenti sanitari (euro 462.106), l'incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari - arretrato 2020 - (euro 47.558), l'incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari - arretrato 2021 - (euro 52.815), l'incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari - arretrato 2019- (euro 28.500) e l'integrazione per l'accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 del comparto e della dirigenza (euro 130.742).

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 ad inizio dicembre tramite Workflow della ricerca in data 30.11.2021 e risulta pari ad euro 4.658.156 (comprensivo del costo Bibliosani pari ad euro 209.829), pertanto in aumento di euro 1.482.053 rispetto all'anno precedente.

La tabella sottostante rappresenta l'andamento del valore della produzione al netto dei contributi/ricavi collegati all'emergenza epidemiologica, suddiviso nelle principali voci di ricovero, nel corso del triennio 2019-2021.

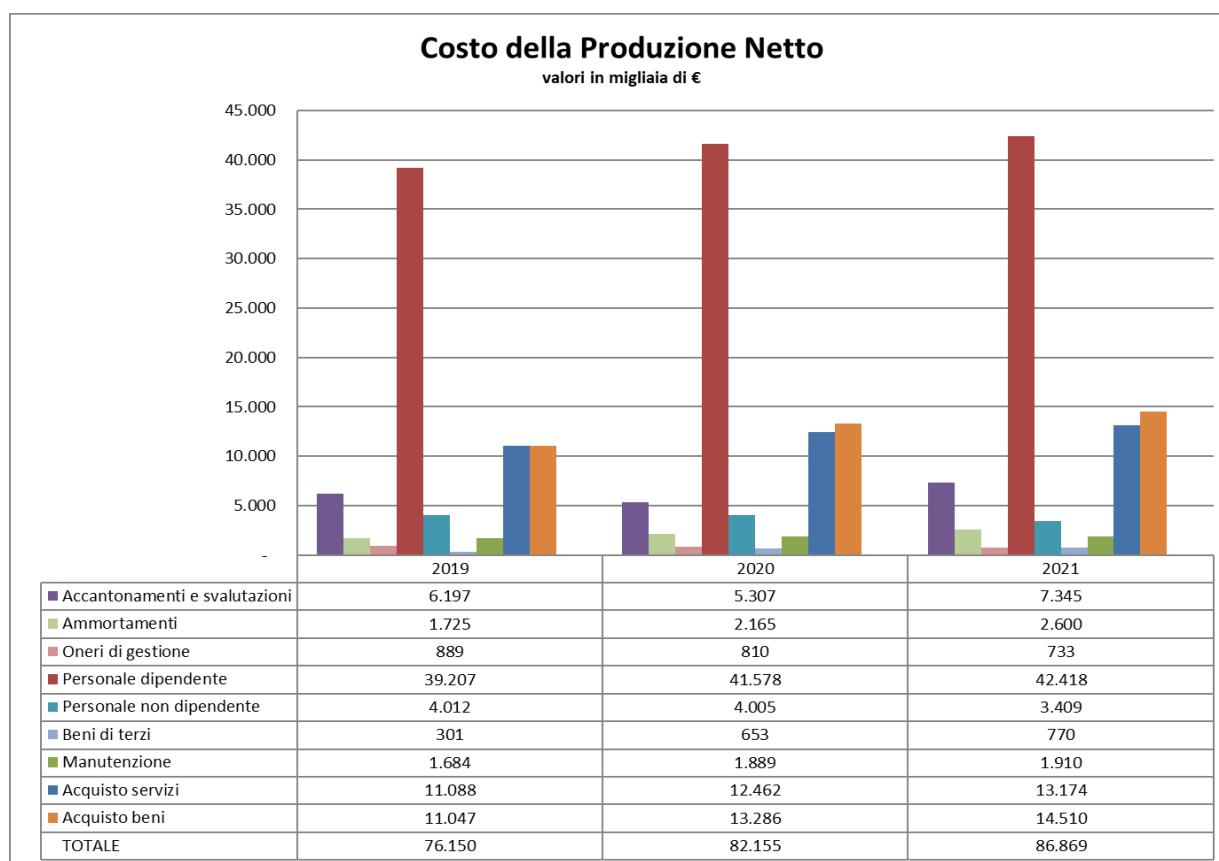


COSTI DELLA PRODUZIONE

Il costo del personale dipendente 2021, esclusa la libera professione, ammonta ad euro 39.770.179 più IRAP per euro 2.647.999 raggiungendo complessivamente euro 42.418.178 e registra, pertanto, al netto del rinnovo CCNL, dell'effetto Covid, dell'incremento fondi a seguito del decreto Calabria, dell'incremento dell'indennità di esclusività, del costo del personale della ricerca (c.d. Piramidati), delle RAR (risorse aggiuntive regionali) e dell'1% sul monte salari, un lieve aumento rispetto all'esercizio precedente (euro 74.792) ed un calo rispetto al preventivo (euro -447.936).

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".

La tabella sottostante rappresenta l'andamento dei costi della produzione, suddiviso nelle principali voci di costo, nel corso del triennio 2019-2021.



L'Istituto, in seguito alle disposizioni di cui alla L. 125/2015 in tema di revisione della spesa pubblica e in seguito alle conseguenti disposizioni regionali in materia, ha adottato il Decreto del DG n. 114/2015 del 26/11/2015 con le azioni programmatiche che l'IRCCS ha messo in campo.

A seguito dell'introduzione delle L. 125/2015 in tema di revisione della spesa pubblica l'IRCCS ha posto in essere tutti i correttivi dei contratti di servizi, riducendo in tal modo il costo all'epoca vigente.

I servizi, pur rimodulati alla luce delle successive e nuove esigenze createsi nel corso degli anni seguenti, hanno continuato a mantenere la contrazione dei costi allora negoziati.

Successivamente alle azioni poste in essere, si è ridefinito il quadro esigenziale che ha previsto la partecipazione dell'Istituto ai tavoli tecnici del Soggetto aggregatore in modo da redigere i capitolati delle nuove gare di servizi, non ancora attivati.

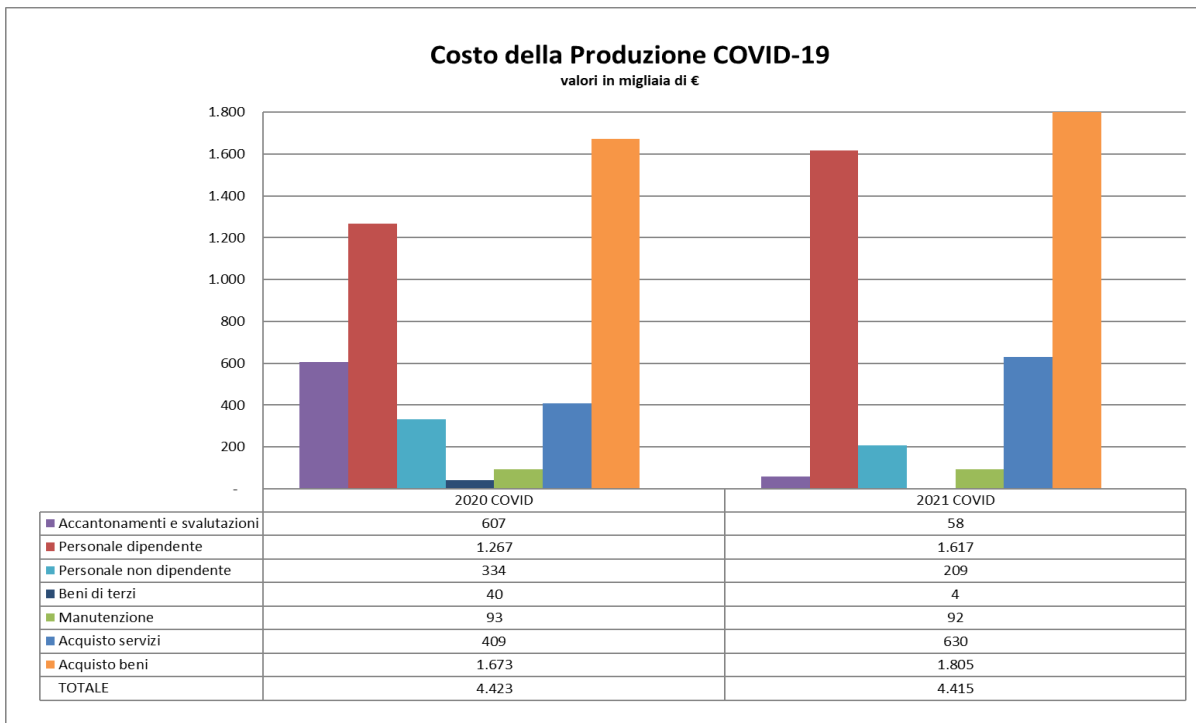
A giugno del 2020, l'IRCCS ha ricevuto una proposta di partenariato pubblico privato che, a fronte del mantenimento della spesa storica, in cui già si era applicata la contrazione della spending review, propone azioni di miglioramento della gestione con investimenti privati.

Nel corso del 2021, quindi, l'IRCCS ha dato corso alla procedura di affidamento, a seguito della proposta da privato, per l'attivazione di una Concessione di servizi integrati, energetici, idrici, di facility management, igiene ambientale e security con investimenti per il ripristino funzionale, risparmio energetico e sostenibilità ambientale.

La modalità gestionale proposta consente un miglioramento atteso delle prestazioni attuali, consentendo contemporaneamente un contenimento dei costi gestionali complessivi, anche a seguito dei contenuti tecnici degli investimenti corrispondenti alle esigenze di implementazione tecnologica, in una logica di contenimento dei consumi energetici e di inquinamento ambientale.

L'affidamento in concessione ad un unico interlocutore di tutti i servizi, nonché della fornitura dei vettori energetici, si potrà tradurre in una diversa modalità gestionale della fase di esecuzione e controllo dei servizi, consentendo di ottimizzare le funzioni delle risorse umane impiegate nell'acquisizione, controllo e contabilizzazione dei singoli servizi. Tale contratto nuovo manterrà conseguentemente i principi enunciati dalla spending review del 2015.

Attività e costi collegati all'emergenza epidemiologica



Nel 2021, l'Istituto ha supportato le AAS regionali, maggiormente impegnate nella gestione della pandemia, attraverso percorsi che hanno interessato l'area pediatrica, ostetrica e oncologica. Tali percorsi rimangono operativi anche nel 2022.

Area pediatrica

L'Istituto risulta la struttura regionale di riferimento per il ricovero in Terapia intensiva di pazienti Covid positivi in età pediatrica.

Su disposizione regionale, presso l'Istituto sono accolti anche i bambini Covid positivi della regione che necessitano di ricovero ordinario. Il ricovero deve essere preceduto da un contatto fra i Direttori di Struttura del Burlo e del centro inviate e deve essere disposto sulla base di criteri clinico-assistenziali definiti e condivisi.

Attività svolta nel 2021

Provincia	N. SDO
GORIZIA	5
PORDENONE	2
TRIESTE	32
UDINE	4
(vuoto)	3
Totale complessivo	46

Area ostetrica

In base ad un accordo con l'ASUGI, l'Istituto risulta la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina.

Attività svolta nel 2021

Provincia	N. SDO
GORIZIA	13
TREVISO	1
PORDENONE	1
TRIESTE	57
UDINE	6
Totale complessivo	78

Attività ambulatoriale di diagnostica

L'Istituto ha effettuato i tamponi per la ricerca del Covid 19, principalmente a favore dei minori residenti nella provincia di Trieste ed inviati dai PLS.

Sono stati inoltre eseguiti i tamponi sui pazienti da ricoverare ed i tamponi di sorveglianza sul proprio personale.

Rispetto dei vincoli regionali (DGR 189/2021)

Nel 2021 è stato garantito il rispetto dei vincoli regionali, di cui alla DGR 189/2021, come si evince dalla tabella sotto riportata:

	CHIUSURA ANNO 2020	Vincolo 2021	CHIUSURA ANNO 2021	Note
Farmaci - al netto di Spinraza e terapia di profilassi al trapianto + 10% mobilità regionale	2.523.370	2.472.903	1.856.412	Vincolo garantito
<i>Farmaci oncologici</i>	450.211	450.211	458.248	Sforamento motivato: si evidenzia che nel 2021 sono stati trattati 4 pazienti pediatrici per i quali è stato richiesto l'utilizzo del farmaco ruxolitinib (Jakavi), off label per età. L'indicazione per il suo utilizzo è stata principalmente la GVHD. Nel 2020 è stato trattato 1 solo paziente con il medesimo farmaco.
Dispositivi medici - ass.za	5.062.946	4.911.058	5.809.888	Sforamento motivato: si evidenzia un incremento di attività delle sale operatorie di ginecologia e di ortopedia rispetto all'anno 2020. Si sottolinea inoltre un incremento dell'attività della Genetica pari al 69% dei volumi registrati nel 2020.
Manutenzioni edili impiantistiche	272.744	272.744	271.286	Vincolo garantito

Si precisa che il vincolo relativo alla Farmaceutica territoriale, non è di pertinenza mentre per quanto concerne il 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 Monitoraggio spesa personale, inserita nel dettaglio al capitolo 2.2 "Le risorse umane":

AZIENDA:	TETTO 2021 DGR 1731/2020 (CONRAR + ONERI RIFLESSIENZA IRAP)	COSTO DEL PERSONALE AL 31.12.2021 AL NETTO COVID ED ESCLUSIONI	SCOSTAMENTO	RISULTATO RAGGIUNTO AL 31.12.2021
BURLO	33.780.323,85	32.940.167,42	- 840.156,43	VINCOLO RISPETTATO

2.2 Le risorse umane

La manovra del personale attuata nell'anno 2021 è stata influenzata dal contesto emergenziale; a tal fine l'Istituto si è avvalso della decretazione d'urgenza in tema di reclutamento del personale del SSN, quale deroga alle normali regole assunzionali finalizzate a garantire in modo tempestivo l'acquisizione delle risorse umane per assicurare la continuità assistenziale dei servizi.

In aggiunta all'impatto derivante dal perdurante stato di emergenza, la gestione delle risorse umane è stata particolarmente sollecitata nel corso del 2021 dalle previsioni introdotte in tema di obbligo vaccinale e di green pass (vds. decreto legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito con legge 28 maggio 2021, n. 76 e decreto legge del 21 settembre 2021, n. 127 convertito con legge 19 novembre 2021, n. 165). Infatti, le assenze di personale sospeso per le normative sopracitate si sono sommate alle assenze di personale derivanti da misure di quarantena o da positività al virus. Preme altresì evidenziare che, stante l'urgenza di acquisire unità in sostituzione di personale assente e tenuto conto dell'impossibilità di reclutare collaboratori professionali sanitari, in particolare infermieri ed ostetriche, per brevi periodi, l'Istituto ha dovuto procedere al conferimento di incarichi di significativa durata, anche annuale, in particolare nel secondo semestre dell'anno.

Nonostante le difficoltà sopra esposte, l'Istituto ha garantito il turn-over del personale, compatibilmente con le risorse disponibili.

Alla data del 31.12.2021 il dato di forza è pari a 774 unità, comprensivo del personale universitario che corrisponde a 15 unità – 10 dirigenti medici e 5 dirigenti sanitari e del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (n. 27 unità) e del personale COVID come riportato nella tabella seguente:

	Forza al 31.12.2020	Forza al 31.12.2021	Di cui COVID al 31.12.2021
Dirigenza			
Ruolo sanitario	178	175	6
Ruolo professionale	2	2	
Ruolo tecnico	3	3	
Ruolo amministrativo	8	10	
Totale dirigenza	191	190	6
Comparto			
Ruolo sanitario	364	387	27
Ruolo tecnico	119	117	
Ruolo amministrativo	73	68	
Ruolo della ricerca	27	26	
Totale comparto	583	598	27
Totale complessivo	774	788	33

Il trend delle assunzioni/cessazioni nel triennio è rappresentato nella tabella sottostante:

	Assunzioni	Cessazioni
2021	78	64
2020	115 (compreso 32 unità di personale COVID e 5 unità di personale della ricerca)	88
2019	76 (compresi 9 ricercatori sanitari e 13 coll. Prof. Di ricerca sanitaria)	52

Percorsi di stabilizzazione

Nel corso del 2021 si è data applicazione alle disposizioni di cui all'art. 20 comma 1 del D.Lgs. 75/2017 con la conseguente stabilizzazione dei seguenti profili professionali:

Comparto	Numero unità stabilizzate
Collaboratore professionale sanitario – infermiere	1
Collaboratore professionale sanitario – ostetrica	1
Assistente amministrativo	2
Dirigente biologo	1
Dirigente amministrativo	1
Dirigente tecnico	2
Totale comparto	8

Percorsi di stabilizzazione del personale della ricerca

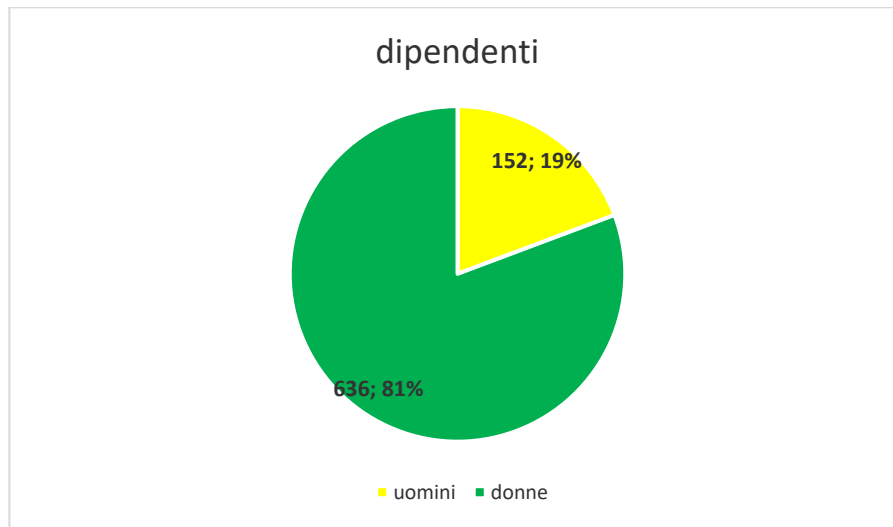
L'IRCSS è stato coinvolto nel processo di stabilizzazione del personale precario della ricerca ai sensi della L. 205/2017 (Legge di Bilancio 2018). Tal percorso è stato avviato con la sottoscrizione definitiva, avvenuta il 11 luglio 2019, del CCNL relativo al personale del comparto sanità – sezione del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

L'Istituto nel corso dell'anno 2021 ha provveduto a bandire n. 6 concorsi destinati al reclutamento di personale ricercatore e personale di supporto alla ricerca sanitaria, di cui n. 4 espletati nel corso dell'anno 2021. Le assunzioni derivanti dall'esito delle suddette procedure stanno avvenendo nel corso dell'anno 2022.

2.3 Il bilancio di genere

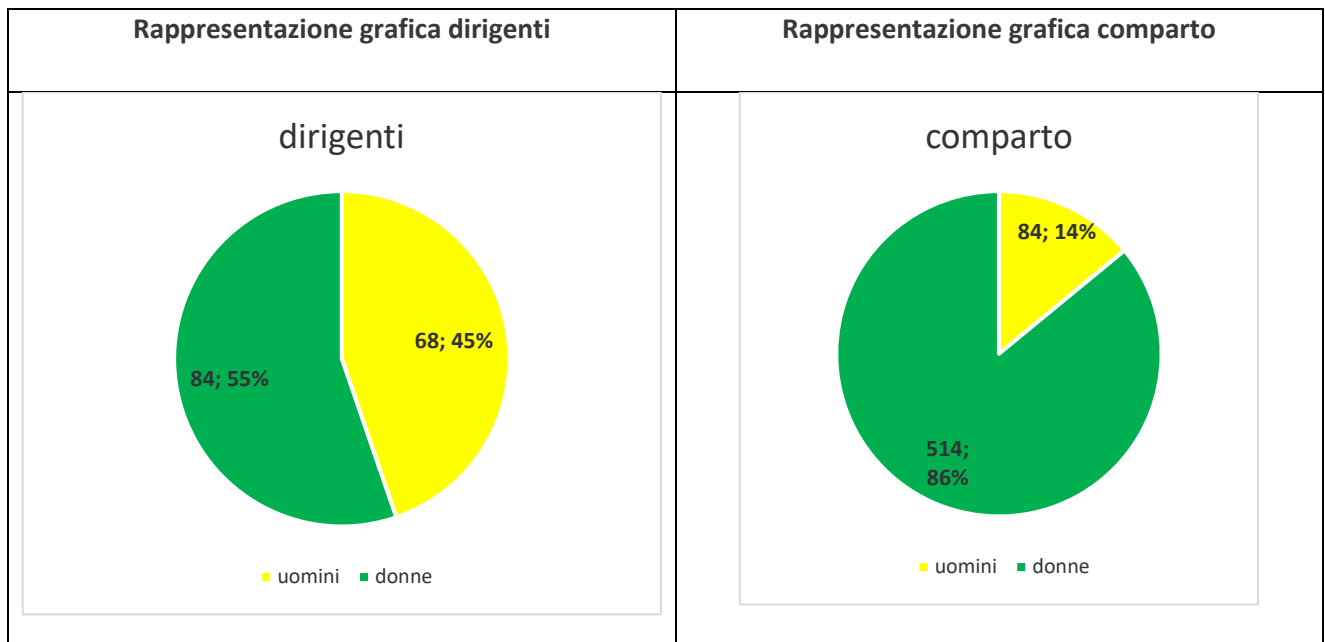
Nell'ambito delle attività del Comitato Unico di Garanzia vengono analizzati i dati del personale con particolare attenzione alle differenze di genere. Si riportano alcuni dati elaborati sulla base della scheda/questionario prevista dalla "Direttiva sulle misure per attuare parità e pari opportunità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

Situazione del personale al 31/12/2021. Personale con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato



Personale suddiviso per area contrattuale

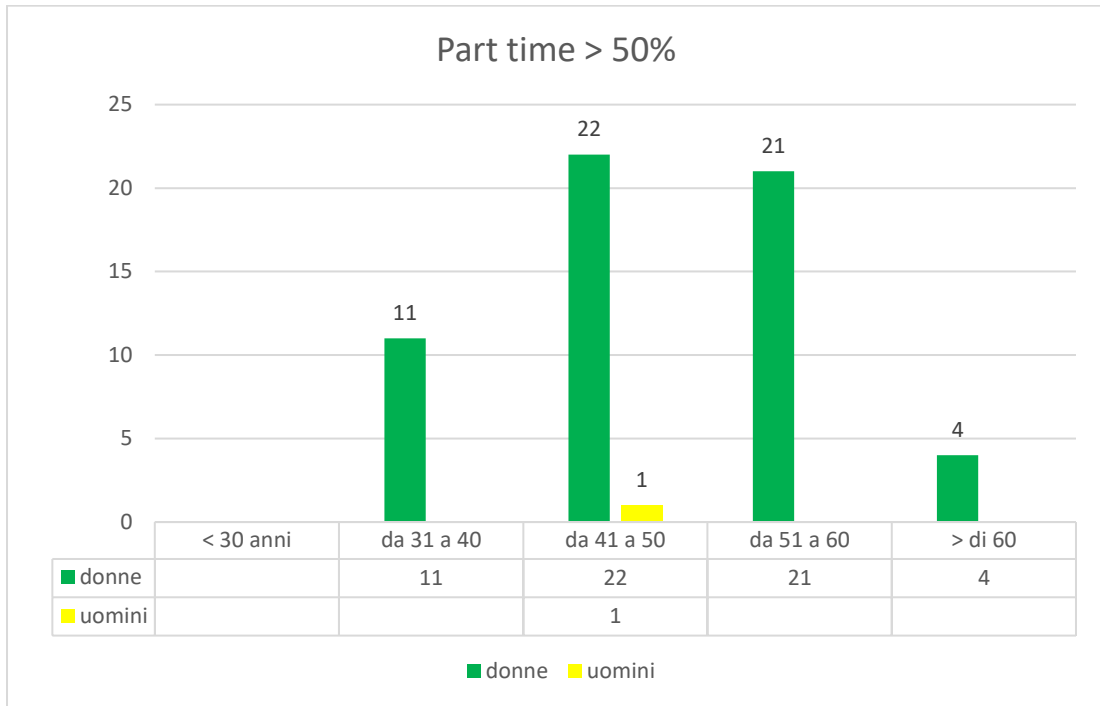
RUOLO	DONNE	UOMINI	TOTALE
Dirigenti	122	68	190
Comparto	514	84	598
TOTALE	636	152	788



RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETA' E TIPO DI PRESENZA

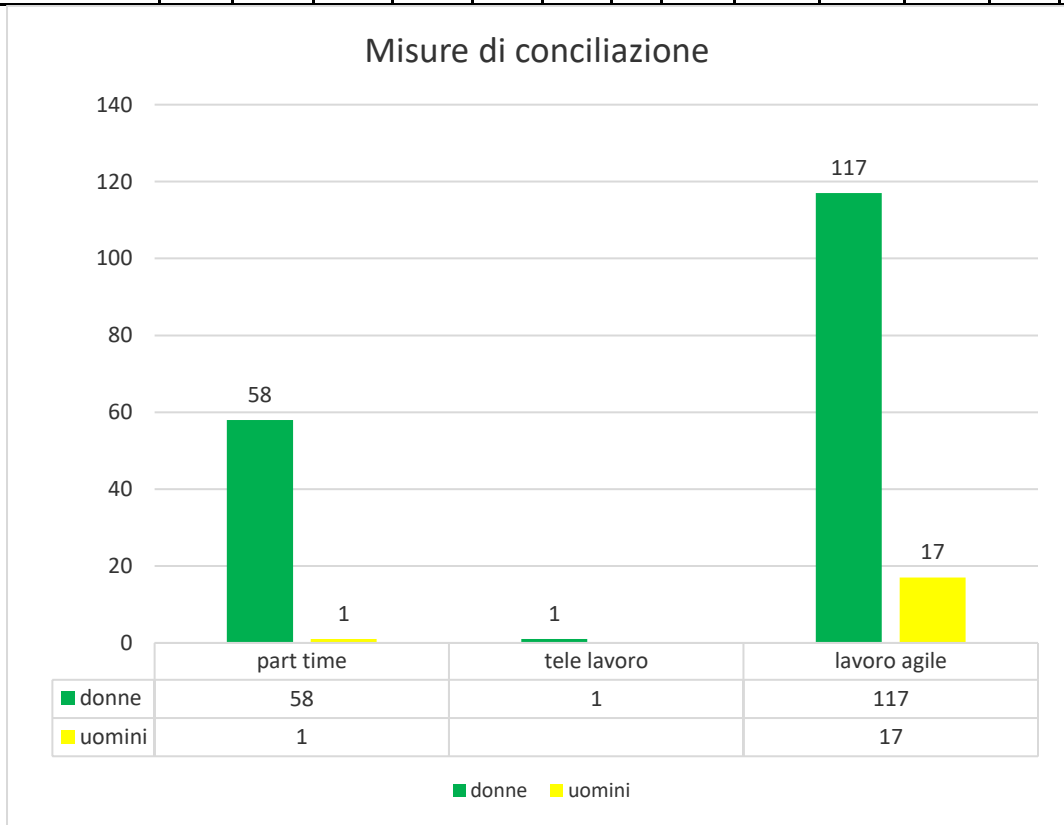
		UOMINI							DONNE						
Classi età	Tipo Presenza	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%

Tempo Pieno	11	37	38	43	22	151	99,3	78	149	130	181	40	578	90,9
Part Time >50%	0	0	1	0	0	1	0,7	0	11	22	21	4	58	9,1
Part Time <50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	11	37	39	43	22	152	100%	78	160	152	202	44	636	100%
Totale %	7,2%	24,3%	25,7%	28,3%	14,5%	100%		12,3%	25,2%	23,9%	31,76%	6,9%	100%	



FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETA'

Classi età	UOMINI							DONNE						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Personale che fruisce di part time a richiesta	0	0	1	0	0	1		0	11	22	21	4	58	
Personale che fruisce di telelavoro	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	1	
Personale che fruisce del lavoro agile	0	7	3	6	1	17		16	24	37	32	8	117	
Personale che fruisce di orari flessibili	Dato non rilevabile													
Totale	0	7	4	6	1	18		16	35	59	54	12	176	



FRUIZIONE DEI CONGEDI PARENTALI E PERMESSI L.104/1992 PER GENERE

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero permessi giornalieri L.104/1992 fruiti	20	1,62	1213	98,38	1233	100
Numero permessi orari L.104/1992 (n.ore) fruiti	0	0	648	100	648	100
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	34	1,61	2085	98,39	2119	100
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	0	0	14,5	100	14,5	100
Totale	54	1,34	3960,5	98,66	4014,5	100
% sul personale complessivo						

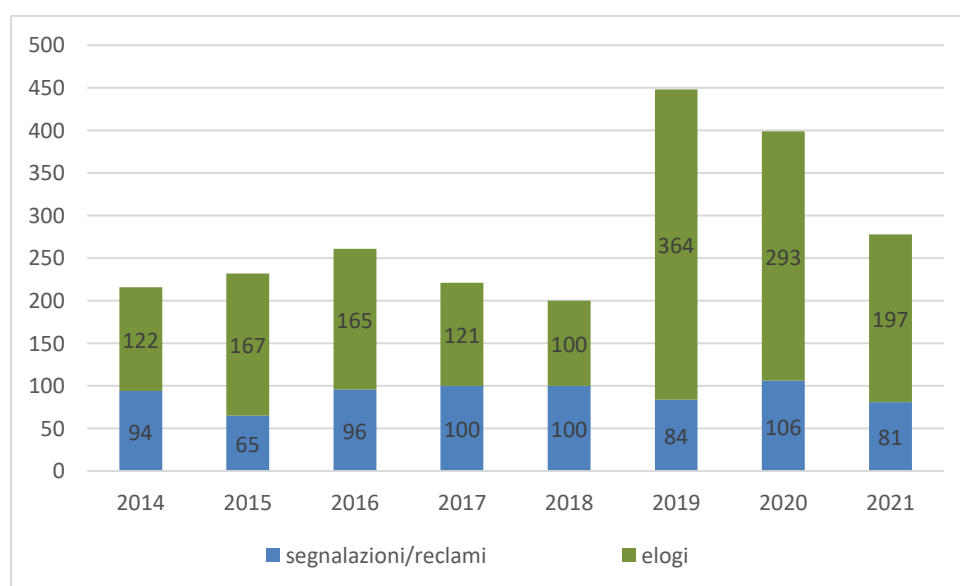
2.4 Il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali

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).

Nel corso dell'anno 2021 sono pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso diversi canali di comunicazione, 278 segnalazioni formali (alcune rivolte a più strutture), presentate da 254 persone.

Si propone la rappresentazione grafica riferita agli ultimi otto anni e relativi istogrammi:

anno	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
segnalazioni/reclami	94	65	96	100	100	84	106	81
elogi	122	167	165	121	100	364	293	197
totale contatti	216	232	261	221	199	448	399	278

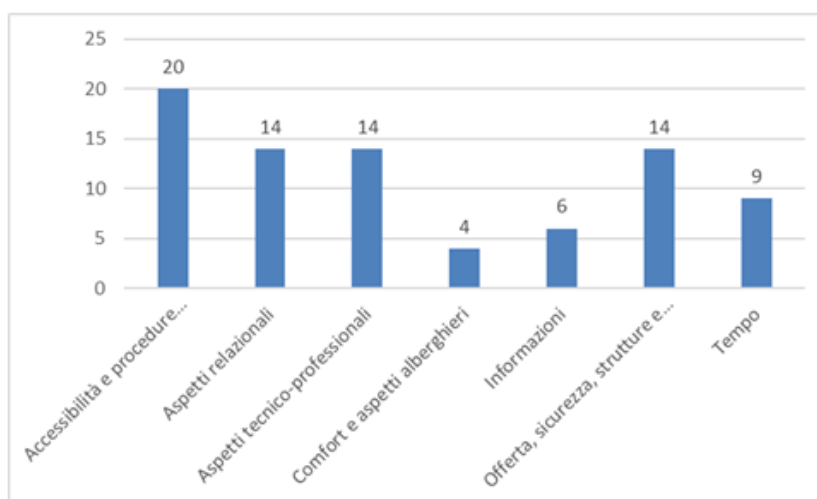


Reclami e segnalazioni, distribuiti per Dipartimento

STRUTTURA	TOTALE
Dipartimento di Pediatria	6
Dipartimento Materno neonatale e T.I.	22
Dipartimento di Chirurgia	8
Dipartimento di Diagnostica avanzata	3
Altre strutture e servizi	4
Direzione amministrativa	12
Direzione Sanitaria	25
Direzione Generale	1
TOTALE	81

Classificazione Segnalazioni/Reclami 2021, per Macrocategoria

Macrocategoria	N. Assoluto	%
Accessibilità e procedure amministrative	20	25%
Aspetti relazionali	14	18%
Aspetti tecnico-professionali	14	17%
Comfort e aspetti alberghieri	4	5%
Informazioni	6	7%
Offerta, sicurezza, strutture e logistica	14	17%
Tempo	9	11%
TOTALE	81	100%



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 2020 i tempi di risposta (data di protocollo della posta in partenza < 30 gg) sono stati rispettati nel 90% dei casi.

Le segnalazioni non formalizzate: un anno speciale.

Nella reportistica dei reclami, in genere, non vengono registrate le segnalazioni di rapida risoluzione e i contatti informativi che si realizzano nell'interfaccia quotidiano tra l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e i cittadini

che vi si rivolgono. Si tratta tuttavia di un ricco bagaglio informativo che a decorrere dall'anno 2020, l'anno della pandemia da Covid 19, è stato registrato in un database interno.

Per dare evidenza dell'effettivo andamento nelle interazioni con i cittadini, abbiamo registrato in un data base interno i contatti informativi che si sono conclusi, quasi sempre, senza la presentazione di una segnalazione o reclamo formale. Nel 2021 sono state registrate 870 segnalazioni non formalizzate.

Se a livello di segnalazioni formali, troviamo una prevalenza di elogi/segnalazioni relativi ad esperienze in specifici reparti, nei contatti per le vie brevi ci si confronta con le problematiche di rapida risoluzione attinenti all'accesso e utilizzo dei servizi, come avere il numero di telefono di una segreteria o le norme per accompagnare il minore all'ospedale. Ed è proprio perché più inerenti alla vita di tutti i giorni, che le segnalazioni non formalizzate subiscono maggiormente l'influenza del periodo che stiamo vivendo, ovvero della pandemia Covid-19.

Sono molte le persone che hanno richiesto informazioni in merito al comportamento da adottare per accedere alla struttura o che hanno domandato chiarimenti sulla prenotazione dei tamponi e l'uscita dalla quarantena. Il bisogno di spiegazioni e rassicurazioni da parte della popolazione in un periodo storico caratterizzato da un'elevata incertezza, ha fatto sì che venissero frequentemente richieste informazioni non di pertinenza dell'URP, né del Burlo Garofolo.

Un'altra categoria che si è distinta è quella "Donazioni e raccolte fondi", che compare ben 114 volte. Pur tenendo presente che non si tratta esattamente di 114 contatti diversi perché, fra aggiornamenti riguardo ad una raccolta fondi o chiarimenti per l'effettuazione del bonifico per una donazione, una singola persona può essere stata conteggiata più volte, rimane un numero considerevole. Questo dimostra l'attaccamento della popolazione al Burlo Garofolo poiché, anche in un anno socialmente ed economicamente difficile, sono state tante le persone che hanno voluto sostenere, chi più chi meno a seconda delle possibilità, l'attività dell'ospedale.

Customer satisfaction

La qualità percepita è un aspetto della qualità complessiva che concorre a definire il valore di un servizio. Valutare la qualità percepita, interrogarsi circa la soddisfazione del paziente vuol dire valorizzare la sua soggettività nella consapevolezza che le dimensioni della qualità sono molteplici e assumono diversi significati a seconda degli attori coinvolti.

Nel 2018 è stato predisposto un questionario on line, raggiungibile dalla home page del sito istituzionale, che prevede una sezione denominata: IL TUO PARERE CONTA per indagare la soddisfazione degli utenti e/o loro famigliari. Inizialmente l'adesione delle persone alla rilevazione on line è stata molto bassa:

Anno	Questionari on line
2018	13
2019	47
2020*	39
2021**	208

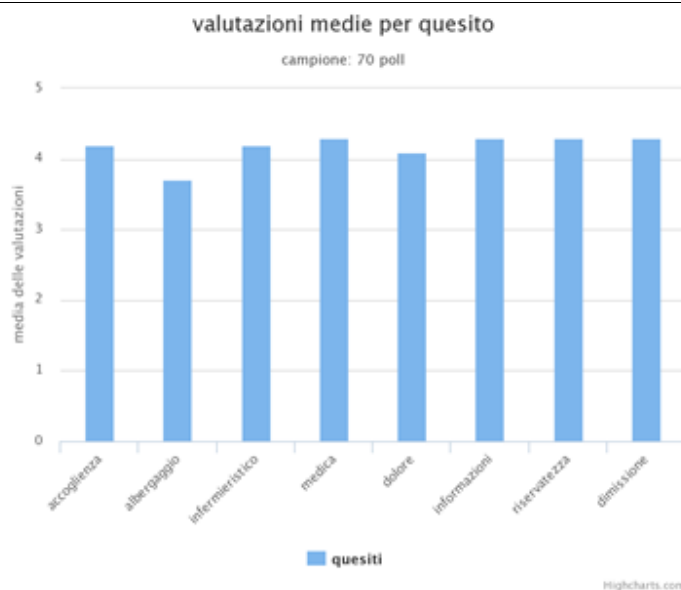
* Nel 2020 si è ritenuto di affiancare allo strumento on line, la distribuzione di analogo questionario cartaceo, tradotto anche in Inglese. (si veda la relazione su Qualità percepita 2020 in intranet).

** Nel 2021, vista la scarsa adesione da parte dell'utenza ai questionari online, si è pensato di promuovere lo strumento attraverso l'affissione di locandine a parete, in italiano e in inglese, nelle varie zone di attesa. La locandina è dotata di un QR CODE che una volta inquadrato con la telecamera del telefono, consente l'accesso alla pagina del sito web aziendale in cui sono presenti i questionari per: attività di degenza, attività ambulatoriale/day Hospital, attività di pronto Soccorso pediatrico, tecniche di Procreazione medicalmente assistita.

Qualità percepita area di degenza.

Nel corso del 2021 sono stati compilati 70 questionari, on line. 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= soddisfatto moltissimo. Gli item sono:

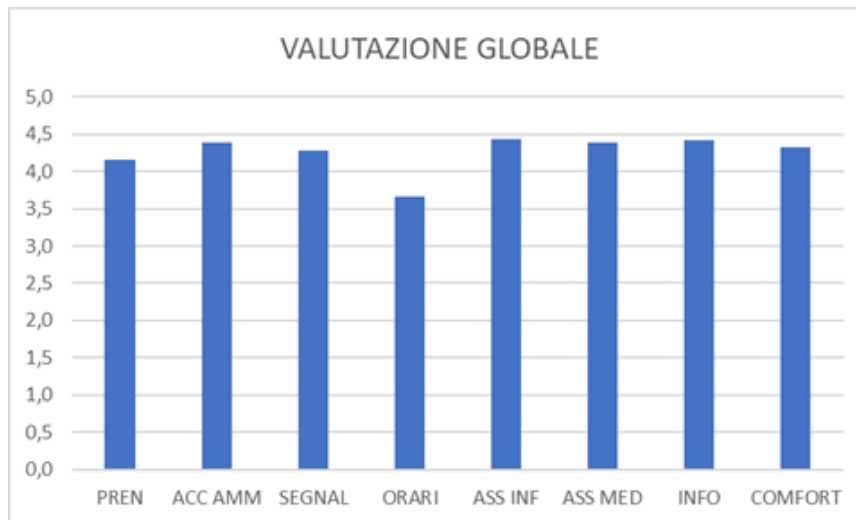
serie	item
1	Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili di cure)
2	Aspetti strutturali e alberghieri (confort della stanza, vitto, pulizia)
3	Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
4	Assistenza del personale medico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia)
5	Considerazione del dolore fisico e suo trattamento
6	Informazioni ricevute sullo stato di salute e sulle cure prestate
7	Rispetto della riservatezza personale
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)



Alla domanda “complessivamente è soddisfatta/o dell’esperienza di ricovero?” L’87,1% ha risposto SI.

Qualità percepita ambulatori/day hospital

Nel 2021 sono stati compilati 208 questionari on line.



Valutazioni da 1 a 5 (1= per niente soddisfatto, 5= soddisfatto moltissimo)

Alla domanda “complessivamente è soddisfatta/o dell’esperienza di ricovero?” L’ 81% ha risposto SI.

Per consentire alle persone di esprimere con regolarità le proprie considerazioni/valutazioni su degenze e/o attività ambulatoriali sono a disposizione dell’utenza sul sito istituzionale, nella sezione “Il tuo parere conta” alcuni questionari: uno per le degenze (dal 2018), uno per le attività ambulatoriali (da dicembre 2020), uno per il Pronto Soccorso Pediatrico (2020) e uno per il servizio di Procreazione Medicalmente Assistita.

Per l’anno 2021 non sono stati distribuiti questionari cartacei e le valutazioni sono state espresse solamente attraverso i questionari online. La presenza del QR CODE sulla locandina informativa ha stimolato gli utenti presenti nelle sale di attesa degli ambulatori a partecipare alla rilevazione della qualità percepita, mentre alcune aree delle degenze (Rianimazione, oncematologia) non hanno riscontrato alcuna adesione.

Il punto di debolezza che riscontriamo in questa rilevazione è dato dal “basso” numero di questionari compilati, tuttavia si possono fare alcune considerazioni:

- nelle aree di degenza emerge un quadro sostanzialmente positivo con punteggi generalmente alti rispetto l’assistenza medica e infermieristica. I punti di minor soddisfazione riguardano gli aspetti strutturali e alberghieri (vitto, pulizia)
- per i servizi ambulatoriali la maggior insoddisfazione riguarda i “tempi di attesa” (tra l’orario dell’appuntamento e la visita) mentre il confort e la pulizia sono valutati positivamente così come l’assistenza infermieristica e medica. Spazi di miglioramento riguardano la segnaletica e le procedure amministrative (pagamento ticket...).

Si conferma in questa rilevazione che, in linea di massima, le strutture/servizi con meno questionari sono quelle con valutazioni più basse, per effetto dell’autoselezione di un campione di “insoddisfatti”. La bassa adesione alla customer satisfaction attraverso il solo strumento on line, in particolare nelle aree di degenza, suggerisce l’opportunità di prevedere dei periodi in cui sostenere la rilevazione attraverso i questionari cartacei. La distribuzione cartacea del report verrà programmata dall’Ufficio Relazioni con il Pubblico tra giugno/settembre 2022.

3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

3.1 Misurazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti

Come previsto nel proprio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (determina del Direttore Amministrativo n. 153 dd 26/4/2022) 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 predispose 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 ARCS/DCS); gli obiettivi collegati ai tempi d'attesa sono stati valutati utilizzando la reportistica fornita da ARCS, gli obiettivi collegati al rischio clinico sono stati valutati dalla Direzione Sanitaria aziendale, utilizzando i dati registrati in un proprio database mentre i dati collegati alle firme digitali sono stati forniti dal cruscotto Insiel.

Si precisa che i livelli di raggiungimento degli obiettivi con soglia numerica sono stati valutati con il seguente criterio, così come comunicato ai responsabili e descritto nelle note di valutazione degli obiettivi stessi:

- valore 2021 inferiore al 50%: OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
- valore 2021 compreso tra il 50% e il 75%: OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 50%
- valore 2021 superiore o uguale al 75%: OBIETTIVO RAGGIUNTO IN PROPORZIONE RISPETTO ALLA SOGLIA.

Per quanto concerne l'anno 2021, il ciclo della performance è stato avviato con:

- Piano attuativo ospedaliero (PAO), redatto in coerenza con le Linee per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale emanate dalla Giunta Regionale (adottato con decreto DG n. 29 dd 14/4/2021)
- Piano della performance/Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2021-2023 (decreto DG n. 107 dd 2/9/2021)
- Documento di "Assegnazione per l'anno 2021 del budget ai centri di attività e di risorsa" (decreto DG n. 73 dd 25/6/2021), così come integrato e modificato dal decreto di rinegoziazione del budget 2021 "Rinegoziazione budget 2021 – integrazione e modifica del decreto n. 73 dd 25/6/2021" "Assegnazione per l'anno 2021 del budget ai centri di attività e di risorsa" (decreto DG n. 147 dd 30/11/2021)
- Documento "Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2021 per la dirigenza area sanità" (decreto DG n. 92 dd 23/8/2021) e

“Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali per l’anno 2021 per il comparto e la dirigenza PTA” (decreto DG n. 143 dd 29/11/2021).

Il monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento degli obiettivi al 31/8/2021 è stato effettuato dalla SSD Programmazione e controllo nei mesi di agosto e settembre 2021 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 ed è stato oggetto di incontri dipartimentali. L’attività di monitoraggio, unitamente alle variazioni nella programmazione causate dall’emergenza epidemiologica in corso, ha portato alla formalizzazione della rinegoziazione del budget 2021 (decreto DG n. 147 dd 30/11/2021).

Il ciclo della performance 2021 è stato illustrato e condiviso con l’Organismo Indipendente di Valutazione che, nella seduta del 27/4/2022, ha formalmente approvato la “Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni – Anno 2021”.

Il percorso valutativo si è concluso successivamente alla scadenza del 30/6/2022 in quanto, in quanto, a causa dell’emergenza epidemiologica collegata al Covid-19, la redazione del bilancio d’esercizio 2021, contenente la sintesi dei risultati aziendali del 2021 è stata posticipata al 31/5/2022, ai sensi dell’art. 11-ter, comma 1, lett a) della L. n. 25 dd 28/3/2022 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. 73/2021 e successivamente rinegoziati, con decreto DG n. 147/2021.

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;
- ai volumi di attività erogati per riportare i livelli di assistenza ai valori precedenti la pandemia;
- 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;
- alla partecipazione alle iniziative di formazione in tema di sicurezza dei lavoratori;
- alla produzione scientifica;
- al rispetto degli obiettivi esplicitati nel vigente PTPCT, così come previsto dalla normativa vigente;
- al mantenimento della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015 per le strutture che aderiscono ai percorsi di accreditamento volontario e di accreditamento richiesto dal Centro Nazionale Trapianti e al mantenimento dei requisiti necessari per l’accreditamento istituzionale.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi pesati, assegnati a ciascuna Struttura, viene formalmente attestato, dal Direttore Generale o Amministrativo o Sanitario o Scientifico, in base all'afferenza della struttura considerata, secondo l'organigramma previsto dall'atto aziendale vigente.

Livello di raggiungimento degli obiettivi 2021 collegati alla retribuzione di risultato ed alla produttività collettiva (Performance organizzativa)

Struttura	% raggiungimento 2021	
	Dirigenza	Comparto
S.C. GENETICA MEDICA	72%	-
S.C.R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE	89%	-
S.C. RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	100%	-
S.C. R EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	100%	100%
S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE	100%	-
S.C. PEDIATRIA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	99%	-
S.C.U.CLINICA PEDIATRICA	74%	-
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	89%	-
S.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	91%	-
S.C. CHIRURGIA	78%	-
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA PEDIATRICA	82%	-
S.C. OCULISTICA	83%	-
S.C. ORTOPEDIA	64%	-
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	72%	-
S.C.U. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	69%	-
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	82%	-
S.C. NEONATOLOGIA	97%	-
S.S.D.R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	76%	-
S.C.R. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	87%	-
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	86%	-
S.S.D.PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100%	100%
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	-	100%
UFFICIO FORMAZIONE	-	95%
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	100%	100%
SSD POLITICHE DEL PERSONALE	96%	97%
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVIGIONAMENTI	100%	99%
S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	100%	100%

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	100%	100%
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	87%	95%
DIPARTIMENTO GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA	100%	100%
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	85%	90%
S.S.D. FARMACIA	100%	
S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	97%	97%
DIREZIONE SANITARIA	90%	90%
DIREZIONE SCIENTIFICA	100%	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 2021-2023.

Per quanto concerne l'armonizzazione degli obblighi di trasparenza con la disciplina della tutela dei dati personali, va evidenziato 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.

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 promuovere e attestare, a norma dell'art. 14, comma 4 lett. g) del D.Lgs 150/2009 e s.i.m., l'assolvimento annuale degli obblighi di trasparenza e integrità, si precisa che, con documento di attestazione dd. 9.6.2022 trasmesso all'ANAC il 25.6.2022 e contestualmente pubblicato sul sito dell'Istituto, l'OIV dell'IRCCS ha verificato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'ente, entro il nuovo termine del 30/6 disposto con Delibera ANAC n. 201/2022. L'organismo ha attribuito punteggio pieno in relazione a tutte le sezioni e sotto-sezioni oggetto di analisi, rilevando, nell'ambito della sezione "Collaboratori e consulenti", una parziale pubblicazione dei curricula vitae limitata alla sotto sezione "altri incarichi"; la segnalazione è stata presa in carico dai competenti uffici dell'Istituto. Rispetto al suggerimento dato in sede dell'incontro finalizzato al rilascio della precedente attestazione, consistente nell'opportunità 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, si evidenzia che l'ente ha effettuato una riorganizzazione di alcune sezioni, in particolare la predetta "Consulenti e collaboratori" allo scopo di ottemperare a quanto segnalato.

Il monitoraggio dello stato di attuazione del Piano è stato svolto dal RPCT attraverso una prima fase che si è conclusa con una relazione prodotta entro il 31.8.2021 e una seconda fase articolata in specifici incontri di audit con le singole articolazioni aziendali, tenutisi nel mese di novembre 2021; il monitoraggio 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. Le risultanze vengono riportate nella tabella sotto riportata e sono state oggetto della Relazione annuale 2021 redatta dal RPCT secondo le indicazioni fornite dall'ANAC, pubblicata sul sito aziendale nell'apposita sezione di Amministrazione trasparente "altri contenuti – prevenzione della corruzione" entro i termini previsti dalla normativa, nonché inviata all'OIV e all'Organo di vertice con nota prot. n. .135 dd. 27.1.2022.

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 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.

L'Istituto dà applicazione al "*Regolamento per il trattamento dei dati personali*" dell'IRCCS Burlo Garofolo adottato con decreto DG n. 159 dd. 31.12.2020, corredato dei relativi atti ("*Informativa ai dipendenti e collaboratori*", "*Nomina responsabili esterni*", "*Nomina dei Responsabili interni*" e "*Nomina degli autorizzati*").

SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI	SCADENZA ANNO 2021/2023	MONITORAGGIO ANNO 2021
Direzione Generale su proposta del RPCT	Adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza	Entro il 31 gennaio di ciascun anno (per il 2021 termine differenziale 31 marzo, vedi comunicato ANAC del 2/12/2020)	31/03/2021	Decreto n. 23 del 31.3.2021
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale e divulgazione a tutto il personale	Entro 30 giorni dall'atto di adozione del piano	30/04/2021	Pubblicato e divulgato in data 31.3.2021
Tutte le strutture aziendali individuate dal PTPT	Adeempimento degli obblighi di trasparenza come previsti dalla normativa vigente e dal PTPT	Termini previsti dall'allegato 3 del PTPT 2021/2023	Vedasi allegato 3	Vedasi monitoraggio trasparenza
Centro di Formazione aziendale	Adozione del Piano della formazione comprensivo di iniziative dedicate ai temi correlati alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza per l'anno 2021	Entro il 31 marzo 2021	31/03/2021	Decreto n. 25 del 31.3.2021
Responsabili dei processi (process owner in collaborazione con le articolazioni coinvolte nel processo)	Attività previste nell'allegato 1 "Registro dei rischi"	In corso d'anno 2021 con scadenze previste nell'allegato 1 del PTPT 2021/2023 - Registro dei rischi.	Vedasi allegato	Vedasi risultanze verbale prot. n. 1964/2021 e relazione RPCT 2021
Responsabili dei processi (process owner)	Monitoraggio intermedio del grado di raggiungimento degli indicatori di tutte le misure implementate per singoli processi. Trasmissione al RPCT di una relazione sulle attività svolte rispetto alle prescrizioni ricevute e/o contenute nel piano. In caso di mancato adempimento i Responsabili devono specificare le motivazioni per le quali non è stato possibile attuare le azioni prescritte (nella relazione i responsabili delle strutture)	Entro il 31/07/2021	31/07/2021	Tutte le strutture interessate hanno prodotto la relazione di rispettiva competenza, dando evidenza delle verifiche effettuate in merito all'adozione e applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel PTPT e all'attuazione di ulteriori misure individuate per ciascuno dei settori citati nel Piano
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Produzione file riepilogativo di tutte le valutazioni e le misure proposte per i processi indicati nel punto precedente ed oggetto di monitoraggio intermedio e invio del file al Gruppo multidisciplinare	Entro il 31/8/2021	31/8/2021	Relazione prodotta il 27/8/2021
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Proposta di inserimento nel piano annuale della formazione 2022 di ulteriori attività formative in materia di lotta alla corruzione	Entro il 30/11/2021	30/11/2021	Proposta trasmessa via procedura telematica entro i termini
Responsabile RPCT - Gruppo multidisciplinare - Responsabile del processo (Process owner) - Responsabile Ufficio Qualità aziendale	Audit di verifica su: - Monitoraggio finale del grado di raggiungimento degli indicatori per tutte le misure implementate per i soli processi con rischio moderato, elevato, molto elevato. - Conformità della rivalutazione (scheda) dei processi a rischio, alla luce dell'abbattimento o meno dovuto alle misure introdotte. - Conformità della conferma o meno del grado di basso rischio, attraverso scheda, per i processi il cui risultato è inferiore o uguale a 3. Eventuale integrazione della mappatura dei processi, individuando contestualmente le aree maggiormente a rischio	Entro il 30/11/2021	30/11/2021	Audit conclusi entro il 30/11/2021, risultanze riepilogate nel verbale prot. n. 1964/2021
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Relazione annuale secondo le modalità stabilite dall'ANAC, invio al Direttore Generale, all'O.I.V. e conseguente pubblicazione sul sito web aziendale	Entro i termini di legge (per l'anno 2021 termine differito al 31 gennaio, vedi comunicato ANAC del 17/11/2021)	31/03/2021	Relazione pubblicata entro i termini e trasmessa all'OIV e Organo di vertice con nota prot. n. 135 del 27.1.2022

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 individuato le progettualità 2021, coerentemente alle linee di pianificazione aziendale ed ai criteri stabiliti a livello regionale, formalizzandole con proprio decreto DG n. 92/2021 per la dirigenza dell'area sanità e n. 143/2021 per il comparto e la dirigenza PTA.

I progetti RAR sono generalmente 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 dalla struttura SSD Programmazione e Controllo).

Si riporta nell'allegato 1 una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti RAR afferenti all'area della Direzione Amministrativa e Generale (valutazione del Direttore Amministrativo – nota prot. 869/2022) ed una sintesi della percentuale di raggiungimento dei progetti RAR afferenti alla Direzione Sanitaria (valutazione del Direttore Sanitario – nota prot. 871/2022).

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 Area sanità;
- 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 2021, 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.

L'Istituto è in possesso del 96% delle schede individuali del personale del Comparto, dell'98,85% della Dirigenza area sanità e del 100% dei soggetti valutabili della Dirigenza PTA.

Per le restanti schede si precisa che sono state inviate al personale interessato e per giustificati motivi alcune non sono attualmente pervenute alla data di redazione della presente relazione.

Gli esiti delle valutazioni, che vengono inseriti nel fascicolo personale del dipendente, sono indicati negli schemi sottostanti, che si basano su scale distinte a seconda dell'Area Contrattuale di appartenenza:

SCHEDE DIRIGENZA AREA SANITÀ:

Punteggio minimo	22,5
Punteggio massimo	34,5
Numero dirigenti area sanità da valutare	174
Numero medici valutati	149
Numero sanitari valutati	23

Percentuale dirigenti medici e sanitari valutati: 98,85%

		medici		sanitari	
		num.	%	num.	%
ottima	fino a 34,5	120	80,54%	18	78,26%
media	fino a 30	26	17,45%	3	13,04%
sufficiente	fino a 25	3	2,01%	2	8,69%
NEGATIVA	<20,7	0	0%	0	0%
Totale		149	100%	23	100%

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

Sono stati valutati 13 Dirigenti su 15 in forza al 31/12/2021, in sintesi il 100% dei valutabili poiché due dirigenti erano in aspettativa per tutto l'anno 2021; complessivamente hanno ottenuto il 67,29% degli item con giudizio Ottimo, il 31,78% con giudizio Buono, il 0,93% con giudizio Discreto, nessun giudizio Sufficiente.

SCHEDA DEL PERSONALE DEL COMPARTO:

Media valutazione annuale 2021 del Comparto

Punteggio minimo 22
Punteggio massimo 48

Numero Comparto da valutare 586
Numero Comparto valutati 563

Percentuale valutati 96%

		comparto	
		num.	%
ottima	da 40 a 48	470	83,48%
media	da 31 a 39	86	15,28%
sufficiente	da 21 a 30	7	1,24%
NEGATIVA	inferiore a 21	0	0%
Totale		563	100%

Nel 2021 sono stati adottati con i decreti del Direttore Generale n. 167 e n. 170 del 30.12.2021 il Regolamento sulla valutazione del personale dirigente dell'area sanità e il Regolamento per la valutazione della performance individuale del comparto sanità, entrati in vigore dal 2022. Tali regolamenti hanno definito i principi generali del nuovo sistema di valutazione dei dirigenti dell'area sanità e del comparto. In particolare per quanto concerne la valutazione annuale collegata alla performance individuale sono stati definiti: i soggetti ed i livelli della valutazione annuale, i valutatori, la metodologia di valutazione, le procedure di conciliazione e gli effetti della valutazione. I regolamenti hanno inoltre introdotto nuove schede di valutazione individuali ed hanno demandato i criteri di attribuzione della performance alla contrattazione integrativa.

Per quanto riguarda il **personale del comparto per l'anno 2021** i criteri per la remunerazione della performance individuale sono stati definiti in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 10468/2021), così come precisato nel Sistema di Valutazione dell'IRCCS Burlo (determina 153/2022), e sono i seguenti:

- Performance individuale: l'ammontare delle risorse disponibili per la remunerazione dell'apporto individuale è stata definita in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 10468/2021). Concorrono all'attribuzione del premio individuale esclusivamente i dipendenti che abbiano conseguito, nell'anno di riferimento, una valutazione positiva individuale e appartenenti solo a quelle strutture che hanno raggiunto risultati superiori all'80%. Individuati i potenziali percettori, viene stilata una graduatoria e applicata le seguenti percentuali con le relative quote teoriche del premio ai fini dell'individuazione dei destinatari:

percentuali da applicare alla graduatoria	Quota teorica massima premio individuale
50% con valutazioni più elevate	€ 160,00
50% successivi	€ 140,00

- In caso di punteggio uguale tra due o più dipendenti che si contendono l'ultimo posto nella percentuale di riferimento, al fine di individuare il destinatario del premio, si applicano i seguenti criteri, in ordine di priorità:
 - Assenza di sanzioni disciplinari applicate nell'anno di riferimento;
 - Maggiore presenza in servizio nell'anno.
- Maggiorazione della performance individuale: ai primi 56 dipendenti classificati nella graduatoria di cui sopra, viene erogata una maggiorazione del premio individuale dell'importo di € 45,00, pari al 30% della quota media del premio stesso in applicazione dell'art. 82 del CCNL 21.5.2018.

La relativa documentazione è conservata agli atti della SSD Politiche del Personale.

Per quanto riguarda il **personale della dirigenza dell'area sanità per l'anno 2021** i criteri per la remunerazione della performance individuale sono stati definiti in sede di contrattazione integrativa (accordo sindacale prot. 8740/2021), così come precisato nel Sistema di Valutazione dell'IRCCS Burlo (determina 153/2022), e sono i seguenti:

- Performance individuale: l'ammontare delle risorse disponibili per la remunerazione dell'apporto individuale è stato definito in sede di contrattazione integrativa. La contrattazione ha individuato il valore della performance individuale e il numero massimo di percettori come segue:

	Numero percettori	importo
Dirigenti medici	76	452,97
Dirigenti sanitari	12	242,37
Dirigenti delle professioni sanitarie	1	175,30

L'individuazione dei percettori avviene mediante la formulazione di una graduatoria delle valutazioni più elevate ponderate con i livelli di raggiungimento dei risultati prestazionali e di gestione conseguiti in coerenza con gli obiettivi di budget, secondo le risultanze positive dei sistemi di valutazione. La relativa documentazione è conservata agli atti della SSD Politiche del Personale.

Per quanto riguarda la dirigenza PTA, la definizione dei criteri generali e di attribuzione della performance organizzativa ed individuale sarà oggetto di ridefinizione nel corso dell'anno 2022.

La valutazione della performance individuale è estesa a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale.

La valutazione avviene a consuntivo nell'anno successivo a quello oggetto di valutazione.

4. Il processo di redazione della relazione sulla performance.

4.1 Modalità e tempistiche di redazione della Relazione 2021

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, la SC Gestione Economico Finanziaria relativamente all'analisi dei dati di bilancio e l'URP per quanto concerne

il coinvolgimento dei cittadini/utenti finali, il CUG nella parte relativa al bilancio di genere e il RPCT aziendale per la parte relativa all'anticorruzione e trasparenza.

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 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

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

Successivamente all'approvazione del regolamento per la valutazione individuale dell'area della dirigenza PTA, si provvederà al tempestivo aggiornamento del proprio Sistema di Valutazione.

L'attività di monitoraggio e rendicontazione finale degli obiettivi ha evidenziato la necessità di provvedere allo snellimento della numerosità degli obiettivi di budget da assegnare alle singole strutture, privilegiando obiettivi specifici per ogni singola struttura operativa, affinché siano maggiormente aderenti all'attività effettivamente svolta.

Allegati.

Allegato 1: Livello di raggiungimento dei progetti RAR 2021

Progetti afferenti all'Area del Direttore Amministrativo

AREA PTA

N° identificativo obiettivo	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	% raggiungimento
1	Garantire il supporto amministrativo e tecnico nel corso dell'emergenza epidemiologica collegata al COVID 19	SC Affari Generali e Legali	100%
2		SSD Politiche del personale	100%
3		SC Ingegneria Clinica informatica ed Approvvigionamenti	100%
4		SC Gestione Tecnica e realizzazione del Nuovo Ospedale	100%
5		SC Gestione economico Finanziaria	100%
6		SSD Programmazione e Controllo	100%
7		Dip Gestione Tecnico amministrativa	100%
8		Direzione Scientifica	100%

AREA SANITA'

N° identificativo obiettivo	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	% raggiungimento
1	Gestione dei dispositivi COVID	SPPA	100%

AREA COMPARTO

N° identificativo obiettivo	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	% raggiungimento
7	Assicurare una corretta e tempestiva informazione sulle disposizioni nazionali, regionali e aziendali nonché sulle modifiche organizzative atte a contenere l'emergenza epidemiologica Covid 19	Ufficio Relazioni con il pubblico e comunicazione	100%
8	Erogazione della formazione residenziale nel periodo dell'emergenza Covid-19 attraverso l'e-learning	Ufficio Formazione	100%
9	Supporto alle istanze presentate dalle lavoratrici a tutela della maternità e infezione da COVID- 19	SPPA	100%
18	Garantire il supporto amministrativo e tecnico nel corso dell'emergenza epidemiologica collegata al COVID 19	Personale SC AGL	100%
19		Personale SSD Politiche del personale	100%
20		Personale SC Ing clinica e approvvigionamenti	100%
21		Personale SC Gestione Tecnica	100%
22		Personale SC GEF	100%
23		Personale Direzione Scientifica	100%
24		Personale Programmazione e controllo	100%
25		Progetto Personale Burlo in ASUI GI: trattamento economico	100%
26		Progetto Personale Burlo in ASUI GI: previdenza e segreteria	100%
27		Segreteria Dir Strat e segreteria DS	Non utilizzata

Progetti afferenti all'Area della Direzione Sanitaria

DIRIGENZA MEDICA

N° identificativo obiettivo	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	% raggiungimento
1	Gestione dei dispositivi CoVID	SSD Farmacia	100%
2	Organizzazione seduta vaccinale	SSD Farmacia	100%
3	Supporto alla direzione sanitaria nella revisione dei percorsi e processi organizzativi per la gestione dell'emergenza pandemica	SC Direzione Professioni sanitarie	100%
5	Organizzazione seduta vaccinale	SSD Direzione medica di Presidio	100%
6	Intervento Psicologico COVID-19: Continuazione del progetto di sostegno psicologico dedicato a genitori e donne	Ufficio Continuità Assistenziale	100%
7	Era Covid. Verifica degli scostamenti dagli standard di certificazione e accreditamento Introduzione degli audit interni a distanza	Ufficio Qualità	100%
8	Pronta disponibilità	Tutte le strutture	Vedi tabella dettaglio
9	Clinica Ostetrico ginecologica	Garantire la continuità assistenziale in corso di pandemia COVID	100%
	Fisiopatologia della Riproduzione e PMA		
	Gravidanza a rischio		
	Medicina Fetale e Diagnosi prenatale		

10	Garantire l'attività chirurgica a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR nel periodo marzo-aprile	Anestesia e Rianimazione	100%
11	Assicurare l'attività chirurgica nell'ambito del piano di recupero delle attività post COVID	Anestesia e Rianimazione	100%
12	Garantire il servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN)	TIN	100%
13	Assicurare la continuità delle cure in urgenza in corso di pandemia COVID	TIN	100%
14	Identificazione delle differenze dei sintomi covid fra 1° e 2° fase per un miglior inquadramento diagnostico	Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	100%
15	Garanzia della refertazione 7 gg su 7	Area Diagnostica di Laboratorio	100%
16	Assicurare la continuità delle cure in urgenza in corso di pandemia COVID	Pediatria d'Urgenza e PS pediatrico	100%

DIRIGENZA PTA (SC Afferenti alla Direzione Sanitaria/Dipartimenti clinici)

9	Identificazione delle differenze dei sintomi covid fra 1° e 2° fase per un miglior inquadramento diagnostico	SC Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	100%
---	--	---	------

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

N° identificativo obiettivo	Applicazione accordo regionale - Obiettivi prioritari e strategici	Strutture coinvolte / Aree	% raggiungimento
0	Progettualità ed innovazione organizzativa a carattere di cura e tecnico-assistenziali in area Materno Infantile presso l'IRCCS Burlo Garofolo nell'anno 2020.	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100%

1	Garanzia della continuità assistenziale e tecnica dei servizi, delle attività amministrative, utili a garantire il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID ed il proseguo delle attività in essere e di riorganizzazione delle funzioni in occasione di assenze improvvise o richiesta di congedi COVID	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100% (periodo gennaio-novembre)
2	Garanzia assistenziale e tecnica specifica per la gestione dell'emergenza sanitaria "COVID"	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100%
3	Riorganizzazione dell'attività assistenziale diretta e indiretta per il contenimento dei tempi di attesa ed il rispetto delle precauzioni di contenimento dell'epidemia COVID19 per le prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e BO, Day Surgery e Day Hospital	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100%
4	Garanzia del trasporto neonatale e pediatrico in emergenza in particolare in condizioni COVID	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100%
5	Garanzia e miglioramento, anche in corso di epidemia COVID, dell'organizzazione dei servizi, delle risposte di cura, della continuità assistenziale	personale del comparto afferente alla SC Direzione delle Professioni sanitarie	100%
6	Covid e allattamento	personale del comparto afferente alla SC R Epidemiologia	100%
10	Attivazione delle procedure l'individuazione delle mancate disdette edelle prestazioni erogate ma non corrisposte relative al periodo dell'emergenza epidemiologica:	CUP	100%
12	Partecipare alla campagna vaccinale anti covid	Direzione Sanitaria/ Direzione Generale/ Dir Prof san	100%
13	Incontri di monitoraggio con Consultori Familiari e UOBA ASUGI su percorsi di continuità assistenziale in un contesto condizionato dalla pandemia	Ufficio Continuità Assistenziale	100%
14	Assicurare l'esecuzione della Point Prevalence Surveillance (PPS) in un contesto condizionato dalla pandemia	Sorveglianza sanitaria	100%
15	Analisi dei rischi relativa al processo "Accesso al Pronto Soccorso dell'IRCCS Burlo Garofolo	Ufficio qualità	100%

16	implementazione scheda informatizzata per l'incident reporting	Ufficio rischio clinico	100%
17	Revisione del percorso chirurgico del bambino affetto da autismo in corso di pandemia Covid	Direzione Sanitaria/ Programmazione chirurgica	100%

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: 23/08/2022 11:21:46

IMPRONTA: 4FA624227E43B924BF6EBD63859143C1BBC5AF04EEB4C25ED2033AB121F92B09
BBC5AF04EEB4C25ED2033AB121F92B095694DA48EE4E892CA03DF8DF47EA4BA2
5694DA48EE4E892CA03DF8DF47EA4BA2A99322DF34B1630E6A156A67D6C5AC7F
A99322DF34B1630E6A156A67D6C5AC7FDF998EA9B80973FB5BB87F3BD6F34A15