

ALL N. <sup>1</sup>  
N° 284 DEL 28 GIU 2022  
ALLA DDG

Allegato A)

istituto nazionale di gastroenterologia

de Bellis - Castellana Grotte



IRCCS

## Relazione sulla Performance.

Anno 2021



Documento redatto da:

dott. Michele Albino Di Lorenzo

Dirigente Amministrativo U.O.S. Pianificazione e Controllo

Approvato dal Direttore Generale

dott. Tommaso Antonio Stallone

Direttore Sanitario

dott. Roberto Di Paola

Direttore Amministrativo

dott. Francesco Luongo





## INDICE

1. Introduzione alla relazione annuale sulla performance 2021.....	4
2. Gli obiettivi strategici e generali .....	8
3. Il contesto verificatosi e le attività svolte.....	14
3.1. Contesto interno ed attività svolte .....	14
4. Il ciclo della performance relativo 2021 .....	28
5. Analisi della performance.....	30
5.1. Principali risultati raggiunti: accountability.....	30
5.2. Analisi del contesto e delle risorse umane.....	35
5.3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa .....	36
5.3.1. Obiettivi specifici annuali dell'amministrazione nel suo complesso .....	36
5.3.2. Obiettivi specifici (visione triennale) .....	46
5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità.....	47
5.4. Misurazione e valutazione della performance individuale .....	50
6. Allegati.....	51



## 1. Introduzione e perimetro della relazione annuale sulla performance 2021

### Premessa

*La presente relazione è stata approntata seguendo le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, identificate come "Relazione annuale sulla performance N.3, Novembre 2018", riportando i risultati conseguiti rispetto alle attese programmate in termini di performance 2021, nel rispetto della disciplina di approvazione da parte dell'organo politico, di validazione dell'OIV e pubblicazione sul sito istituzionale, secondo le indicazioni del D.Lgs. 33/2013.*

Il piano delle performance per il 2021 (Piano), adottato con Deliberazione del DG n.29 del 31/01/2021 avente oggetto "Piano della performance 2021 - 2023: Obiettivi Generali 2021", ha identificato il perimetro di trattazione strategica da parte della Direzione Aziendale, delineando con gli obiettivi generali le attese in termini di performance per il 2021.

Le strategie individuate e da attuarsi hanno rappresentato le direzioni verso cui orientare le risorse e sviluppare le attività attraverso le azioni necessarie da mettere in campo per il miglioramento delle performance dell'IRCCS.

In termini programmatici, il quadro di performance organizzativa delineato, col fine di essere declinato alle varie strutture dell'Istituto, si orientava al soddisfacimento del bisogno di salute della Persona attraverso il perseguimento, in riferimento alle patologie epato-gastroenterologiche e ai disturbi del metabolismo e dell'alimentazione, di obiettivi di formazione e di ricerca, prevalentemente traslazionale in campo biomedico e in quello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e cura.

Con tale prerogativa la finalità è stata identificata nel Piano dai seguenti punti:

- *il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito gastroenterologico, quale struttura di riferimento regionale di secondo livello;*
- *la valorizzazione della didattica ai fini della formazione di professionisti nell'ambito delle patologie epato-gastroenterologiche, anche in collaborazione con Università e altri Enti di ricerca e di formazione sia nazionali che internazionali;*
- *l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del SSR e delle Aziende Sanitarie Universitarie;*
- *la partecipazione all'attuazione del Piano Regionale della Salute;*
- *la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del SSR Puglia, missione definita come tutela della salute nella sua globalità in relazione al quadro di risorse a ciò destinate;*
- *l'adesione alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie oncologiche, gastroenterologiche e dei disturbi dell'alimentazione e, più in generale, in quelle di competenza dell'Ente;*
- *l'inserimento dell'Ente in ambiti di ricerca europea ed internazionale.*





A tali focus il Piano collocava l'IRCCS quale struttura inserita nel Sistema Sanitario Regionale col fine di proporre:

- lo sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito epato-gastroenterologico e di scienze dell'alimentazione;
- il potenziamento della ricerca traslazionale in epato-gastroenterologia, prevalentemente in specifici settori della chirurgia dei tumori intestinali, pancreatici ed epatici, delle patologie croniche dell'intestino e dei disturbi dell'alimentazione;
- il soddisfacimento delle necessità legate alle richieste territoriali di indagini endoscopiche di II livello e di attività diagnostiche ed assistenziali epato-gastroenterologiche mediche e chirurgiche;
- lo sviluppo di un'attività formativa in ambito epato-gastroenterologico e scienze dell'alimentazione, per la crescita continua delle competenze dei professionisti dell'Ente;
- l'impegno a svolgere anche un ruolo guida nella informazione e formazione della cittadinanza (empowerment) per la prevenzione e la cura delle malattie gastroenterologiche e connesse all'alimentazione nelle diverse età della vita: per esempio la prevenzione e cura della obesità e delle intolleranze alimentari.

Il ragionamento strategico elaborato ha visto l'Istituto orientato a raggiungere sempre più alti livelli di integrazione tra ricerca ed assistenza, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale, al fine di poter fornire sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali per continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale e nazionale della ricerca e assistenza in campo sia epato-gastroenterologico che dei disturbi dell'alimentazione.

Quanto elaborato dal piano si è concretizzato nella seguente prerogativa di budget in veste Balanced Scorecard (BSC), pronta per essere declinata sulle strutture deputate a concretizzare tali aspettative.

Di seguito quanto scaturito al paragrafo 8.1 del Piano della performance 2021-2023, che si riporta di seguito:

Obiettivo Generale	Area strategica	Codice	Descrizione	Azioni	Indicatore	Valore atteso	Performance Organizzativa =Peso Direttore CdR
<b>A. Prospettiva Economico-Finanziaria</b>							
A1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	A1a	Incremento dei ricavi	Incremento ricoveri e nuove prestazioni sanitarie Acquisizione di finanziamenti	Ricavi produzione SSN 2021 maggiori ai ricavi conseguiti da ricoveri e specialistica 2020	>17.600.000	10
		A1b	Contenimento dei costi	Contenere costi di beni, servizi. Rispetto dei limiti di spesa del Personale: 50% del 2009 per i T.D. e 1,4% della spesa complessiva rispetto al 2004. Contenere la spesa dispositivi e farmaceutica: (brand, antibiotici, prestazioni a distribuzione territoriale, dispositivi in vitro, dispositivi ad alto costo)	Gestione dei costi rispetto 2020: 1. Riduzione di utilizzo di antibiotici cat. J01D sul consumo totale antibiotici 2. Incremento prescrizioni biosimilari a distribuzione territoriale 3. Contenimento costi dispositivi medici in vitro 4. Scorte dispositivi ad alto costo 1. Limiti di spesa del personale	>20% >30% =Stipula contratti di aggiudic.ne gare <Bisogno bimestrale 1,4% & 50%	15
A2	Pianificare i consumi delle risorse	A2	1. Program. Fabbisogno Beni Servizi anche Finanziari. FESI 2. Proposte progettuali 3. Pianificazione dello straordinario	1. Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 2. Comunicare entro i termini 3. Rispetto budget straordinario	1. Giorni di ritardo nella trasmissione 2. gg ritardo nella trasmissione 3. Numero ore oltre il budget	=0 =0 =0	10





B. Prospettiva dei Processi Interni

B1	Azzerare l'inappropriatezza	B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriatezza Migliorare la rilevazione COAN	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery. Consolidare la Contabilità Analitica	Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriatezza Efficiamento della COAN	=0 =Disponibilità dei dati	10
B2	Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi	B2	1.Applicare la metodologia Lean "Salute di valore". 2.Organizzazione interna. 4.Anticorruzione e Trasparenza 3.Avvio organizzativo e culturale al Lavoro Agile 5.Adeguamento tecnologico per attivare il Lavoro Agile	1.Implementare la metodologia su procedure esistenti. 2.Potenziamento della rete ospedaliera regionale giusta DGR 1079 del 09/07/2020 3.Compliance normativa 4.Mappare attività/procedure per ogni CdR distinguendo quelle eseguibili in Lavoro agile 5.Mappare le tecnologie già in dotazione e quelle da acquisire e fornire supporto.	1.Numero di revisioni attivate 2.Attivazioni PPLL 3.Numero attività richieste nel PTPCT e svolte 4.Definire attività/procedure e identificare quelle in cui è attivabile la modalità di Lavoro Agile 5.Documentare tecnologie fra quelle acquisite e da acquisire, utili alla modalità di Lavoro Agile	>=1 and >=4 and = tutte and Relazione per ogni CdR mappa Lavoro Agile and documento protocollo tecnologie Lavoro Agile	10
B3	Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi	B3	Partecipazione alla diffusione delle informazioni, e tempestività della comunicazione	Predisporre i dati utili alla formazione dei flussi, ai fini dell'adempimento e del rispetto delle prescrizioni normative regionale e nazionali. Fornire i dati utili all'Amministrazione Trasparente e alle rendicontazioni dei costi sostenuti e del Personale assunto per fronteggiare l'emergenza COVID-19	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0	5
B4	Efficienza operativa	B4	1.Degenza media reparti 2.Uso sistemi informativi 3.Revisione organizzativa 4.Ricetta dematerializzata 5.Case Mix 6. PDTA: Adozione Obesità; Implementazione Colon-Retti 7.ISO 9001:2015 Qualità	1.Riorganizzare attività di ricoveri 2.Pieno utilizzo dei software 3.Documento di riorganizz.ne 4.Pieno utilizzo ricetta bianca 5.Aumentare indice di complessità 6.Affidamento alle linee guida dei PDTA 7.metodo Risk Based Thinking	1.Degenza media 2.Relazione SIA 3.Presentazione al protocollo 4.Numero ricette rosse 5.Indice complessità 6.N.PDTA implementati / adottati 7.Esecuz. Valutazione Rischio FMEA	<=8 and = Ok and >=1 and =0 and >(definire) and >=2 and =Ok resp. Quality	10

C. Prospettiva Soddifazione degli Stakeholder

C1	Curare la Soddifazione degli stakeholder	C1	1.Accogliere i ricoveri in elezione. 2.Indice Tempestività Pagam. 3.Clima organizzativo.	1.Personale dedicato ad accogliere 2.Verifica sui punti di liquidazione 3. Collaborare alle rilevazioni del Clima Organizzativo	1.Numero di Contestazioni per l'accoglienza presso URP 2.Valore indice ITP 3.Compilazione e Consegna dei questionari	=0 and <= -5 gg 3.Relazione sul Clima organizzativo	4
C2	Migliorare l'Accoglienza	C2	1.Sensibilizzazione reclami e contestazioni 2.Ridurre tempi d'attesa: prestazioni e referti	1.Monitorare mensilmente i dati forniti dall'ufficio URP 2.Rispetto del piano regionale	1.Numero segnalazioni negative 2.Valori piano regionale	<=2 and =Ok resp. RULA	10
C3	Ampliare l'offerta per il paziente	C3	Individuazione dei contesti di ampliamento	1.Presentare relazione su modalità e contesti. (legato A1a) 2.Attrattività extra-regionale	1.Attivazione proposte 2. N. Ricoveri Extra / N. Ricoveri Intra	>=2 >_(definire)	4

D. Prospettiva Apprendimento, Ricerca e Crescita

D1	Intercambiabilità a Risorse Umane	D1	Formazione tra colleghi	Sostituzione di personale in procedure	Numero di procedure processate	>=2	4
D2	Formazione	D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno Eventi formativi sul Lavoro Agile	N. corsi convegni workshop medio dipendenti N. Partecipanti dirigenti PTA/ N. Dirigenti PTA	>=1 and =1	4
D3	Potenziamento Ricerca: IFN, casi e Sperimentali	D3	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1.Apporto al valore di IFN 2.Segnalazione di casistiche 3.Attività di ricerca sperimentale	1.Collaborazione finalizzata al conseguimento IFN 2.N. segnalazioni casistiche 3.partec. Sperimentazioni cliniche	>=1 or >=10 or >=1	4
Totali pesi							100

Dalle prospettive appena presentate degli obiettivi generali, sulla base del metodo BSC, con il sistema del *cascading* sono stati definiti gli obiettivi specifici assegnati alle unità sanitarie e amministrative. Per tale passaggio e per approfondimenti metodologici si rinvia alla deliberazione del CS n.26 del 08/04/2021.

A fine anno, al fine di gestire nel modo più consono le conseguenze dei risvolti causati dalla situazione pandemica, l'Istituto rappresentato dalla Direzione Aziendale avendo operato con



l'utilizzo di tutti gli strumenti messi a disposizione dalla normativa intervenute al fine di preservare la migliore funzionalità assistenziale e il dovuto conseguimento degli obiettivi specifici delle singole articolazioni aziendali, ha ritenuto di adeguare i comportamenti e attività alle necessità ritardando o cassando gli obiettivi invalidati dagli effetti della pandemia da Covid-19.

La ridefinizione degli aspetti programmatici, a differenza del 2020, non ha ridimensionato in particolare le aspettative economiche degli obiettivi della prospettiva A della BSC, comportando maggiore attenzione rispetto alla produzione dei ricavi negoziata con i Reparti e i Servizi (codice A1).

Premesso quanto sopra, la relazione porterà a rilevare nei passaggi successivi il risultato conseguito ed i livelli di performance raggiunti rispetto agli obiettivi, rilevando per ogni obiettivo e indicatore gli scostamenti con le relative cause, potendosi così identificare il perimetro di analisi ed in sintesi definire gli aspetti di *accountability* conseguiti dall'IRCCS "S. de Bellis" (IRCCS) nel corso del 2021.



## 2. Gli obiettivi strategici e generali del 2021

Le strategie convertite in obiettivi generali e presentati al paragrafo precedente, hanno trovato così la sintesi dell'orientamento su cui il direttivo aziendale ha focalizzato nel dettaglio le scelte da realizzare nelle seguenti specifiche aree di analisi:

- o area sanitaria,
- o area di ricerca
- o area amministrativa

Le programmazioni volute rispetto alle quattro prospettive A) B) C) e D) della metodologia BSC con gli obiettivi distinti per area di analisi, rappresentano il focus della presente relazione, per rendere conto di quanto attivato mediante il ciclo della performance dagli addetti ai lavori sulla base degli indicatori rispetto ai risultati attesi.

Di seguito è presentata la ragion d'essere degli obiettivi generali per consentire una visione d'insieme per prospettiva e per area di analisi di quanto scelto con gli orientamenti strategici adottati, rinviando agli approfondimenti finali l'analisi di dettaglio dei risultati, per ogni articolazione aziendale, del risultato rispetto alle attese nell'ottica di un'accountability da offrire al lettore:

### A) Prospettiva Economico Finanziaria (misura dell'efficienza/efficacia dei risultati).

*area sanitaria:* L'obiettivo dei ricavi è stato assegnato per i centri erogatori reparti e servizi, a fronte di attività ospedaliera e ambulatoriale riorganizzata tra periodi di maggiore criticità pandemica e periodi di minore diffusione del virus nella popolazione, comunque mantenendo le attenzioni alle esigenze e soddisfazione del paziente.

In merito ai costi si è ragionato al fine di contenere sprechi, in particolare per i farmaci biosimilari in luogo dei farmaci originator, gli antibiotici, i dispositivi in vitro e per i dispositivi ad alto costo, mantenendo l'attenzione degli operatori sulla questione già avviata nel 2020. L'obiettivo del contenimento dei costi è stato un impegno da perseguire nel corso dell'annualità, dando atto che la pandemia avrebbe potuto orientare le scelte su necessità prudenziali di aumento delle scorte più che di contenimento.

**ATTESE:** Sensibilizzare il personale con i monitoraggi trimestrali della Farmacia e della Direzione Sanitaria sui consumi.

*area di ricerca:* La valorizzazione dell'impegno scientifico in termini di Impact Factor Normalizzato è stato considerato rispetto a tutte le UU.OO impegnate nelle attività di produzione scientifica per far sì che continui la propria attività di ricerca scientifica anche attraverso la modalità di lavoro agile.

**ATTESE:** riscontro positivo da rilevarsi da fonti di divulgazione scientifica.

*area amm.va:* Al fine di rendere più efficaci le risposte amministrative rispetto ai costi del lavoro, al loro contenimento e al rispetto dei limiti indicati dalla normativa







nazionale e le DDGGRR della regione Puglia, si sono definiti i tetti di budget dello straordinario ordinario per il comparto, mediante l'attribuzione del budget per ogni UU.OO., periodicamente rivedibile, alla luce delle necessità impreviste.

**ATTESE:** monitoraggio dati dal sistema informativo del personale sui limiti e sui budget assegnati all'Istituto con rilievo del rispetto della programmazione.

Per le tre aree è stata affidata alla programmazione degli acquisti di beni e servizi biennale al fine di orientare l'obiettivo del contenimento dei costi, utilizzando gli acquisti centralizzati mediante le trattative e aumentando il potere contrattuale. Sono state anche prospettate attività progettuali di riorganizzazione delle UU.OO. finalizzate a migliorare e rendere più efficienti ed efficaci i processi svolti.

#### B) Prospettiva dei processi interni di gestione (misura dell'efficienza/efficacia dei risultati).

*area sanitaria:* La necessità di conseguire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie per orientare le performance aziendali di tutti i reparti e servizi verso soluzioni alternative al ricovero ordinario inappropriato con il day-service e il day-hospital è stato un aspetto portato in rilievo anche nel 2021 in continuità con gli anni precedenti.

*(L'emergenza pandemica, che ha comportato la maggiore attenzione dei ricoveri per emergenza urgenza, ha favorito l'obiettivo.)*

**ATTESE:** orientamento all'utilizzo di Day-Service riviene dai monitoraggi su Edotto e dal Sistema informativo della Specialistica Ticket.

Il rispetto delle scadenze dei flussi informativi verso la Regione, i Ministeri rappresenta una condizione imprescindibile per una gestione efficiente e adeguata alle esigenze di monitoraggio di corrette risposte alle esigenze informative comunicate agli stakeholder richiedenti.

**ATTESE:** Evidenze sul sistema regionale EDOTTO rappresentano il check di verifica dei ritardi nella chiusura di alcune SDO e SDA, se rimaste invalidate, le cui cause sono ragione di approfondimento per continuare il trend di miglioramento in atto su questo fronte grazie alla maggiore attenzione ottenuta con le sollecitazioni periodiche del responsabile SDO-UVAR.

Si aggiunge nella gestione delle UO sanitarie:

il monitoraggio di due indici di misurazione al fine di operare nella direzione dell'efficienza: Indice di complessità, rilevante per conoscere la complessità dei ricoveri trattati dal reparto, e la degenza media quale segnalatore di effettivo contenimento dei costi, da analizzare anche mediante operazioni di benchmarking regionali e nazionali;

l'utilizzo di impegnative dematerializzate, malgrado il riscontro di utilizzi





inappropriati di impegnative rosse per il malfunzionamento dei software di prescrizione;

il pieno utilizzo dei software ha beneficiato di riscontri positivi di miglioramento sul contesto sanitario nel tempo, ma i rari casi a livelli di mancata massimizzazione dell'utilizzo hanno portato a riproporre l'obiettivo;

la certificazione della qualità ISO 9001:2015, il processo di verifica iniziato nel 2019 con rallentamenti dell'attività di certificazione imposti dal distanziamento, ha denotato una importante evoluzione positiva nel campo della qualità che ha portato alla riconferma dell'obiettivo in capo a tutte le UU.OO. per orientare alla collaborazione per la conferma della certificazione.

I protocolli diagnostico terapeutici assistenziali PDTA hanno trovato, dopo l'adozione negli anni precedenti, dovuta implementazione con specificità per il PDTA del colon retto. Sono ritenuti necessari al fine di adottare la presa in carico del paziente attraverso un gruppo multidisciplinare che consenta di giungere al completo processo di diagnosi e cura, con ottimizzazione dei tempi e delle risorse strumentali ed umane con conseguente riduzione del rischio clinico. L'adozione dei PDTA ha portato a richiedere alle UU.OO. sanitarie un impegno per completare la stesura della documentazione applicativa del PDTA dell'Obesità per il 2021 nell'ottica delle attività previste per il 2022.

**ATTESE:** orientare i reparti e servizi alla collaborazione della stesura dei PDTA per le attivazioni metodologiche e l'applicazione per le patologie individuate dall'Istituto.

*area di ricerca:* Monitorare la gestione dei progetti mediante la contabilità analitica per centro di costo e per commessa è l'esigenza principale da conseguire per disporre di una rendicontazione attendibile da fornire all'Area Economico Finanziaria in tema di finanziamenti dei progetti e corretta contabilizzazione alle voci del bilancio d'esercizio con accuratezza e veridicità come richiesto dai principi contabili del D.Lgs. 118/2011. Le maggiori criticità sono derivate dal fatto di dover mantenere l'attuale offerta informatizzata, non ben adattata alle esigenze dell'Istituto, pur se richiedente adeguamenti utili alla funzionalità richiesta, ma che è ingiustificata dal passaggio al sistema regionale MOSS.

Per il contesto della Direzione Scientifica sono necessari alcuni progressi in tal senso, e per tale ragione il 2021 ha chiesto il mantenimento di tale focus

**ATTESE:** una gestione più efficiente del sistema di Contabilità Analitica per estrazione dati di specifico interesse.

*area amm.va:* Dare tempestivo supporto tecnico amministrativo alla realizzazione dei processi assistenziali della parte sanitaria, mediante il supporto alla realizzazione delle gare per gli approvvigionamenti, al corretto funzionamento delle infrastrutture





di supporto, ai necessari reclutamenti di personale.

**ATTESE:** migliorare e massimizzare quanto svolto in termini di processi e procedure per operare nella direzione del problem-solving aziendale da parte dell'amministrazione a favore dell'area sanitaria

Dare continuità alla tenuta della contabilità analitica a seguito dell'adozione dei nuovi sistemi informativi aggiudicati al nuovo fornitore previa effettuazione delle attività di migrazione dei dati

**ATTESE:** Miglioramento del sistema di Contabilità Analitica che richiede il proseguimento nella direzione dell'ammodernamento e verso il sistema Regionale MOSS in corso di adozione nelle aziende del SSR ma che non ha trovato l'attuale sistema informatizzato il pieno raggiungimento dei livelli di gestione informatizzata auspicati.

Produzione in tempi idonei degli atti amministrativi al fine di consentire l'erogazione del supporto tecnico logistico all'IRCCS nel suo complesso, evitando di incorrere in ritardi nei servizi alla cittadinanza.

**ATTESE:** maggiore standardizzazione delle procedure

Comuni a tutte le aree sono le seguenti attese:

- Comunicare il rispetto dei principi della trasparenza, evidenziando le attività espletate al fine di riportare nella sezione Amministrazione Trasparente gli obblighi informativi richiesti dal D.lgs. n.33/2013.

**ATTESE:** trovare la piena collaborazione e sensibilizzazione del personale ai temi dell'obiettivo, dando arbitrato in merito al Responsabile-PCT con la verifica delle attività richieste e svolte.

### C) Prospettiva della soddisfazione degli stakeholder (in primis dell'assistito).

**area sanitaria:** La necessità di generare qualità, per ridurre il disallineamento dell'offerta rispetto alle attese della cittadinanza, ha portato a delineare un obiettivo orientato a diminuire i tempi di attesa sia dei ricoveri che delle prestazioni ambulatoriali, in particolare per quelle individuate nell'ambito del Piano Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA) sulla base dell'operato del responsabile PNGLA.

**ATTESE:** adoperarsi per migliorare i tempi di erogazione delle prestazioni monitorate dal PNGLA da parte di reparti e servizi.

Comuni a tutte le aree sono le seguenti attese:

- Relazione con i pazienti, con l'utenza e fra il personale nell'ambito lavorativo

*Le attività sono state considerate nell'ottica di quanto lo scenario generale dovuto alla pandemia ha ingenerato in Istituto, obbligando la revisione delle priorità assistenziali e di*



*organizzazione delle attività sanitarie e non, non potendosi considerare realistica la soddisfazione dell'utenza su segnalazioni e reclami. In considerazione delle difficoltà di accesso alle attività di ricovero e cura, sono stati gestiti i bisogni di assistenza nel rispetto di quanto imposto dalle normative anti-contagio, provocando disagio agli operatori ed all'utenza. La rilevazione si è focalizzata sul periodo antecedente lo stato di emergenza.*

ATTESE: stimolare l'ufficio URP a proseguire le attività di rilevazione mediante la somministrazione dei questionari, in considerazione dell'analisi della soddisfazione del paziente. Produzione di documento a descrizione del clima organizzativo interno dell'Istituto, mediante la raccolta dei questionari tra i dipendenti.

- Comunicare comportamenti avversi e opportunistici contrari per la prevenzione della corruzione o per il rispetto della Privacy.

ATTESE: trovare la piena collaborazione e sensibilizzazione del personale ai temi dell'obiettivo, dando arbitrato in merito al Responsabile-PCT e al DPO con il monitoraggio delle attività auspiccate dal PTPCT 2021-2023.

#### D) Prospettiva dell'apprendimento e crescita.

Comuni a tutte le aree sono i seguenti orientamenti:

- Ottenere la massima garanzia dell'intercambiabilità degli operatori con l'attivazione della modalità di Lavoro Agile, qualora necessario, per le procedure amministrative delle aziende pubbliche, puntualmente attivato in Istituto per ridurre al massimo la presenza di personale quando non necessario nel corso dell'emergenza iniziata nel 2020, sia nell'ambito della ricerca che nel contesto amministrativo.

ATTESE: rilevare impegno ed evidenti tempestive riorganizzazioni delle attività sanitarie ed amministrative in virtù delle indicazioni normative

- Le proposte di progetti formativi sono state ridimensionate a causa degli impedimenti nell'organizzazione dei corsi programmati on site e per la mancanza iniziale delle necessarie predisposizioni tecnologiche. Si è temporeggiato e rallentato il percorso formativo che ha trovato utile conversione nelle attività di lavoro agile come richiesto dalla rimodulazione dell'obiettivo.

ATTESE: si sono attivati i percorsi alternativi richiesti dalla rimodulazione.

*area sanitaria ed*

*area di ricerca:* Stabilire accordi e programmi per attività scientifiche esterne finalizzate a dare visibilità all'IRCCS, nonostante le difficoltà del periodo di emergenza pandemica che ha focalizzato l'attenzione scientifica sul fronte del contenimento dei contagi, riducendo l'interesse sulle pubblicazioni dell'attività di ricerca gastroenterologica.

ATTESE: mantenimento del trend positivo dell'IFN e dei rapporti di



**collaborazione**

Le indicazioni riportate hanno rappresentato il percorso di fatto focalizzato dal processo del ciclo della performance.



### 3. Il contesto verificatosi e le attività svolte

Al fine di dare immediata visione dei fatti aziendali rilevanti verificatosi e dare altre dimensioni al concetto di performance, questa sezione vuole evidenziare circostanze e accadimenti verificatosi nel corso del 2021 rispetto a effetti dinamici ambientali, ma anche per dare sintesi di quanto il l'IRCCS abbia saputo adeguare la propria organizzazione, nonostante gli eventi avversi, per garantire la continuità e lo sviluppo nell'offerta dei propri i servizi.

L'evento dominante della necessità di riorganizzare le attività delle cure e dei ricoveri a causa degli effetti dei contagi e della diffusione del virus COVID-19, ponendo l'attenzione sugli ambiti di seguito elencati che hanno condizionato le prestazioni di performance aziendale.

- Contesto territoriale esterno e contesto interno dell'IRCCS
- La ricerca scientifica
- Il personale sanitario in servizio e reclutamenti da normativa per finalità Covid-19
- Attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali
- La revisione dell'assetto organizzativo interno
- Certificazione qualità ISO 9001:2015
- Il processo di reingegnerizzazione informatica

#### 3.1 Contesto interno ed attività svolte

##### Contesto territoriale esterno e contesto interno dell'IRCCS

A seguito dell'evolversi dell'emergenza nel corso del 2021 e con la necessità di contenere gli effetti della diffusione del virus Covid-19, le attività sanitarie tipiche di un'azienda del SSR hanno richiesto la ridefinizione del concetto di normalità durante la pandemia.

La delibera di Giunta Regionale n.525 dell'8/4/2020 ha istituito la rete ospedaliera COVID 19 mediante cui la Regione Puglia ha definito le strutture deputate alla gestione dei pazienti contagiati da Covid-19, potenziando il territorio con la dotazione di posti letto di terapia intensiva, affidando alle altre il compito di delocalizzare le attività di ricovero e cura per i pazienti non Covid e necessitanti di cure in emergenza-urgenza.

In questo scenario l'IRCCS ha da subito assolto al compito affidatogli di trattare i pazienti provenienti dalla chirurgia generale dell'AOU Policlinico di Bari per offrire il ricovero presso la propria struttura e consentire le attività chirurgiche necessarie con un accordo di convenzione per la condivisione delle risorse di personale e di infrastrutture presso l'Istituto.

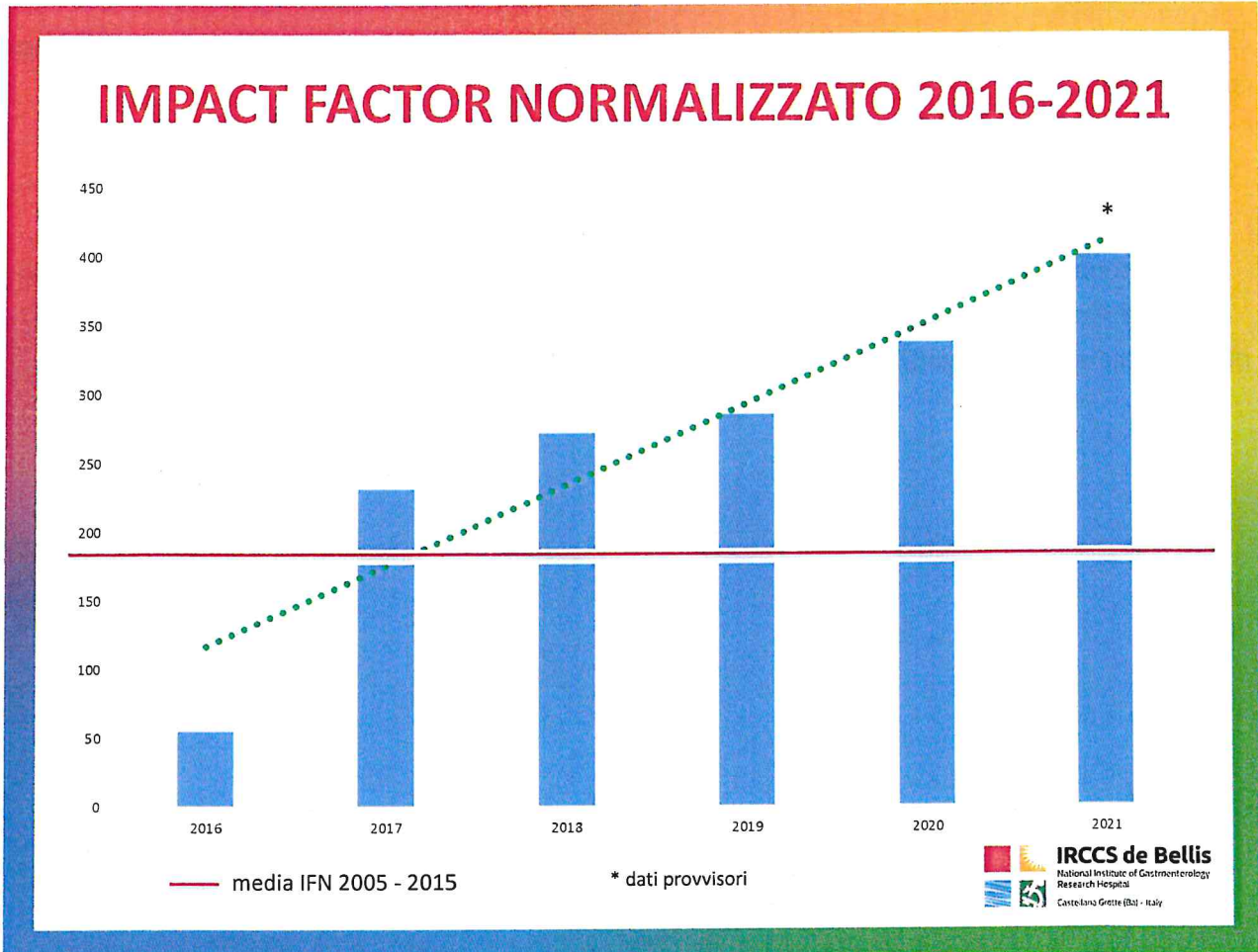
##### La ricerca scientifica

Il Ministero della Salute per valutare annualmente la performance degli IRCCS utilizza come criterio fondamentale il valore di Impact Factor Normalizzato (IFN), un parametro correlato alla produttività scientifica. Questo parametro, insieme ad altri due parametri bibliometrici, sempre riferiti alle pubblicazioni dell'Istituto ("Field Weight Citation" e "% International Collaboration") ha un peso pari al 50% nella distribuzione annuale delle risorse che il Ministero della Salute stanZIA per l'attività di Ricerca Corrente, oltre ad essere fondamentale nella valutazione che ogni due anni il Ministero compie per la conferma del carattere scientifico degli IRCCS.





Il valore di IFN dell'Ente nel 2021 ha registrato un ulteriore sensibile aumento rispetto all'anno precedente, con l'obiettivo evidenziabile di aver raggiunto il tetto dei 420 punti, come evidenziato nel grafico seguente:



\* dato provvisorio in attesa di certificazione da parte del Ministero della Salute

Altro evento degno di nota nell'anno 2021 è stato l'aver superato con esito positivo la verifica ispettiva GCP condotta da AIFA sull'Unità di Ricerca Clinica di Fase 1 dell'Ente, a testimonianza dell'adeguatezza della Struttura a condurre studi clinici, oltre che del relativo Sistema di Qualità. L'Istituto rimane l'unico Ente ospedaliero in Puglia abilitato a effettuare studi clinici di fase 1 (fase successiva agli studi di laboratorio, per testare sull'uomo ad esempio nuovi farmaci anti-tumorali).

Inoltre, altri importanti traguardi sono stati i seguenti:

- finanziamento di un progetto Investigator Grant da parte di AIRC;
- finanziamento di una borsa Fellowships for Italy – 2021, sempre da parte di AIRC.

Tutti gli obiettivi fissati per l'anno 2021 nella precedente programmazione, di seguito riportati, sono stati raggiunti:

- proseguire con il miglioramento della produttività scientifica dell'Istituto;
- avviare almeno uno studio clinico di fase 1;



- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente.

PIANIFICAZIONI FUTURE:

La Direzione Scientifica si pone i seguenti obiettivi, in continuità con la pianificazione dell'anno precedente:

- proseguire con il miglioramento della produttività scientifica dell'Istituto;
- portare avanti uno studio clinico di fase 1;
- incrementare il numero di studi clinici di fase 2-5;
- ottenere almeno n. 1 ulteriore brevetto di tutela di risultati scientifici da parte di ricercatori dell'Ente;

ottenere almeno un altro GRANT competitivo per la realizzazione di progetti di ricerca.







### Il personale sanitario in servizio e reclutamenti per finalità Covid-19

La seguente tabella fornisce uno spunto di riflessione attraverso indicatori di attività su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto.

Analisi caratteri quali quantitativi	INDICATORI	VALORI		
		2021	2020	2019
Età media del personale (anni)		50,45	48,41	51,62
Età media dei dirigenti (anni)		50,69	53,39	54,66
Personale a tempo indeterminato		327	315	316
Personale a tempo indeterminato assunto inservizio nel corso dell'anno 2021		20	22	26
di cui personale dirigente		4	4	2
% dirigenti in possesso di laurea 100 %		100%	100%	100%
Ore di formazione ECM		244	789	424
Numero partecipanti		487	91	789
Numero totale progetti ed eventi		10	7	51
Unità di personale - Differenza fra 01/01/2021 e 31/12/2021				
Comparto ( 9 assunzioni - 8 cessazioni)		1	19	1
Dirigenza Medica ( 10 assunzioni - 6 cessazioni)		4	-3	0
Dirigenza Sanitaria ( 5 assunzioni - 3 cessazioni)		2	7	0
Dirigenza PTA ( 0 assunzioni - 0 cessazioni)		0	3	-2
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2021)		€ 70.000	€ 85.000	€100.000

Analisi del benessere organizzativo	INDICATORI	VALORI		
		2021	2020	2019
Tasso di assenze personale comparto		21,15	26,88	25,39
Tasso di assenze personale dirigente		20,12	24,12	23,17
Tasso di infortuni		0,015% <i>variato sistema di rilevazione</i>	2,38	2,96
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto		2.431,22	2.329,92	2.530,72
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti		6.307,30	6.522,23	6.122,88
% di personale assunto a tempo indeterminato		54,05%	88,66%	84,56%

Analisi di genere	INDICATORI	VALORI		
		2021	2020	2019
% di dirigenti donne		42,68%	32,05%	31,58%
% dirigenti uomini		57,32%	67,94%	68,42%
% di donne rispetto al totale del personale		55,66%	56,79%	50,47%
% di uomini rispetto al totale del personale		44,34%	43,20%	49,53%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato		80%	72,52%	98,75%
Età media del personale femminile non dirigente		49,33	50,10	49,79
Età media del personale femminile dirigente		47,21	46,03	49,97



## Attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali

### Attività di ricovero

Limitando alle casistiche dei DRG più significativi con almeno 50 casi e tenuto conto della variabilità del dato 2021 dovuto al completamento in corso delle ultime schede di dimissione ospedaliera, in corso di validazione da parte dei reparti sui sistemi informatici regionali, si possono valutare gli andamenti di base per le annualità a confronto nella successiva tabella:

DRG	Peso	Casi 2020	Casi 2021	Importo 2020	Importo 2021
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	306	290	1.031.933,00 €	1.046.899,00 €
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	249	244	977.443,00 €	978.404,00 €
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	176	238	371.844,00 €	430.509,00 €
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	134	140	428.950,00 €	459.605,00 €
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	128	133	916.470,00 €	947.415,00 €
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	77	115	350.684,00 €	519.504,00 €
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	79	106	193.396,00 €	269.494,00 €
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	115	101	137.155,00 €	119.472,00 €
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	101	98	88.526,00 €	96.751,00 €
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	71	91	272.328,00 €	337.287,00 €
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	43	90	670.585,00 €	1.403.550,00 €
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	49	89	165.077,00 €	290.226,00 €
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	84	85	58.458,00 €	76.639,00 €
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	72	81	282.773,00 €	330.048,00 €
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	102	76	1.154.902,00 €	860.168,00 €
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	36	71	126.330,00 €	231.697,00 €
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	36	56	75.564,00 €	116.128,00 €
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	31	52	116.874,00 €	193.252,00 €
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	59	50	80.589,00 €	72.231,00 €
				<b>€7.499.881,00</b>	<b>€8.779.279,00</b>

Dall'analisi di quanto risultante si rileva che la totalizzazione economica della produzione relativa allo specifico campione esaminato con più di 50 casi, delinea un quadro di crescita nel 2021 di oltre un milione di euro (valore € in verde), mentre dalla disamina dei singoli DRG rientranti nel campione, denota un incremento di casistiche per talune patologie (valori in verde colonna "Casi 2021") e un decremento per altre. Tale tendenza è confermata anche della produzione totale con un incremento di € 1.000.000 circa del 2021 rispetto al 2020.

La tabella successiva rappresenta i volumi di produzione per i DRG ordinati in modo crescente con relativo peso di complessità, con indicazione dell'importo totalizzato dal DRG, e le casistiche a confronto delle annualità 2020 - 2021: (con fondo verde la produzione 2021 risultata in incremento rispetto al 2020)





DRG	PESO DRG	2019	2020	Importo DRG 2020	Importo DRG 2021	^Incr. 2021
008 - INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	1,5811	0	1	0 €	2.585 €	^
010 - NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1,3787	1	0	6.854 €	0 €	
012 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	0,9103	3	1	5.896 €	2.850 €	
015 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI ACUTE ASPECIFICHE E OCCLUSIONE PRECEREBRALE SENZA INFARTO	0,8996	1	0	2.967 €	0 €	
016 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	1 €	1	0	4.553 €	0 €	
017 - MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	0,8471	0	1	0 €	226 €	^
068 - OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,6264	0	1	0 €	1.935 €	^
076 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	2,4914	1	0	9.650 €	0 €	
078 - EMBOLIA POLMONARE	1,3409	0	2	0 €	8.018 €	^
079 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,7612	1	1	5.744 €	5.744 €	
080 - INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,2661	0	1	0 €	4.422 €	^
082 - NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1,3292	12	16	46.054 €	66.576 €	^
085 - VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	1,3703	2	1	8.520 €	4.260 €	
087 - EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1,2243	2	6	4.021 €	22.812 €	^
089 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,1394	0	2	0 €	7.116 €	^
090 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7579	0	2	0 €	4.582 €	^
097 - BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5563	1	0	1.832 €	0 €	
099 - SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	0,8876	2	0	5.564 €	0 €	
102 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6018	2	0	3.448 €	0 €	
139 - ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	0,5223	0	1	0 €	974 €	^
145 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	0,6869	0	2	0 €	4.194 €	^
146 - RESEZIONE RETTALE, CON CC	2,9562	19	16	212.857 €	179.248 €	
147 - RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	2,1564	20	19	149.500 €	142.025 €	
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	128	133	916.470 €	947.415 €	^
150 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	2,3632	3	5	22.731 €	37.885 €	^
151 - LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	1,5241	8	14	30.014 €	48.767 €	^
152 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	1,9591	0	2	0 €	12.102 €	^
153 - INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,396	8	4	35.928 €	17.964 €	
155 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	2,1457	19	27	124.754 €	177.282 €	^
157 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	1,1158	13	9	41.101 €	28.670 €	
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,6093	40	20	41.060 €	23.569 €	
159 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,4492	3	3	14.676 €	14.676 €	
160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,0953	18	13	25.742 €	18.735 €	
161 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,9993	7	2	15.833 €	2.560 €	
162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7448	10	4	12.048 €	4.784 €	
165 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	1,1181	1	1	3.514 €	3.514 €	
166 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	1,1639	0	1	0 €	3.751 €	^
167 - APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	0,8102	1	3	2.560 €	6.383 €	^
170 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	2,6806	6	4	52.860 €	35.240 €	
171 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	1,675	7	7	31.486 €	31.486 €	
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	77	115	350.684 €	519.504 €	^
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	79	106	193.396 €	269.494 €	^
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	49	89	165.077 €	290.226 €	^
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	36	56	75.564 €	116.128 €	^
176 - ULCERA PEPTICA COMPLICATA	1,0127	20	18	61.606 €	58.140 €	
177 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	0,9769	4	5	12.592 €	15.740 €	^
178 - ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	0,7185	3	2	6.807 €	4.538 €	
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	134	140	428.950 €	459.605 €	^
180 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	0,8868	15	8	37.997 €	24.400 €	
181 - OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,5614	21	43	30.424 €	73.234 €	^
182 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,7681	49	34	119.259 €	84.402 €	
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	101	98	88.526 €	96.751 €	^
184 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3014	4	1	1.882 €	870 €	
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0034	28	38	81.089 €	119.193 €	^
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	84	85	58.458 €	76.639 €	^
190 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3783	2	1	3.268 €	1.634 €	
191 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	3,5599	35	42	477.934 €	598.079 €	^
192 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	2,5966	35	18	334.530 €	145.092 €	
193 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	3,6085	16	15	216.144 €	202.635 €	
194 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	2,9871	7	12	61.523 €	105.468 €	^
197 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	2,4752	7	6	60.172 €	51.576 €	
198 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	1,5546	3	3	15.879 €	15.879 €	
199 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	2,2656	5	7	34.510 €	48.314 €	^
200 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	2,7306	3	6	22.605 €	45.210 €	^
201 - ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	2,8743	2	2	17.170 €	17.170 €	
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	72	81	282.773 €	330.048 €	^
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	249	244	977.443 €	978.404 €	^

2



204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	36	71	126.330 €	231.697 €	^
205 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC	1,1589	31	52	116.874 €	193.252 €	^
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	59	50	80.589 €	72.231 €	
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	71	91	272.328 €	337.287 €	^
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	115	101	137.155 €	119.472 €	
216 - BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,3106	1	0	2.327 €	0 €	
227 - INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,8846	1	3	1.499 €	4.609 €	^
239 - FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,1075	7	5	18.062 €	14.474 €	
256 - ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,6224	2	1	1.880 €	940 €	
267 - INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,5312	18	2	15.696 €	2.459 €	
269 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	1,6138	0	1	0 €	5.878 €	^
270 - ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,7668	1	1	1.225 €	1.099 €	
274 - NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	1,332	1	4	3.983 €	15.932 €	^
277 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI CON CC	1,048	0	2	0 €	6.706 €	^
278 - CELLULITE ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6153	1	2	2.090 €	4.180 €	^
284 - MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0,4238	0	1	0 €	728 €	^
290 - INTERVENTI SULLA TIROIDE	0,9978	0	1	0 €	3.340 €	^
296 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8593	17	22	49.776 €	63.776 €	^
297 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5604	9	15	17.497 €	24.930 €	^
299 - DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	0,6979	2	1	4.907 €	3.979 €	
300 - MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	0,9965	1	0	4.321 €	0 €	
303 - INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA	1,9629	0	2	0 €	14.772 €	^
316 - INSUFFICIENZA RENALE	1,1501	3	4	8.058 €	11.792 €	^
318 - NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1,2854	1	0	4.006 €	0 €	
320 - INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8462	1	0	2.701 €	0 €	
324 - CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	0,401	0	1	0 €	935 €	^
331 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0467	1	1	3.379 €	3.379 €	
332 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6109	1	0	196 €	0 €	
347 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	0,6095	1	1	1.432 €	1.432 €	
350 - INFIAMMAZIONE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,5708	1	0	1.872 €	0 €	
352 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,4639	1	0	229 €	0 €	
355 - INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	1,2687	0	1	0 €	3.959 €	^
357 - INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	1,7499	1	0	6.791 €	0 €	
359 - INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	0,9785	0	1	0 €	3.027 €	^
365 - ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1,2244	0	1	0 €	2.970 €	^
366 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	1,3793	0	2	0 €	8.316 €	^
367 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	0,6447	1	1	2.041 €	2.041 €	
369 - DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,4208	0	3	0 €	4.268 €	^
392 - SPLENECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	1,9909	1	1	6.624 €	6.624 €	
395 - ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	0,8552	21	19	33.568 €	31.248 €	
398 - DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	1,2182	0	2	0 €	7.178 €	^
399 - DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	0,6982	4	0	6.816 €	0 €	
402 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	1,4116	1	0	1.534 €	0 €	
403 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1,8616	10	3	65.001 €	21.555 €	
404 - LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1,101	5	2	9.115 €	3.646 €	
406 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	2,9175	2	0	22.356 €	0 €	
407 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	1,8956	3	4	17.004 €	15.322 €	
408 - ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1,4917	1	2	4.716 €	6.811 €	^
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	306	290	1.031.933 €	1.046.899 €	^
411 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNI SENZA ENDOSCOPIA	0,4822	12	4	9.308 €	2.758 €	
412 - ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNI CON ENDOSCOPIA	0,4948	4	2	2.432 €	1.468 €	
413 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	1,4888	0	1	0 €	4.788 €	^
414 - ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	0,9668	2	3	3.102 €	5.978 €	^
417 - SETTICEMIA, ETA' < 18 ANNI	0,9563	0	1	0 €	3.176 €	^
418 - INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	1,0619	2	0	7.163 €	0 €	
419 - FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8455	0	1	0 €	2.710 €	^
421 - MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI	0,6643	0	2	0 €	4.368 €	^
423 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1,2815	3	0	12.465 €	0 €	
428 - DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	0,6989	0	1	0 €	2.267 €	^
442 - ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	2,6634	1	0	9.945 €	0 €	
443 - ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	1,2447	3	0	10.476 €	0 €	
452 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	1,0604	1	2	3.283 €	6.566 €	^
453 - COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	0,4896	7	2	11.041 €	3.466 €	
461 - INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	1,5238	30	25	160.150 €	123.778 €	
463 - SEGNI E SINTOMI CON CC	0,8004	31	49	88.970 €	142.475 €	^
464 - SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,5041	11	5	8.664 €	8.740 €	^
467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,2583	3	2	920 €	2.596 €	^
468 - INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,8661	6	6	48.476 €	60.948 €	^
477 - INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,7604	7	7	29.722 €	29.722 €	
493 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	1,5285	32	38	150.050 €	153.879 €	^





494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	176	238	371.844 €	430.509 €	^
524 - ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	0,7692	1	0	4.281 €	0 €	
531 - INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC	3,9401	1	0	2.782 €	0 €	
532 - INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE SENZA CC	2,2015	0	2	0 €	5.564 €	^
540 - LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC	1,5462	4	0	19.468 €	0 €	
541 - OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO	12,4289	1	1	51.919 €	51.919 €	
542 - TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	8,536	28	21	967.288 €	693.952 €	
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	43	90	670.585 €	1.403.550 €	^
566 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE	2,1122	5	3	8.972 €	1.571 €	
567 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,8842	4	8	55.490 €	124.462 €	^
568 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,5475	27	34	335.286 €	422.212 €	^
569 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	3,3881	46	36	641.978 €	506.298 €	
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	102	76	1.154.902 €	860.168 €	
571 - MALATTIE MAGGIORI DELL'ESOFAGO	1,0881	27	45	91.584 €	152.640 €	^
572 - MALATTIE GASTROINTESTINALI MAGGIORI E INFEZIONI PERITONEALI	0,9446	13	23	39.023 €	83.652 €	^
574 - DIAGNOSI EMATOLOGICHE/IMMUNOLOGICHE MAGGIORI ECCETTO ANEMIA FALCIFORME E COAGULOPATIE	1,1305	0	2	0 €	7.476 €	^
575 - SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	4,7782	8	8	170.792 €	170.792 €	
576 - SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	1,6432	22	19	101.110 €	112.122 €	^
578 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO	4,4004	7	4	128.198 €	73.256 €	
579 - INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE CON INTERVENTO CHIRURGICO	2,3908	2	0	18.326 €	0 €	
TOTALI		2.891	5.148	13.530.405€	14.583.692€	



Dal punto di vista degli andamenti dell'indice di complessità, dell'inappropriatezza e della degenza media dei ricoveri si riportano i risultati di miglioramento rilevabile dai valori delle successive tabelle:

Anno Dimissione	2020	2021
Regime di Ricovero Ordinario: N. ricoveri	2.527	2.834

IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)		
Regime di Ricovero Ordinario:		
Anno Dimissione	2020	2021
peso complessità	1,217	1,462

Fonte Sistema Edotto

Anno Dimissione In termini percentuali	2020	2021
IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)		
alta specialità	19,9%	17,1%
alto rischio di inappropriatezza	18,0%	14,6%
non specificato	62,0%	68,3%
	100,0%	100,0%

Fonte Sistema Edotto

Degenza Media		
IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)		
Regime di Ricovero Ordinario		
Anni	2020	2021
chirurgico	9,29	8,20
medico	8,04	8,77

Fonte Sistema Edotto





Attività prestazioni ambulatoriali

Dal punto di vista ambulatoriale l'attività nel 2021 registra un andamento di crescita in termini quantitativi rispetto al 2020. In termini totali la crescita del 2021 è rilevabile anche rispetto al 2019. Con i dati riportati in tabella si delinea un incremento per tutti i reparti e servizi eroganti attività ambulatoriale nel corso del 2021 rispetto al 2020, con dati di decremento poco significativi. In linea generale, analizzando i singoli andamenti si rileva un tendenziale recupero e incremento dell'attività svolta nel 2021 sul 2020.

Struttura	N. prestazioni ambulatoriali 2019	N. prestazioni ambulatoriali 2020	N. prestazioni ambulatoriali 2021	% 2021 vs 2020
U.O.C. Chirurgia I e II	1.782	1.392	1.924	38%
U.O.C. Gastroenterologia I	2.547	1.285	1.369	7%
UOS Nutrizione	2.025	959	843	-12%
U.O.S.D. Oncologia	12.552	12.003	15.952	33%
U.O.C. Gastroenterologia II	13.418	8.004	9.289	16%
UOS Endoscopia		2.992	3.658	22%
UOS Disturbi funzionali		1.806	1.211	-6%
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	701	548	605	10%
U.O.C. Anatomia Patologica	7.878	5.351	5.164	-3%
U.O.S.D. Cardiologia	5.768	4.107	4.710	15%
U.O.C. Genetica Medica	4.050	3.760	4.362	16%
U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities	367.195	357.393	488.243	37%
U.O.S.D. Diagnostica per Immagini	11.348	8.875	11.311	27%
<b>TOTALI</b>	<b>431.070</b>	<b>407.880</b>	<b>548.572</b>	<b>34%</b>



### La revisione dell'assetto organizzativo interno

Con Deliberazione del DG n.91 del 17/2/2020, è stato perfezionato l'assetto organizzativo interno nel rispetto di quanto stabilito dai parametri standard regionali di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1603 del 13/09/2019 e dalle normative nazionali con riferimento allo schema tipo del "Regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS non trasformati in Fondazioni", approvato in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dell'01/07/2004.

L'art. 5 di detto schema tipo di "Regolamento di organizzazione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" stabilisce che ferme restando le disposizioni di legge nazionali vigenti in materia di IRCCS e quanto contenuto nell'Atto di intesa Stato - regioni stipulato il 1 luglio 2004, l'ente adotta un Atto di organizzazione inerente l'assetto organizzativo aziendale (dipartimenti ed Unità Operative Complesse e Semplici) ed il personale (dotazioni organiche) disponendo quanto segue: "Il numero e la tipologia di dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica sono definite almeno ogni tre anni dal direttore generale con apposito atto di organizzazione.

Per assicurare un'efficace risposta ai fabbisogni di salute del cittadino, attraverso l'adozione condivisa di percorsi assistenziali e di un efficiente utilizzo delle risorse disponibili, l'Istituto adotta il modello organizzativo sanitario di tipo dipartimentale che risponde all'obiettivo di:

- garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza;
- assicurare il governo clinico sia in termini di sistema decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

I dipartimenti aggregano una pluralità di unità operative di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari ed assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali e della ricerca e di elevata qualità tecnico scientifica.

In ragione di quanto sopra e in esecuzione dei citati provvedimenti regionali sono costituiti n. 2 Dipartimenti sanitari, ai quali afferiscono strutture complesse e semplici, nonché strutture semplici a valenza dipartimentale.

Ciascun dipartimento rappresenta un Centro di Responsabilità e, per il perseguimento dei propri obiettivi, nello stesso convergono tutte le risorse umane e strumentali proprie delle Unità Operative Complesse ed Unità Operative Semplici Dipartimentali afferenti al dipartimento stesso. In particolare, la gestione coordinata delle risorse professionali con qualifica dirigenziale ha luogo attraverso il puntuale coinvolgimento dei relativi Direttori o Responsabili di struttura, mentre in riferimento all'organizzazione dell'impiego delle professionalità afferenti all'Area del Comparto, la Direzione del dipartimento in oggetto si coordina con la Direzione Sanitaria, in via diretta o attraverso i soggetti titolari dei relativi incarichi di funzione. Attraverso un armonico ed efficiente utilizzo delle suddette risorse, il Dipartimento è complessivamente responsabile della qualificazione





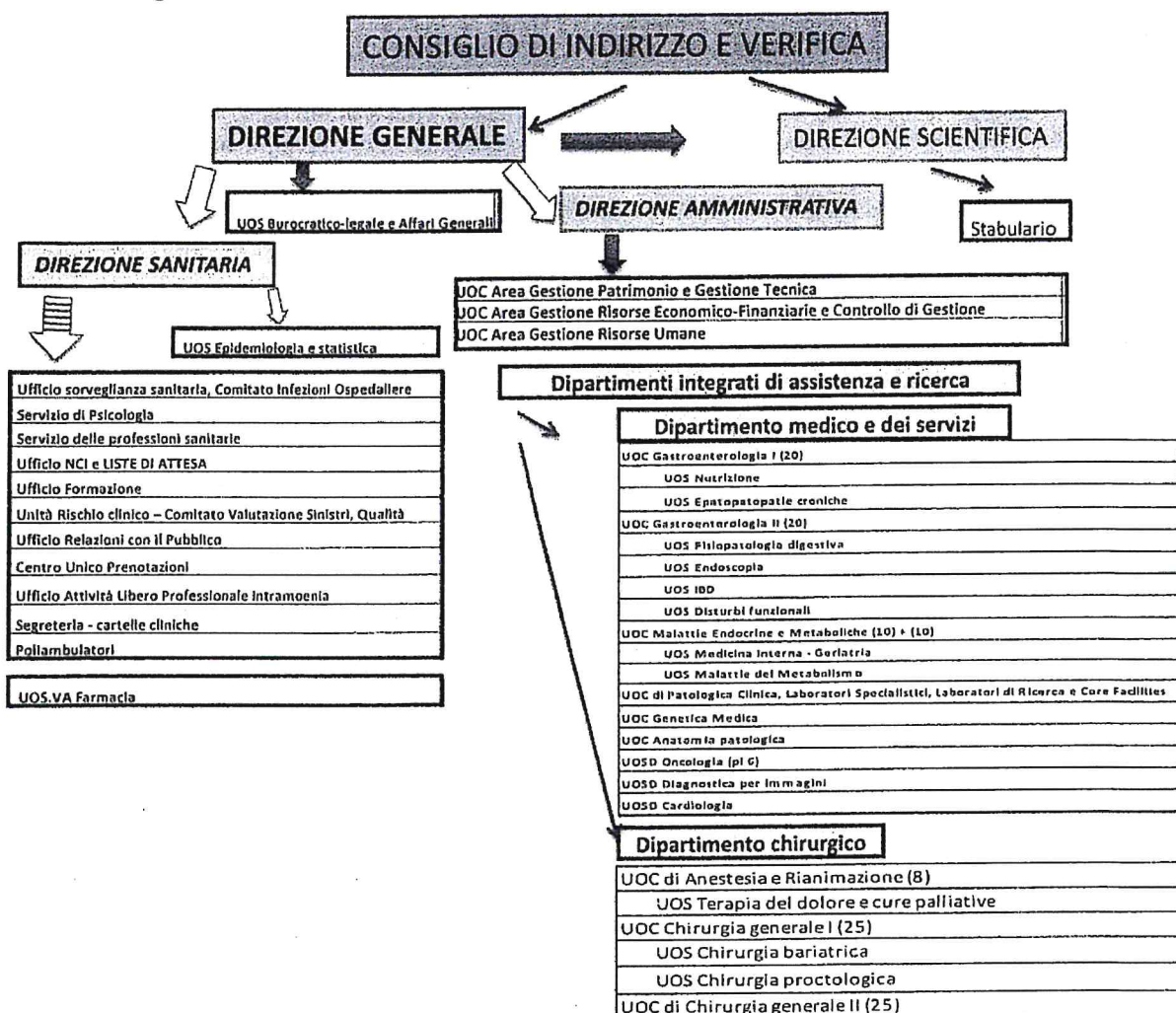


delle attività, del conseguimento dei fini istituzionali e dello sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica.

In particolare rappresentano fondamentali finalità di ciascun dipartimento il miglioramento dell'appropriatezza clinica e gestionale delle attività svolte, attraverso la flessibilità organizzativa e la qualità dei servizi, l'equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, oltre che attraverso un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate, con particolare riferimento all'attuazione di opportune politiche di gestione e sviluppo delle professionalità aziendali.

Nel corso del 2021, in corrispondenza dell'assetto organizzativo dipartimentale adottato, la Direzione Aziendale con più provvedimenti di assegnazione (la più importante che si segnala è la 288/2020) con cui ha conferito alla dirigenza dell'area Sanità gli incarichi dirigenziali organizzando le attività assistenziali offerte dall'Istituto in base alle specifiche competenze acquisite del personale dirigente, col fine di dare all'utenza specificità rispetto al bisogno di ricovero e di cure.

L'assetto organizzativo adottato:





## Certificazione qualità ISO 9001:2015

Durante tutto il 2021 sono state messe in atto attività che hanno preparato l'IRCCS "S. de Bellis" ad affrontare la seconda sorveglianza (audit) per confermare la certificazione ISO 9001:2015.

Le attività hanno riguardato l'integrazione della documentazione del sistema di gestione per la qualità, la gestione dei rilievi emessi dall'organismo di certificazione nell'Audit del 2019, comprendendo l'analisi di tutte le osservazioni emerse dalla data della certificazione, al fine di verificare l'opportunità di adottare ulteriori azioni di miglioramento e la conduzione di un ciclo completo di audit interni, presso tutte le Unità Operative, con la finalità di verificare lo stato dell'arte delle azioni di miglioramento adottate e risolvere le eventuali non conformità al sistema.

Il primo obiettivo prefissato è stato quello di raggiungere una buona valutazione della conformità del sistema implementato. Obiettivo raggiunto attestato dal rilascio del certificato di durata triennale da parte dell'organismo di certificazione accreditato che ha svolto l'attività di valutazione conclusasi nel mese di Maggio 2021.

Secondo obiettivo è stato quello di iniziare l'implementazione di un sistema di gestione del rischio clinico per fornire all'organizzazione, e dunque a tutti gli operatori, le informazioni necessarie per "apprendere dagli errori" ovvero dagli eventi avversi prevenibili e dai cosiddetti "quasi eventi" o near-miss.

L'errore, cd *evento avverso prevenibile*, ha pertanto consentito l'occasione di miglioramento per l'organizzazione che, a tale scopo, deve prioritariamente predisporre ed implementare strumenti finalizzati alla identificazione qualitativa/quantitativa dei rischi e di specifiche criticità.

Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

Per questo motivo, nel corso del 2021 è stato progettato e realizzato un ciclo di formazione a più livelli sul rischio clinico.

È stato di fondamentale importanza continuare lungo la strada intrapresa per consentire il mantenimento dello standard, del sistema e quindi del relativo certificato, grazie ad un aggiornamento completo e continuo delle registrazioni ed evidenze da sottoporre all'organismo di certificazione. Il lavoro da svolgere ora è quello affinare i processi e sensibilizzare il personale tutto ad un più completo e performante utilizzo di tale Sistema Di Gestione Della Qualità al fine di condurre i processi aziendali, migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'erogazione dei servizi resi all'utenza.

Le attività hanno riguardato, inoltre, la gestione dei rilievi emessi dall'organismo di certificazione nell'Audit del 2020, comprendendo l'analisi di tutte le osservazioni emerse nel verbale, al fine di verificare l'opportunità di adottare ulteriori azioni di miglioramento per il 2021 e superare adeguatamente la verifica.

Tutta questa attività, come già evidenziato, ha portato a svolgere positivamente la verifica ispettiva dell'organismo esterno di certificazione con il rinnovo del certificato di conformità agli standard UNI EN ISO 9001:2015.





### Il processo di reingegnerizzazione informatica

Il 2021 ha visto la prosecuzione delle attività di tuning di quanto avviato negli anni precedenti, ovvero un miglioramento dei sistemi informativi dell'area sanitaria ed amministrativa.

Nelle UUOO Amministrative, tutti i Sistemi Informativi, ovvero JSIAC (Sistema Informativo Amministrativo-Contabile), JSIPE (Sistema Informativo Gestione del personale), AKROPOLIS (Sistema Informativo Protocollo e Documentale) vengono utilizzati nel pieno delle funzionalità operative.

Nell'ambito amministrativo la realizzazione del passaggio a tecnologia ERP (Enterprise Resource Planning) dei software è avvenuta in modo completo ed è ancora in corso di miglioramento alle esigenze delle varie aree. L'amministrazione ha proseguito con l'implementazione del sistema informativo denominato OSLO, per gestire tutte le procedure che riguardano il Controllo di Gestione.

Per quanto concerne il Sistema Informativo Sanitario, il software eWard (Cartella Clinica Elettronica), viene utilizzato nel pieno delle funzionalità nelle UO Oncologia, Gastroenterologia 1, Gastroenterologia 2, Rianimazione e Terapia Intensiva. Invece nella sola UO di Chirurgia Generale l'utilizzo del Software non è completo, in quanto le cartelle elettroniche vengono inserite nel sistema informativo mancanti della terapia somministrata al paziente.

Per quanto concerne l'area sanitaria, è stata aggiornata per tutti i reparti dell'Ente la cartella clinica elettronica (CCE), in modo da essere tecnicamente conforme a quello che sarà il progetto di cartella clinica regionale. Si è, inoltre, ottemperato a quanto prescritto dall'art. 24 del decreto Semplificazioni convertito in Legge 120/2021, attivando i servizi di PagoPA nel sistema di gestione casse e prenotazioni elettroniche NCUP, così da permettere al paziente il pagamento elettronico delle prestazioni sanitarie prenotate ed eseguite.



#### 4. Il ciclo della performance relativo al 2021

Il Ciclo della Performance per l'anno 2021, ha avuto inizio con la predisposizione del Piano triennale della performance 2021-2022, attraverso il quale sono stati resi noti gli obiettivi generali in coerenza con le direttive di ricerca assegnate dal Ministero della Salute e con la programmazione sanitaria regionale affidata al Direttore Generale.

Il percorso di performance per l'anno conclusosi è illustrato dalla presente Relazione, rappresentando quest'ultima uno stimolo alla conoscenza. La prerogativa del miglioramento in base al processo ciclico di valorizzazione dei risultati rispetto alle attese, ha il fine di sensibilizzare alla performance gli interpreti dei processi e delle attività attuati nell'Istituto.

Nel corso del I semestre del 2021, è stato concretizzato l'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance dopo l'avvio della revisione dei regolamenti di valorizzazione della performance organizzativa e individuale di comparto e dirigenza, condiviso con le organizzazioni Sindacali e col parere positivo dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il monitoraggio trimestrale che ha comportato è descritto nei successivi punti, tenendo presente la divergenza tra i dati forniti e quelli finali, a causa dei ritardi fisiologici nella compilazione della SDO, per questo rivisti attraverso ricostruzioni ipotizzate dalla tendenza, per consentire le riflessioni e le decisioni più opportune da parte del management. Ecco di seguito quanto effettuato:

1. Monitoraggio trimestrale dell'andamento della produttività dei reparti e servizi, in termini di:
  - a) Attività di ricovero per i reparti di degenza con particolare riferimento al numero dei ricoveri, al volume di produzione, al calcolo dell'indice di Degenza media e dell'indice di Complessità; tali dati, elaborati in termini di confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente, sono stati puntualmente trasmessi alle direzioni aziendali nonché rese note alle unità operative coinvolte nella produzione, mediante incontri con i Direttori/Dirigenti responsabili.
  - b) Attività specialistica con riferimento a tutta l'attività ambulatoriale per centro di costo in termini economici con puntuale confronto con l'attività svolta nel pari periodo dell'anno precedente; anche tali dati trasmessi alle direzioni aziendali nonché rese note alle unità operative coinvolte nella produzione.
2. Monitoraggio dell'andamento dell'appropriatezza dei ricoveri:
  - a) Elaborazione trimestrale dei controlli di tutti i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, con segnalazione diretta alle U.O. degli andamenti difformi dal limite richiesto per ciascuna specialità di ricovero
  - b) L'UOS Pianificazione e Controllo ha allertato i reparti di degenza sugli andamenti, consentendo gli opportuni correttivi per contenere i ricoveri impropri;
3. Monitoraggio periodico delle liste d'attesa, parallelamente alle precedenti attività è stato eseguito dal Responsabile Unico delle Liste di Attesa (RULA) quanto previsto dalla normativa in modalità bimestrale con produzione di relazione finale, comprendendo tutta l'attività sia istituzionale che quella in ALPI. È stato eseguito il monitoraggio periodico delle settimane indice dell'andamento delle prenotazioni e dei tempi d'attesa, tale documentazione è stata





puntualmente trasmessa alla Regione per gli adempimenti previsti dalla Norma e pubblicata sul sito aziendale.

Non si è riusciti nel 2021 a migliorare l'attività di rendicontazione per Centro di Responsabilità degli andamenti legati agli obiettivi di BSC, pur se i tempi sono maturi per giungere al conseguimento di una piena *accountability*, ma il 2021 ha visto il mantenimento delle attività di base del monitoraggio descritto ai punti 1 e 2 a seguito dei cambiamenti in atto verso l'evoluzione del sistema regionale MOSS rendendo con la reingegnerizzazione informatica che ha toccato le aree amministrative sanitarie e scientifiche.

Il 2021 non ha conseguito la pieno padronanza di un monitoraggio della gestione, a causa delle incertezze in capo al sistema informatizzato utilizzabile per tale prerogativa. La tecnologia in dotazione, pur presentando idonea *expertise* non ha potuto esprimersi come procedura ponte del passaggio al sistema regionale MOSS che solo nel corso di quest'anno ha trovato conferme per l'avvio, trovando concretamente l'avvio a luglio 2022.





## 5. Analisi della performance

### 5.1 Principali risultati raggiunti: accountability

#### A. Prospettiva economico — finanziaria o dei risultati

Riguardo alla produzione, i valori relativi al 2021 e 2020 e le differenze di scostamento, sono riportate nella tabella successiva.

Importi in €/mgl	Produzione al 31/12/2021	Budget 2021	Assegnazioni	Produzione al 31/12/2020	Delta Produzione 2021- Bgt 2021	Delta Produzione 2020-Assegnazioni	Delta Produzione 2021-2020
Mobilità attiva infraregionale	18.882	19.000	18.882	16.656	- 118	-	2.226
Mobilità attiva extraregionale	451	568	609	624	- 117	- 158	- 173
Prestazioni di File F	5.713	6.500	5.713	6.706	- 787	-	- 993
TOTALE	25.046	26.068	25.205	23.986	1.022	158	1.060

In confronto all'esercizio 2020 si rileva un incremento riguardo ai ricavi rivenienti dalle attività di ricovero in Mobilità intraregionale pari a €/000 2.226. Tale risultato è segno di un'importante ripresa delle attività di reparto che non solo ha consentito di colmare il gap accusato nel 2020 – a causa dell'emergenza sanitaria – ma permesso un ulteriore rilancio della produzione dell'Ente. Il dato relativo all'ambito extraregionale fa rilevare un segno negativo rispetto all'esercizio precedente, pari a €/000 173, alla stessa stregua delle prestazioni da File F che si riducono e segnano un'inflessione pari a €/000 993.

A tal proposito, restando nel perimetro delle Prestazioni di File F, l'analisi va spostata sul dettaglio della successiva tabella.

Volumi attività FILE F			Anno 2021	Anno 2020	Differenze €	
CCO	Descrizione CCO		SSN	SSN	SSN	% SSN
U20	1070103	FILE-F AMB. GASTROENT.1	€ 392.513	€ 428.527	-€ 36.014	-8%
U30	1070703	FILE-F ONCOLOGIA	€ 1.956.967	€ 2.510.670	-€ 553.702	-22%
U40	1070203	FILE-F AMB. GASTROENT.2	€ 3.027.396	€ 3.347.987	-€ 320.591	-10%
U90	1040202	FILE-F - DISTRIBUZ.DIRETTA DIMISSIONI	€ 336.208	€ 418.854	-€ 82.646	-20%
Totale			€ 5.713.084	€ 6.706.038	-€ 992.954	-15%

I risultati economici evidenziano il decremento significativo per tutte le tipologie dei File-f (evidenziati in rosso), con una diminuzione di €/000 82 per la distribuzione diretta dei farmaci HCV correlata ad un fisiologico decremento della patologia, e una diminuzione totale di €/000 993 riguardante la somministrazione che solo se combinata con quanto rilevato nella tabella successiva, in cui si riporta il numero di prestazioni legate al File-F dei vari reparti operanti con tale modalità di prestazioni, può delineare quanto accaduto dal punto di vista dell'efficienza. La maggiore erogazione nel 2021 rispetto all'anno 2020 ovvero n.4.837 infusioni rispetto alle 4.611 denota che si è lavorato di più a fronte di una spesa decrementata. Risultato importanti per l'IRCCS.



Dati ambulatoriali per la somministrazione di FILE-F			2021	2020
Erogante	Esame	Descrizione	QTA	QTA
Oncologia	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	1.532	1.495
Gastro 1	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	164	171
Gastro 2	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	3.141	2.945
TOTALE ATTIVITA' AMBULATORIALE			4.837	4.611

Sul versante generale del risultato di esercizio del 2021, l'Ente fa rilevare una netta ripresa in termini produttivi, comunque sostenuti da costi proporzionati all'incremento delle attività.

Visti i fatti aziendali, si analizza la tabella di seguito come elaborata dai dati di bilancio di esercizio consuntivo 2021, in corso di approvazione.

VOCI DI BILANCIO	VALORI IN BILANCIO			COMPOSIZIONE %		
	Bilancio al 31/12/2021	Bilancio al 31/12/2020	BUDGET 2021	Bilancio al 31/12/2021	Bilancio al 31/12/2020	BUDGET 2021
VALORE DELLA PRODUZIONE	49.379.720	45.438.744	42.168.206	94,39	98,89	100,00
Contributi in c/esercizio	18.500.332	15.362.138	11.222.169	35,36	33,43	26,61
Proventi e ricavi diversi	27.197.718	25.392.519	26.835.624	51,99	55,26	63,64
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	108.368	333.634	62.000	0,21	0,73	0,15
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	684.353	564.821	700.000	1,31	1,23	1,66
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contrib. Vincolati	442.447	1.512.295	1.226.605	0,85	3,29	2,91
Costi capitalizzati	2.446.502	2.273.336	2.121.808	4,68	4,95	5,03
ALTRI PROVENTI	2.935.473	509.472	0	5,61	1,11	0,00
Finanziari	402	174	0	0,00	0,00	0,00
Diversi	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Straordinari	2.935.071	509.297	0	5,61	1,11	0,00
TOTALE RICAVI	52.315.193	45.948.216	42.168.206	100,00	100,00	100,00
COSTI OPERATIVI	55.415.399	50.376.645	44.850.767	96,20	96,45	96,84
Personale	20.201.820	19.043.622	20.246.300	35,07	36,46	43,72
Materiali	13.120.452	12.857.810	12.127.787	22,78	24,62	26,19
Servizi e costi diversi	17.058.164	12.912.167	9.956.842	29,61	24,72	21,50
Ammortamenti	2.611.554	2.385.473	2.125.838	4,53	4,57	4,59
Accantonamenti	2.423.408	3.177.574	394.000	4,21	6,08	0,85
ALTRI ONERI	2.190.361	1.853.822	1.462.726	3,80	3,55	3,16
Finanziari	2.801	0	10.000	0,00	0,00	0,02
Diversi	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Straordinari	616.395	368.596	0	1,07	0,71	0,00
Tributari	1.571.165	1.485.226	1.452.726	2,73	2,84	3,14
TOTALE COSTI	57.605.760	52.230.468	46.313.493	100,00	100,00	100,00
RISULTATO ECONOMICO	-5.290.567	-6.282.252	-4.145.287	0,00	0,00	0,00

La perdita di Esercizio prevista è pari a €/000 5.291, ciò – si ribadisce - nelle more della definitiva approvazione del Bilancio la cui scadenza è stata prorogata alla data del 30/06/2022.

Sulla base dei dati in possesso, si rileva una minore perdita rispetto all'esercizio 2020 pari a €/000 991 e ciò deriva da combinate interazioni Costi/Ricavi che di seguito, per grandi linee, si commentano.

Il Valore della Produzione dell'Ente, rispetto al 2020, si incrementa per €/000 3.941. Tale risultato, oltre ai Contributi in C/Esercizio, che evidenziano un valore positivo (+ €/000 2.510), è determinato dai ricavi per attività socio sanitarie erogate, pari a €/000 27.183, così determinato:

Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria		27.184
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		25.046
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		2.027
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		110



Allo stesso modo la compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) rileva una significativa inflessione, pari a €/000 120.

I delta positivi relativi ai contributi in C/Esercizio fra i due esercizi a confronto risentono comunque dell'effetto virtuoso determinato dalla natura "vincolata" di parte di essi, stante la vocazione scientifica dell'Istituto. Tale natura determina un sostanziale pari importo fra ricavi e costi sostenuti per lo svolgimento dell'attività di ricerca.

Oltre ai contributi per attività di ricerca, le stesse dinamiche contabili vengono registrate in ordine agli utilizzi su quote inutilizzate e ai costi capitalizzati, per effetto, questi ultimi, dei collegati finanziamenti per investimenti.

I Costi della Produzione fanno registrare un incremento per €/000 5.038 le cui ragioni vanno esplicate mediante un'analisi qui solo sinteticamente presentata, lasciando la competenza di merito agli atti allegati all'approvando bilancio 2021.

Si evidenzia l'incremento dei costi relativi al "Personale" per €/000 1.158 che, si precisa, risente della maggiore spesa per assunzioni cosiddette "COVID" utili a far fronte alle problematiche pandemiche, pari a €/000 787, e di €/000 860, afferente ai costi della cosiddetta "Piramide dei Ricercatori, a valere su fondi vincolati del Ministero della Salute (tali dettagli sono presentati ma non sono rilevabili).

Dei Costi Operativi, che nelle varie aggregazioni sostanzialmente pareggiano il dato relativo al 2020, vanno commentate le voci dei "Servizi Non Sanitari". Tale voce, infatti, subisce un importante incremento rispetto all'Esercizio precedente, per €/000 1.938, stante la necessità di confermare, o di stipulare ex novo, contratti per servizi utili ad arginare e contenere gli effetti pandemici all'interno del presidio.

Gli accantonamenti risentono di un decremento 2021/2020 di rilievo, per €/000 654. Ciò è determinato soprattutto dalla gestione dei ricavi vincolati del Ministero che, in funzione del loro utilizzo nell'esercizio sono o meno accantonati a fondo, in ottemperanza all'Art. 29 del D. lgs. 118/11.

Ad ogni buon conto per un più puntuale approfondimento di costi e ricavi si rinvia a agli allegati al provvedimento di approvazione del bilancio di esercizio 2021, di prossima adozione.





## **B. Prospettiva processi interni di gestione**

In merito alla prospettiva dei processi interni di gestione, risulta di rilievo l'attività svolta per migliorare l'inappropriatezza che non ha ancora conseguito i risultati auspicati, seppur rilevando nei reparti un contenimento del fenomeno, invece del suo totale azzeramento, che nell'ottica della intolleranza ha sotteso il trasferimento dell'intento della direzione strategica a tenere alta l'attenzione su questo risultato.

I PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) con la conseguente adozione di protocolli operativi, per patologie specifiche, che hanno determinato la presa in carico dei pazienti in tutto il percorso di diagnosi e cura secondo un approccio multidisciplinare, hanno visto il conseguimento di una implementazione di avvio rispetto al PDTA del cancro del colon-retto, che ottenuto la sua applicazione nei reparti e servizi interessati dal percorso multidisciplinare e la previsione di conseguimento, con l'avvio realizzatosi nel 2021, di implementazione nel 2022 dei PDTA del soggetto obeso e del PDTA delle Lesioni neoplastiche precoci del tratto gastrointestinale.

I risultati richiesti in merito alla puntualità del trasferimento dei flussi sono stati considerati e gestiti dalle strutture sanitarie ed amministrative, pur se con defezioni in merito specie per la consegna delle SDO, sia per i RO che DH.

Ottimo il risultato già descritto precedentemente riguardante la certificazione per la qualità ISO 9001:2015 che ha visto tutte le strutture impegnate e coese nell'ottenimento dell'importante risultato di certificazione.

Rispetto alle attività svolte nel corso del 2021 per il Lavoro Agile, finalizzate ad implementare un opportuno regolamento che avesse la risultanza di regolare le esigenze lavorative quotidiane dei vari contesti amministrativi, qualora fosse stato necessario applicare la riorganizzazione delle stesse attività, come richiesto dalla pandemia con lo *smartworking*, pur rispondendo agli obiettivi assegnati per la formazione e per la rilevazione della mappatura dei processi, non si sono visti gli sviluppi di tale scelta iniziale. Le ragioni di ciò si possono rilevare nell'orientamento della direzione strategica, in linea con le modificazioni avvenute a livello nazionale, di non eleggere il Lavoro Agile a forma di lavoro da privilegiare in modo preferenziale nelle PPAA. Trattasi comunque di un rinvio a momenti di maggiore certezza sul da farsi al riguardo da parte della politica nazionale che ha lasciato la scelta di non adottare un piano specifico, consentendo l'opzione di optare sul lavoro a distanza in caso di richiesta da parte del lavoratore e opzionando in termini percentuali la possibilità per le amministrazioni di autorizzare. L'orientamento dell'Amministrazione dell'IRCCS è stata, quindi, di non prevedere un Piano attuativo del lavoro agile, considerando l'alternativa opzione del vigente art.14 comma 1 della legge n.124 del 2015 s.m.i che specifica "... *In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano*".

In ambito sanitario la degenza media che anche per il 2021 non ha conseguito il raggiungimento dei risultati richiesti, situazione che ha richiesto un'analisi da parte della Direzione Sanitaria che ha condotto a specifiche attenzioni per il 2022.

Relativamente al potenziamento della rete ospedaliera regionale giusta DGR 1079 del 09/07/2020, rispetto a quanto richiesto all'IRCCS de Bellis in merito, si può confermare il prosieguo delle attività nel corso del 2021 che hanno portato al conseguimento dell'obiettivo dell'implementazione di nuovi posti letto nel 2022 in Rianimazione e Terapia Intensiva a giugno

2022, denotando l'impegno profuso dall'Istituto in merito.

La sensibilizzazione alle attività del RPCT (Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) rispetto a tutto il personale ed in particolare sui referenti nominati nel Piano (PTPCT 2021 – 2023), ha rilevato un importante orientamento verso le raccomandazioni ANAC di creare cultura anti-corruttiva, che si è profusa nell'IRCCS mediante i corsi tenuti a tutto il personale e agli specifici profili dei referenti, con l'avvio di un orientamento volto a dare dovuta considerazione agli adempimenti di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

### **C. Prospettiva apprendimento e crescita**

Viene riportato un altro aspetto di performance, che misura la crescita e l'apprendimento del personale, finalizzato a far crescere le competenze del futuro dell'IRCCS riguardo l'elevato grado di intercambiabilità raggiunto degli operatori, specie di quelli del contesto sanitario.

Tali risultati continuano a perseguirsi di anno in anno in tutte le unità operative in considerazione del fatto che i relativi responsabili hanno ritenuto strategico investire sul personale anche per garantire la continuità delle procedure richieste dall'utenza a prescindere dalle assenze del personale.

Tale esigenza è stata gestita anche nell'ambito amministrativo, dove tuttavia si segnalano le maggiori carenze di personale che, pertanto, non consentono un'adeguata rotazione tra le varie attività e/o uffici.

Si è operato, inoltre, al fine di contenere i tempi di erogazione delle prestazioni sotto monitoraggio del PNGLA, orientando le strutture rientranti in tale controllo ad erogare prestazioni in modalità di prestazioni aggiuntive, sotto la supervisione della Direzione Sanitaria, rispetto a dette prestazioni ed erogate in abbattimento delle liste di attesa.

### **D. Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno**

Nell'ottica della soddisfazione del paziente, le attività condotte dall'ufficio URP hanno rilevato parzialmente la percezione della qualità delle prestazioni erogate dall'Istituto da parte dell'utenza anche con le complicità dovute all'interruzione delle attività di verifica della soddisfazione dell'utenza, causa il distanziamento per l'infezione da Covid 19. L'analisi dei dati per reclami o contestazioni ai responsabili delle diverse articolazioni non hanno trovato nel 2021 la repentina trattazione delle casistiche nel momento del loro determinarsi, basando l'analisi, sul numero di questionari effettivamente disponibili presso l'URP.

È di rilievo l'attività svolta rispetto alle rilevazioni e valutazione del clima organizzativo che ha prodotto quanto depositato presso la Direzione Sanitaria.





## 5.2 Analisi del contesto e delle risorse umane

Sulla base della programmazione del Piano Triennale di Fabbisogno 2020-2022 adottato con deliberazione n.704 del 29/12/2020, approvato dal Dipartimento Regionale con DGR n.389 del 31/03/2022 e successivamente approvato in via definitiva con deliberazione n.184 del 10/05/2022 da questo Istituto, i direttori delle varie strutture e il Direttore Generale, al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi e quindi il conseguimento dei livelli di performance, riportati nelle schede di budget, hanno concordato il contingente di personale da reclutare sia con riferimento al ruolo sanitario che a quello tecnico. Tali necessità pianificate hanno trovato attivazione da parte dell'Area Gestione delle Risorse Umane nell'espletamento delle relative procedure. A quanto programmato va aggiunto il reclutamento effettuato

A tal fine si evidenziano le procedure gestite e comunicate al Dipartimento regionale della Salute del Benessere Animale in qualche modo gestite nel corso del 2021:

ELENCO PROCEDURE CONCORSUALI						
BANDI DI CONCORSO CONCLUSI	PROFILO	ATTO DI APPROVAZIONE	T.I./T.D.	NUMERO POSTI A CONCORSO	DELIBERA APPROVAZIONE GRADUATORIA	DELIBERE DI SCORRIMENTO GRADUATORIA
CONCORSO PUBBLICO	DIRIGENTE BIOLOGO - Igiene degli Alimenti e Nutrizione	del.indizione n.484 del 26/07/2019	T.I.	1	del.n.247 del 09/08/2021 Approvazione graduatoria e nomina vincitore (restanti n.7 candidati idonei)	del.n.362 del 13/10/2021 - scorrimento assunzione n.5 unità (dal 2° al 6° posto)
CONCORSO PUBBLICO	DIRIGENTE MEDICO - GASTROENTEROLOGIA	del.indizione n.744 del 23/12/2019	T.I.	1	del.n.30 del 03/02/2021 Approvazione graduatorie Medici spec. e in Formaz.spec.- nomina vincitore	del.C.S.n.10 del 30/03/2021 scorrimento assunzione n.5 unità del.n.64 del 09/08/2022 - scorrimento assunzione n.2 unità
CONCORSO PUBBLICO	AUSILIARIO SPECIALIZZATO (Legge 68/99)	del.indizione n.553 del 21/10/2016	T.I.	2	del.n.926 del 24/12/2018 Approvazione graduatoria del.scorrimento grad.n.295 del 03/09/2021	del.n.426 del 24/08/2020 - scorrimento assunzione fino 11° posto
CONCORSO PUBBLICO	DIRIGENTE MEDICO - ENDOCRINOLOGIA	del.indizione n.501 del 06/08/2019	T.I.	2	del.n.43 del 04/02/2022 Approvazione graduatorie Medici spec. e in Formaz.spec.- nomina n.2 vincitori (conferimento incarichi in corso)	
AVVISO PUBBLICO - COVID	CPS-TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO	del.indizione n.28 del 21/01/2022	T.D.	3	del.n.70 del 18/03/2022 Approvazione graduatoria e conferim.2 incarichi (tot.n.2 candidati)	
AVVISO PUBBLICO - COVID	CPS-TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA	del.indizione n.27 del 21/01/2022	T.D.	3	del.n.57 del 14/03/2022 Approvazione graduatoria e conferim.3 incarichi (restanti n.6 candidati idonei)	
AVVISO PUBBLICO - COVID	DIRIGENTE MEDICO - ANATOMIA PATOLOGICA	del.indizione n.9 del 18/01/2022	T.D.	1	del.n.23 del 28/02/2022 Approvazione graduatoria e conferim.1 incarico (restante n.1 candidato idoneo)	
AVVISO PUBBLICO - COVID	DIRIGENTE MEDICO - CARDIOLOGIA	del.indizione n.8 del 18/01/2022	T.D.	1	nessuna domanda pervenuta	
STABILIZZAZIONI						
BANDI DI CONCORSO/AVVISI IN CORSO	PROFILO	ATTO DI APPROVAZIONE	T.I./T.D.	NUMERO POSTI A CONCORSO	DELIBERA APPROVAZIONE GRADUATORIA	DELIBERE DI SCORRIMENTO GRADUATORIA
CONCORSO PUBBLICO	DIRIGENTE MEDICO RADIODIAGNOSTICA	del.indizione n.724 del 09/12/2019	T.I.	1	del.n.472 del 23/09/2020 Ammissione candidati	
CONCORSO PUBBLICO	CPS - DIETISTA	del.n.144 del 04/03/2019 riapertura termini	T.I.	1	del.n.299 del 10/09/2021 Ammissione candidati	
CONCORSO PUBBLICO	COADIUTORE AMM.VO (Legge 68/99)	del.indizione n.553 del 21/10/2015	T.I.	2	del.n.523/16 Ammissione candidati	





### 5.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

#### 5.3.1. Obiettivi specifici annuali dell'amministrazione nel suo complesso.

Gli obiettivi specifici 2021 sono descritti, nel rispetto delle linee guida citate nella premessa della presente relazione della performance, con i passaggi schematizzati riportati in sintesi ai punti sottostanti.

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1a	Incremento dei ricavi	Incremento ricoveri e nuove prestazioni sanitarie Acquisizione di finanziamenti	Ricavi produzione SSN 2021 maggiori ai ricavi conseguiti da ricoveri e specialistica 2020	>17.600.000
L'obiettivo è stato assegnato con il fine di mantenere i ricavi e le attività di produzione generalmente intese e fondamentali per la sopravvivenza dell'Istituto a carattere scientifico				
Risultato misurato: Evidenza della produzione economica € e scientifica mediante la rilevazione dai dati ministeriali dell'IFN prodotta dall'Istituto				
Fonti Utilizzate: Attestazioni sistema Edotto per la produzione economica e documenti ministeriali provvisori in corso di consolidamento per l'IFN.				
Risultato valutato: Produzione scientifica dell'indicatore di Impact Factor Normalizzato ed economica in € per erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali rilevate dal sistema regionale Edotto ed NCup - Ticket.				
<u>Direttore Scientifico</u> La descrizione dell'obiettivo con evidenza documentale, ha confermato il raggiungimento del risultato positivo di produzione di IFN				
<u>Reparti e Servizi</u> Tutti i reparti e servizi hanno raggiunto il target previsto di produzione, ad eccezione dell'UOC di Anatomia Patologica, in riferimento alla quale il dirigente medico ha prodotto evidenza. <a href="#">performance generale positiva per l'obiettivo trattato</a>				
Note				





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A2	1.Program. Fabbisogno Beni e Servizi anche Finanziari. FESR 2.Proposte progettuali 3.Pianificazione dello straordinario	1.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi 2.Comunicare entro i termini 3.Rispetto budget straordinario	1.Giorni di ritardo nella trasmissione 2. gg ritardo nella trasmissione 3.Numero ore oltre il budget	=0 =0 =0

**L'obiettivo**

Si è inteso investire tutte le UUOO per riorganizzare e riprogrammare le attività svolte nell'ottica delle esigenze dello Stato di Emergenza pandemica, tal volta adottando progettualità e riadattamenti operativi. Tale aspetto generalizzato ha consentito alla Struttura Tecnica Permanente di considerare il punto 2 soddisfatto nel suo conseguimento per tutte le strutture aziendali.

**Risultato misurato:**

Direttore Scientifico e Direzione Scientifica

È stata effettuata puntuale comunicazione delle esigenze di programmazione biennale di beni e servizi della ricerca e del supporto. La Direzione ha operato con programmazione rispetto alle esigenze di supporto statistico.

Reparti e Servizi

I punti 1 e 3, in cui si spaccetta l'obiettivo, risultano raggiunti da tutte le UU.OO. sanitarie.

Si rileva una carenza di attestazione documentale rispetto alle progettualità auspiccate dallo stesso obiettivo al punto 2. Considerata la necessità di continue riorganizzazioni richieste dall'emergenza pandemica nei vari momenti dell'anno al contesto sanitario, la STP ha ritenuto di poter considerare, in linea di massima, una riconoscibile versatilità dell'organizzazione, considerato il buon andamento dell'Istituto nella gestione dei pazienti e delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, attestata da una incrementata produzione.

Aree Amministrative

Le strutture amministrative hanno effettuato la presentazione di progettualità utili a riorganizzare le attività in capo alle stesse. Va fatta opportuna valutazione rispetto alle attività del protocollo informativo degli AA.GG. che ha visto l'impossibilità del conseguimento dell'obiettivo. In considerazione delle attenuanti verificatesi rispetto al prodotto software inadeguato.

L'UOC Patrimonio ha attestato con deliberazione del Direttore Generale n.389 del 28/10/2021, l'avvenuta comunicazione del fabbisogno biennale di beni e servizi e opere e programma delle Opere pubbliche 2022-2023, come richiesto dalla normativa. In tal modo ha attestato l'avvenuta comunicazione da parte delle varie articolazioni aziendali di quanto necessario.

1. È stato assegnato alle UUOO al fine di consentire all'UOC del Patrimonio di acquisire agevolmente quanto necessario per ottemperare all'obbligo di comunicazione del programma biennale di fabbisogno di beni e servizi.
2. È stato considerato, inoltre, importante stimolare le attività delle UO nel senso della riorganizzazione e riproposizione della attività in ottica progettuale per consentire un miglioramento continuo nel senso della performance

Fonti Utilizzate: Atti e valutazioni di contesto. Per lo straordinario è stato approntato un documento di sintesi sull'andamento di tutte le UUOO rispetto al budget assegnato, rilevando il pieno rispetto della programmazione da parte di tutti.

Risultato valutato: Il regolare svolgimento delle attività amministrative rispetto ai tre punti assegnati con le attestazioni prodotte dalla UUOO tenute a rendicontare e monitorare il raggiungimento del risultato richiesto, riscontrato nei rapporti delle relazioni di budget:

Performance generale è positiva per l'obiettivo trattato.

Note: Nessuna



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1b	Contenimento dei costi	<p>Contenere costi di beni, servizi. Rispetto dei limiti di spesa del Personale: 50% del 2009 per i T.D. e 1,4% della spesa complessiva rispetto al 2004.</p> <p>Contenere la spesa dispositivi e farmaceutica: (brand, antibiotici, prestazioni a distribuzione territoriale, dispositivi in vitro, dispositivi ad alto costo)</p>	<p>Gestione dei costi rispetto 2020:</p> <p>1. Riduzione di utilizzo di antibiotici cat. J01DH sul consumo totale antibiotici</p> <p>2. Incremento prescrizioni biosimilari a distribuzione territoriale</p> <p>3. Contenimento costi dispositivi medici in vitro</p> <p>4. Scorte dispositivi ad alto costo</p> <hr/> <p>1. Limiti di spesa del personale</p>	<p>&gt;20%</p> <p>&gt;30%</p> <p>=Stipula contratti di aggiudic.ne gare &lt;Bisogno bimestrale</p> <hr/> <p>1,4% &amp; 50%</p>

**L'obiettivo**

Per il 2021 si è continuato a focalizzare dove è possibile contenere la spesa farmaceutica, mantenendo la corrispondenza degli obiettivi assegnati dalla regione sulle singole strutture.

Le attività di monitoraggio del controllo dei limiti da rispettare per il reclutamento del personale, hanno trovato piena osservanza e rendicontazione da parte delle strutture amministrative e della Direzione Sanitaria e Servizio di Farmacia.

**Risultato misurato:** Rispetto dei limiti per il reclutamento del personale – Misurazione del contenimento dei costi dei dispositivi sanitari e del maggior utilizzo dei biosimilari – Contenimento dei consumi degli antibiotici da parte dei reparti – Verifica delle scorte contenute sotto i consumi medi bimestrali

**Fonti Utilizzate:** Tabelle di monitoraggio prodotto dall'UOSD di Farmacia, inviate trimestralmente e con consuntivi finale annuale. Documentazione di note della Direzione Sanitaria e degli atti deliberativi rispetto agli argomenti descritti e riportati nelle relazioni.

**Risultato valutato:**

Direttore Scientifico

La produzione di IFN ha trovato coerenza con le richieste di produzione dei punti di IFN rivenienti dalla collaborazione fra personale interno di ricerca e di assistenza, denotando una produzione rilevata al 50%, ovvero 210 punti, rispetto al mix fissato di 50 punti dall'indicatore.

Direzione Scientifica

È stata rilevata la puntuale verifica della coerenza dei costi sostenuti rispetto ai finanziamenti erogati all'Istituto, con le necessarie interazioni con l'AGREF.

Reparti e Servizi

La relazione sul dell'UOSD di Farmacia ha consentito di verificare il rispetto del contenimento dei costi richiesto dall'obiettivo in carico a reparti e servizi per contenere i consumi dei dispositivi ad alto costo, materiale in vitro, antibiotici J01DH caparbapenemici e promuovere il consumo di Biosimilari in alternativa ai farmaci Originator.

Col supporto del rendiconto riportato nella citata relazione è stato possibile rilevare le risultanze e verificare che i reparti di Gastro 1, Gastro 2, Rianimazione e TI cui è ricompreso il Blocco Operatorio, rispetto al consumo di antibiotici caparbapenemici, pur non risultando un contenimento dei consumi richiesto dall'indicatore, è stato effettuato un uso appropriato del farmaco. Tale risultato può essere considerato positivo, guardando la questione nell'ottica del benessere della salute del paziente. Per l'UO Diagnostica per Immagini, che non ha conseguito i risultati richiesti oltre ai servizi di Anatomia Patologica e Patologia clinica relativamente al contenimento dei consumi di materiali ad alto costo e in vitro, è risultato quanto dichiarato dalla relazione dell'UOSD di Farmacia ospedaliera, rilevandosi con mancato raggiungimento dell'obiettivo in quanto il dettaglio totalizzato non rispetta il target di giacenza richiesto.

Il Direttore Sanitario ha espresso giustificazioni rispetto al contenimento delle scorte di magazzino a fine esercizio, in quanto necessario mantenere la disponibilità dei materiali per evitare interruzioni di pubblico servizio.

Aree Amministrative

Risultano rispettati i target richiesti alle aree amministrative rispetto all'attività di controllo e monitoraggio oltre che di pianificazione dei costi aziendali per il 2021. La componente amministrativa sulle attività da eseguire rispetto all'obiettivo ha ottemperato con le deliberazioni e i monitoraggi necessari per il mantenimento dei limiti assunzionali sotto i valori prescritti dalla normativa nazionale e regionale.

Le altre aree amministrative hanno contribuito in termini di assolvimento delle pratiche relative alla centralizzazione degli acquisti e al monitoraggio degli andamenti, in primis da parte della Direzione Sanitaria, rispetto a Reparti e Servizi, col supporto della UOSD della Farmacia per il contenimento dei costi dei beni sanitari come farmaci, dispositivi sanitari, biosimilari e relative scorte.

**performance generale positiva per l'obiettivo trattato**

Note Il pieno raggiungimento di questo obiettivo si è contrapposto alla necessaria criticità di assolvere al bisogno di erogazione dei servizi ai pazienti.



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriata Migliorare la rilevazione COAN	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery. Consolidare la Contabilità Analitica	Numero DRG fra i 108 ad alto rischio inappropriata Efficientamento della COAN	=0 =Disponibilità dei dati
<p>L'obiettivo: è richiesto l'utilizzo di forme alternative di prestazione sanitaria rispetto al ricovero per contenere l'inappropriata</p> <p>Risultato misurato: È stato rilevato il dato percentuale dei ricoveri inappropriati per ogni reparto dell'Istituto rispetto a quelli appropriati, valutando il rispetto alla percentuale del target.</p> <p>È stata verificata l'appropriatezza rispetto all'esecuzione prioritaria degli esami interni a fronte di quelli esterni per l'Anatomia Patologica in particolare e per la farmacia l'adeguatezza prescrittiva dei farmaci.</p> <p>Fonti Utilizzate: NCUP, Edotto (a cura della STP)</p> <p>Risultato valutato:</p> <p><u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> Rispetto delle attese sulle progettualità di ricerca corrente richiesti al direttore scientifico e degli studi di sperimentazione richiesti alla struttura della direzione, in quanto tutti effettuati.</p> <p><u>Reparti e Servizi</u> Rispetto all'azzeramento dell'inappropriata, i dati sono stati rilevati dal sistema Edotto e ritenuti utili alla valorizzazione dell'obiettivo che ha portato a considerare non raggiunto il target per i reparti, salvo l'Oncologia che ha giustificato i casi inappropriati e la Rianimazione e TI che ha zero inappropriata. Il Direttore Sanitario ha presentato le giustificazioni per i reparti rispetto alle casistiche inappropriata, consentendo di riconsiderare raggiunto l'obiettivo. I servizi sono risultati rispettosi dei risultati affidati.</p> <p><u>Aree Amministrative</u> Sono risultate rispettose tutte le UU.OO. amministrative rispetto alle richieste di migliorare e monitorare i processi interni per gli indicatori e target dell'obiettivi qui considerato.</p> <p>Performance ben orientata verso miglioramento per l'obiettivo trattato relativamente ai processi di gestione.</p> <p>Note nessuna.</p>				





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B2	Revisione processi per Innovare e adempiere a Privacy e Anticorruzione	Documentare attività per ridurre sprechi di tempi e risorse adeguandosi agli obblighi di Privacy e Anticorruzione.	Numero attività documentate da DPO per la Privacy e dal RPCT per Anticorruzione	Relazione
<p>L'obiettivo: Operare nell'ambito dell'Istituto col fine di rispettare pienamente le prescrizioni dettate dalla normativa in tema di privacy e prevenzione della corruzione e trasparenza.</p> <p><b>Risultato misurato:</b>                      Le attestazioni rilevate sulle relazioni, hanno delineato l'andamento per questo obiettivo qualitativo, sia da parte del DPO che da parte dell'RPCT, hanno rilevato talvolta difformità rispetto alla prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'inosservanza dei monitoraggi richiesti dall'RPCT e delle pubblicazioni rispetto agli obblighi di trasparenza dettati dall'allegato 1 del D.Lgs. n.33 del 2013.</p> <p>Fonti Utilizzate: Dichiarazione dei responsabili RPCT e DPO con relazioni prodotte.</p> <p><b>Risultato valutato:</b>  <i>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica + Reparti e Servizi + Aree Amministrative</i>                      Le relazioni pervenute da parte del Responsabile della prevenzione della Corruzione e del responsabile Privacy consentono la rilevazione del raggiungimento delle attese per l'obiettivo.                      Non risultano rendicontati gli obiettivi riguardanti le richieste di monitoraggio dettate dal PTPC 2021-2023 come programmati dal RPCT per la Direzione Sanitaria e l'UOC del Patrimonio e Servizi Tecnici.                      Il Direttore Sanitario e il responsabile hanno giustificato con idonea attestazione l'inadempienza della direzione Sanitaria a causa delle impegnative attività di riorganizzazione che hanno comportato il mancato monitoraggio rispetto al quale si impegna per l'effettuazione nel 2022.  <u>performance positiva per l'obiettivo trattato.</u></p> <p>Note nessuna</p>				





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B3	Partecipazione alla diffusione delle informazioni, e tempestività della comunicazione	Predisporre i dati utili alla formazione dei flussi, ai fini dell'adempimento e del rispetto delle prescrizioni normative regionale e nazionali. Fornire i dati utili all'Amministrazione Trasparente e alle rendicontazioni dei costi sostenuti e del Personale assunto per fronteggiare l'emergenza COvid-19	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0
L'obiettivo: Dare importanza al rispetto dei tempi di scadenza dei flussi informativi.				
Risultato misurato: Rispetto alle consegne delle SDO dai reparti rilevando il supporto dei servizi per il rispetto di tali tempi				
Fonti Utilizzate: Sono state rilevate dal sistema di edotto le schede SDO DH e SDA non validate al fine di rilevare il rispetto di quanto richiesto dall'obiettivo col fine di valorizzare il risultato in positivo in caso risultasse completa compilazione dei documenti di ricovero e ambulatorio, rilevando le evidenze da Edotto, al fine di rilevare schede adeguatamente gestite alla dimissione.				
<p>Risultato valutato:</p> <p><u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> La produzione di IFN è stata comunicata nei tempi utili al Ministero da parte del Direttore Scientifico e all'UOC del Personale per la valorizzazione della premialità da parte della Direzione Scientifica, ciò comportando il raggiungimento dell'obiettivo. Anche i punti 1 e 2 del medesimo obiettivo sono stati conseguiti rispetto alla puntuale produzione dei flussi COAN e di Amministrazione Trasparente.</p> <p><u>Reparti e Servizi:</u> La puntualità nella consegna documentale per l'adempimento di presentazione dei flussi, rispetto al contesto sanitario trova ancora delle mancanze nella regolarità a causa dei rilievi rispetto alle SDO di RO e DH. Sono inadempienti i reparti di Chirurgia e Gastro 2.</p> <p><u>Aree Amministrative</u> I risultati conseguiti rispetto agli obblighi di trasparenza, ai sensi del Dlgs 33/2013 con l'annesso allegato 1 che detta puntualmente gli obblighi da rispettare da parte di un'Amministrazione, rilevano le mancate risposte al riguardo da parte di alcune UU.OO. agli inviti del RPCT, ciò richiedendo maggiore sensibilizzazione su tali adempimenti obbligatori, che necessitano dell'attenta e utile disponibilità a trasferire informazioni di pubblicazione su contenuti da rendicontare nella sezione Amministrazione Trasparente. Ad ogni buon conto per le attività di visibilità dei dati, richiesta dalla normativa, è risultato un soddisfacente aggiornamento degli obblighi informativi nella sezione Amministrazione Trasparente, che pur se richiedente un mantenimento delle attenzioni sul tema trasparenza, denota il raggiungimento degli obiettivi di adempimento informativo richiesto dal Decreto citato a questa amministrazione. La STP ha considerato raggiunti gli obiettivi delle aree interessate dal target dell'obiettivo.</p> <p>Performance generale positiva, segnalata la necessità di miglioramento di 2 reparti meno performanti nella consegna delle SDO</p> <p>Note Segnalata la necessità di una migliore gestione per evitare carenza informativa di SDO e SDA nei sistemi regionali.</p>				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B4	Efficienza Operativa	1. Riorganizzare attività di ricoveri 2. Pieno utilizzo dei software 3. Documento di riorganizz.ne 4. Pieno utilizzo ricetta bianca 5. Aumentare indice di complessità 6. Affidamento alle linee guida dei PDTA 7. metodo Risk Based Thinking	1. Degenza media 2. Relazione SIA 3. Presentazione al protocollo 4. Numero ricette rosse 5. Indice complessità 6. N. PDTA implementati / adottati 7. Esecuz. Valutazione Rischio FMEA	<=8 and = Ok and >=1 and =0 and >(definire) and >=2 and =Ok resp. Quality

L'obiettivo: Migliorare il turn-over dei posti letto abbassando la degenza media, incrementando la complessità utilizzando le strumentazioni informatiche, adottando i PDTA e operando nella direzione della qualità assistenziale, realizzando in collaborazione con il responsabile della Qualità attraverso la mappatura dei processi a rischio con la metodologia FMEA. La prescrizione mediante impegnativa delle indagini diagnostiche doveva orientarsi nella direzione del pieno utilizzo della ricetta dematerializzata.

Risultato misurato:

Reparti e Servizi

Le diverse componenti dell'obiettivo sono risultate quantificate in termini di valorizzazione dell'obiettivo rilevandosi una tendenza al non rispetto del target relativo alla degenza media, sulla cui evidenza il Direttore Sanitario ha espresso le considerazioni che hanno consentito di riconoscere il raggiungimento dell'obiettivo riguardo la Rianimazione e TI compreso il target non raggiunto del target dell'indice di complessità. Lo stesso Direttore ha attestato rispetto ai PDTA dichiarando che risultando implementati con la piena collaborazione dei reparti e servizi, mentre per gli altri punti dell'obiettivo si riportano di seguito le relative risultanze del loro conseguimento:

- Il pieno utilizzo dei software ha rilevato l'inadempienza della Chirurgia.
- Per la chirurgia risulta l'organizzazione consolidata del pre-ricovero che ha consentito la gestione dell'obiettivo in maniera ottimale.
- La STP in merito all'obiettivo dell'azzeramento di utilizzo di impegnative non dematerializzate (rosse) ha posto la verifica considerando non raggiunto con valutazione negativa per l'UO quantunque un dirigente medico ivi afferente avesse, nel corso del 2021, utilizzato più di un blocchetto, considerando giustificabile l'utilizzo di uno solo per i casi di malfunzionamento dei sistemi informatici. Tale risultanza ha visto il mancato raggiungimento da parte della UOC di Gastro 2.
- In merito ai risultati per la certificazione della qualità ISO 9001:2015, si rileva dalla relazione del responsabile della qualità il conseguimento della certificazione da parte di tutte le UU.OO. per l'annualità 2021.

Aree Amministrative

Risulta la completa ottemperanza delle varie tipologie di processi interni proposte dall'obiettivo per le aree amministrative, rispettandosi le sfaccettature singolarmente affidate ai diversi centri di responsabilità, nel conseguimento del risultato auspicato in termini di attività da effettuare.

Fonti Utilizzate: Reportistica generata dai dati di Edotto per il monitoraggio degli andamenti, unitamente alle attestazioni degli aspetti qualitativi. Controdeduzioni dalle relazioni di budget richieste ai sistemi informativi aziendali, al responsabile della qualità in merito alla collaborazione per la certificazione ISO 9001:2015, autocertificazione della partecipazione e riscontro dalla Direzione Sanitaria per l'utilizzo dei PDTA.

Risultato valutato:

La degenza media risultante nel 2021 per tutti i reparti in cui l'obiettivo era stato richiesto non ha visto un abbassamento dell'indicatore che è stato conseguito, salvo che per il reparto di Oncologia.

Al pari della degenza media si rileva un generale miglioramento dell'indice di complessità, con un decremento minimo rilevato per l'Anestesia e Rianimazione.

Positivo è anche il risultato della mappatura dei processi al fine della rilevazione della qualità.

I tempi di consegna dei referti, considerati attestati correttamente da parte dei responsabili dei servizi, sono stati considerati raggiunti.

Performance generale, positiva per tutti da migliorare la Gastro 2 sul versante dematerializzata e Chirurgia per l'utilizzo dei software

Note. nessuna.





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C1	Nessuna contestazione da parte delle unità di ricerca al Direttore Scientifico	Curare e consentire la fornitura delle informazioni richieste dal contesto scientifico	Gestire segnalazioni negative	Ok Direttore Scientifico
	Accogliere i ricoveri/ i pazienti in transito presso i servizi.	Personale dedicato ad accogliere e applicazione misure anticovid	Contestazioni per l'accoglienza presso URP	Segnalazioni negative
	Nessuna contestazione da parte degli utenti interni alla Direzione Amministrativa. Indice Tempestività Pagamenti Fornitori.	Organizzazione delle attività Verifica tempestività sui punti di liquidazione	Valore indice ITP	<55gg
<p>L'obiettivo: Contenere i comportamenti non accettabili in un contesto di ricovero e cura di eccellenza, favorendo le attenzioni verso i pazienti, fra i colleghi e con gli stakeholder in generale.</p> <p>Risultato misurato:</p> <p><u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica:</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 l'obiettivo nell'ottica della soddisfazione degli stakeholder, ha visto la collaborazione fra ricercatori, conseguendo il pieno conseguimento delle attese rispetto al capo della ricerca investito di conseguire l'obiettivo e la piena soddisfazione dell'utenza afferente alla direzione scientifica che non ha eccepito alcuna segnalazione o contestazione.</p> <p><u>Reparti e Servizi</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 la STP ha esaminato la relazione della Direzione Sanitaria per verificare quanto comunicato dall'URP e quanto ottemperato dalle UU.OO. in merito alla gestione delle segnalazioni. Da tale analisi è risultato che tutte le UU.OO. messe a conoscenza delle criticità hanno gestito le segnalazioni se pervenute.</p> <p><u>Aree Amministrative</u> In merito all'obiettivo indicato al punto 1 si è rilevata la sensibilizzazione delle aree alla collaborazione e al miglioramento dei servizi offerti ai dipendenti, fornitori, e a tutti gli stakeholder in generale, rendendo soddisfacente il raggiungimento del presente obiettivo dal contesto amministrativo. Riguardo al punto 2 del clima organizzativo, comune a tutte le aree, si è preso atto della relazione prodotta sullo stress correlato e dei report finali che hanno denotato la partecipazione richiesta dal target, consentendo di ritenere positivo il risultato della rilevazione quale risultato raggiunto da tutte le UU.OO. non potendosi distinguere la misura distinta della partecipazione, ma il risultato generale ottenuto.</p> <p>Fonti Utilizzate: Comunicazioni dell'URP alla Direzione Sanitaria e rilevazioni della Direzione amministrativa rispetto alle UO amministrative.</p> <p>Risultato valutato: Si rilevano contestazioni e segnalazioni relative all'accoglienza, focus dell'obiettivo, entro la tolleranza fisiologica delle lamentele. In nessun caso i reclami hanno comportato situazioni gravi, dato atto che a tal fine la STP ha analizzato la relazione della Direzione Sanitaria in cui non si rileva alcun commento negativo in merito. È stato apprezzata la reportistica prodotto riguardo il clima organizzativo mediante elaborazione dei questionari per rilevare la considerazione dei dipendenti sul tema. <u>Performance per l'obiettivo trattato POSITIVA ponendo sempre maggiore sensibilizzazione del personale</u></p>				
Note				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C2	1.Sensibilizzazione reclami e contestazioni 2.Ridurre tempi d'attesa: prestazioni e referti	1.Monitorare mensilmente i dati forniti dall'ufficio URP 2.Rispetto del piano regionale	1.Numero segnalazioni negative 2.Valori piano regionale	<=2 and =Ok resp. RULA

L'obiettivo: Verificare con i monitoraggi la correttezza comportamentale degli operatori sia amministrativi che sanitari.

Risultato misurato:

Direttore Scientifico e Direzione Scientifica + Reparti e Servizi + Aree Amministrative

L'accoglienza e la cura degli stakeholder, quale filosofia aziendale, è stata riscontrata in tutte le aree rilevando risultati ritenuti soddisfacenti dalla STP. Inoltre è stata esaminata la relazione del RULA rispetto alle attività 2021, su cui lo stesso ha effettuato gli adempimenti richiesti non rilevando alcuna criticità, denotando la mancanza di rilievi negativi in merito.

Fonti Utilizzate: Comunicazioni alle direzioni aziendali e rilevazioni effettuate dall'ufficio URP

Risultato valutato: Si è rilevato che non sono presenti segnalazioni negative nei comportamenti dei dipendenti, rilevandosi la mancanza di provvedimenti disciplinari verso il personale. Va certamente considerato il periodo critico vissuto in riferimento alla pandemia in atto nel corso del 2021 che ha spinto verso la solidarietà e la collaborazione, malgrado stati di assoluta incertezza sulla correttezza dei comportamenti da tenere per prevenire i contagi

[Performance per l'obiettivo trattato Positiva](#)

Note

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C3	Individuazione dei contesti di ampliamento	1.Presentare relazione su modalità e contesti. (legato A1a) 2.Attrattività extra-regionale	1.Attivazione proposte 2. N. Ricoveri Extra / N. Ricoveri Intra	>=2 >_%(definire)

L'obiettivo: Verificare con i monitoraggi la correttezza comportamentale degli operatori sanitari e della attività trials.

Risultato misurato: rilevazione della propositività.

Fonti Utilizzate: Comunicazioni alle direzioni aziendali e rilevazioni effettuate dall'ufficio URP

Risultato valutato:

Direttore Scientifico e Direzione Scientifica

La ricerca ha risposto positivamente al target dell'obiettivo consistente nell'attivare trial clinici, che è stata effettuata dal Direttore della Ricerca Scientifica nel numero di 44 trials, trovando in tale attività il completo supporto della struttura della Direzione scientifica che ha attestato il proprio supporto a tale risultato.

Reparti e Servizi

Quanto rilevato dalla rendicontazione prodotta dal contesto sanitario, reparti e servizi, risulta, rispetto all'ampliamento dell'offerta, che i risultati sono considerabili utili da parte della STP. Non si evidenziano criticità in merito, rilevandosi il riscontro di impegno profuso al fine di fidelizzare l'utenza, anche attraendo, per quanto possibile, dal contesto extraregionale. La modesta risultanza di attrazione extraregionale è comunque segnalata una conseguenza dell'emergenza pandemica.

[Performance per l'obiettivo trattato Positiva](#)

Note nessuna





Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D1	Formazione tra colleghi	Sostituzione di personale in procedure	Numero di procedure processate	>=2
L'obiettivo: Finalizzato a dare peso alla formazione dei dipendenti per la crescita dell'IRCCS, rendendo le procedure indipendenti dalla presenza dell'esecutore abituale				
Risultato misurato: Attività formativa svolta con le indicazioni di quanto effettuato o con corsi di formazione o con formazione interna.				
Fonti Utilizzate: Dichiarazione dei responsabili e riscontro dall'ufficio Formazione.				
<p>Risultato valutato:</p> <p><u>Direttore Scientifico e Direzione Scientifica + Reparti e Servizi + Aree Amministrative</u></p> <p>In merito a tali obiettivi si è ritenuto validante quanto dichiarato in autocertificazione dai responsabili, con annessa documentazione di attestazione ove possibile in particolare per quanto richiesto per il contributo alle necessità di collaborazione con la ricerca da parte dell'assistenza e per quanto concernente la formazione tra colleghi oltreché dei corsi di formazione richiesti su specifiche tematiche come la mappatura dei processi amministrativi.</p> <p>La dichiarazione di attestazione nella relazione dei vari centri di responsabilità hanno riportato l'assoluta attenzione al tema, realizzando la difficoltà di attuare la buona prassi in casi di competenze non adattabili per processi di particolare contenuto tecnico, richiedenti aspetti ulteriori di formazione rispetto alla più semplice gestione formativa tra colleghi di pari livello e con pari specialità professionali.</p> <p><a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a></p>				
Note				

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno
L'obiettivo: Portare l'impulso della crescita nel know-how del personale				
Risultato misurato: Attestazione delle attività amministrative rispetto alla mappature dei processi delle aree amministrative.				
Fonti Utilizzate: Autocertificazione rispetto agli attestati prodotti dal personale con l'ausilio dell'Ufficio Formazione.				
Risultato valutato: L'amministrazione ha svolto le attività con la modalità di lavoro agile e in taluni casi ha potuto effettuare attività formative in videoconferenza, riportando evidenza di un obiettivo centrato nella sua intenzione.				
<a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>				
Note				

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D3	Supporto al conseguimento punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	Raccordo tra il contesto assistenziale e la ricerca scientifica per sostenere lo sviluppo scientifico dell'Ente	1. Definire collaborazioni finalizzate al conseguimento di IFN 2. N. segnalazioni casistiche 3. partec. Sperimentazioni cliniche	=1 or >=2 or >=1 or
L'obiettivo: Ha il fine di promuovere la ricerca scientifica, dando un apporto all'indicatore che ne rileva gli effetti, l'Impact Factor. Questa volta l'impegno è stato valutato in termini di collaborazione, segnalazione casistiche e partecipazione alle sperimentazioni cliniche.				
Risultato misurato: Esplicitazioni nella relazione di budget di quanto profuso nei termini dell'indicatore di rilevazione del risultato prodotto				
Fonti Utilizzate: Attestazioni dei diretti interessati con la prova documentale di quanto atteso in allegato alla relazione o nella disponibilità qualora richiesta e documentazione ufficiale prodotta dalla Direzione scientifica.				
Risultato valutato: Effettiva collaborazione nel senso del target richiesto ad ogni Centro di responsabilità dell'area sanitaria, con il raccordo della Direzione Sanitaria e con il rilievo del risultato dell'IFN 2021 da parte della Direzione Scientifica per ogni Centro di responsabilità.				
<a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>				
Note				

### 5.3.2. Obiettivi specifici (visione triennale)

Gli obiettivi specifici, analizzati nel precedente paragrafo, inducono ad una ulteriore valutazione, per comprendere se la strategia triennale presentata nel Piano 2021 procede verso le direzioni annunciate, ovvero se sia necessario introdurre eventuali correttivi da considerare e porre in essere nei prossimi Piani triennali della performance:

- La probabile definitiva conclusione dell'emergenza pandemica concretizzatasi nei modi conosciuti nel 2020 e 2021, dovrebbe consentire un approccio differente alle esigenze di salute a partire dal 2022, ponendo negli anni a seguire la necessità di adeguare le capacità di risposta di un sistema sanitario imparando dagli errori fatti. La riprogrammazione della rete ospedaliera regionale è la certezza che si stia ragionando in tale prospettiva, ciò richiedendo la semplice ed utile attenzione da parte del nostro Istituto a orientarsi sempre più verso le pianificazioni regionali che negli anni a seguire verranno messe in campo.

- La visione di conseguire l'incremento di attività scientifica in termini di IFN del 50% rispetto al triennio precedente, viene confermata dai risultati della performance conseguita, rilevandosi un andamento in crescita che parte da 365 punti nel 2020 e giunge a 420 punti nel 2021 (dato trasmesso al Ministero della salute e in fase di verifica), risultato che fa ben sperare anche sulle prospettive degli anni successivi proiettate verso il conseguimento di un IFN in linea o anche superiore alla media nazionale degli IRCCS.

La forbice rilevabile dal grafico dell'IFN presentato nelle precedenti trattazioni, indica che si sta raggiungendo un valore limite per l'attuale configurazione dell'IRCCS, pur tuttavia potendo considerare margini di crescita ulteriore per 450 punti di IFN nel corso del 2022 e al contempo non perdendo di vista il mantenimento di una base di almeno 300 punti di IFN.

I finanziamenti viaggiano in parallelo alle pubblicazioni. Nell'ottica di mantenere una performance adeguata per i finanziamenti extra ricerca corrente, superiori al 50% del finanziamento di quest'ultimo, occorre tener presente le numerose variabili in campo. Molto dipenderà dalle decisioni a livello di Governo Centrale in tema di finanziamento alla ricerca, e dalle scelte adottate a livello regionale.

L'ampliamento deve essere curato anche rispetto alle sperimentazioni scientifiche. Il quadro produttivo vista l'importanza di visibilità e di crescita che tale contesto consentirebbe all'Istituto. Rimane l'importanza per il Direttore Scientifico fare considerazioni annuali per centrare le strategie più opportune in stretta collaborazione con la Direzione Strategica.

- L'avvenuto espletamento delle procedure assunzionali per la maggior parte dei profili fondamentali per la produzione in termini prestazionali per l'IRCCS, oltre le attività di stabilizzazione avviate e in corso di ulteriore completamento nel 2022, stanno risolvendo la problematica di carenza di personale. Il personale sanitario le cui procedure sono state concluse con riferimento ai concorsi di Dirigenti Biologi, di Dirigenti Medici di Gastroenterologia, Endocrinologia a scorrimento di altrui graduatorie hanno delineato un punto di partenza per la risoluzione del problema risorse umane. Il reclutamento resta comunque carente rispetto agli infermieri ed ai medici di Cardiologia e Radiodiagnostica oltre la necessaria previsione sul



contesto della chirurgia bariatrica che nel 2022 vedrà con ragionevole certezza il suo avvio. Il potenziamento della chirurgia in tema di interventi con l'utilizzo della robotica, richiede un ulteriore focus per il conseguimento di figure apicali capaci di elevare i livelli assistenziali in prospettiva futura. Tali obiettivi sono già in capo ai responsabili al fine di conseguire l'espletamento e conclusione di tali procedure, potendo ciò incidere favorevolmente sull'obiettivo dell'aumento di produzione.

- Lo sviluppo della cultura aziendale legata alle dinamiche del ciclo della performance, avviate da diversi anni nel nostro IRCCS, vede nel 2022 l'avvio all'utilizzo di strumentazioni informatiche adeguate e di personale all'uopo dedicato, consentendo il conseguimento dei benefici della reingegnerizzazione regionale, avviando un effetto positivo ripetibile con aumento di competenze e crescita degli operatori.
- Per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa, è importante evidenziare che le erogazioni svolte come prestazioni aggiuntive hanno consentito di dare risposte al fabbisogno dell'utenza, potendosi riproporre tale soluzione anche in futuro. In tal senso la necessità è di trovare le opportune soluzioni di monitoraggio affinché a fronte delle ulteriori spese siano corrispondenti le diminuzioni delle liste di attesa.
- L'importante stesura dei PDTA, descritti al paragrafo 5.1 punto B), rappresenta una importante condizione per il raggiungimento di pratiche orientate verso l'eccellenza delle cure specie in prospettiva futura, che richiede le dovute attenzioni in futuro per dare la giusta rilevanza a tali procedure.
- L'attuazione del monitoraggio sul clima organizzativo e lo stress correlato, sulla base dei questionari raccolti da parte dell'URP, nel 2021, ha dato l'opportunità di tenere a portata il benessere dei dipendenti al fine di conseguire il miglior vantaggio per l'Istituto in termini di produzione attraverso il loro apporto lavorativo. I monitoraggi della Direzione Sanitaria sulla produzione di rendicontazioni utili alla comprensione di eventi spiacevoli e avversi al buon andamento dell'IRCCS, potrà nel 2022 e 2023 segnare importanti cambiamenti dal punto di vista della performance.

### 5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità.

A completamento dell'istruttoria eseguita della Struttura Tecnica Permanente con il supporto dell'UOS Pianificazione e controllo, si sono determinate le successive valutazioni di performance organizzativa per le strutture di seguito elencate.



R20 UOC CHIRURGIA GENERALE 1 e 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	90,71	90,7	91,4

R30 UOC DI GASTROENTEROLOGIA 1			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98,00	98,00	97,50

R3A UOSD ONCOLOGIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98,00	98,00	100

R40 UOC GASTROENTEROLOGIA 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	89,00	89,00	91,50

R60 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98,00	98,00	100

SA0 UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

SB0 UOSD SERVIZIO DI CARDIOLOGIA-			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	97,33	97,33	97,33

SD0 UOSD FARMACIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

SJ0 UOC GENETICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

SM0 UOC DI PATOLOGIA CLINICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

SO0 UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100







DIRETTORE SCIENTIFICO			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100		

DIREZIONE SCIENTIFICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

DIREZIONE SANITARIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree		100	100
Direzione			
Reparto di Endocrinologia	100	100	100

UOS BUROCRATICO-LEGALE E AFFARI GENERALI			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

UOC GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

UOC GESTIONE PATRIMONIE E AREA TECNICA e SIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100



## 5.4 Misurazione e valutazione della performance individuale

Gli obiettivi individuali assegnati a specifico personale ed inseriti nel Piano della performance con riferimento alla deliberazione CS n.209 del 9/7/2021 avente oggetto "Obiettivi specifici assegnati alle attività progettuali di natura trasversale: anno 2021", a seguito degli accordi raggiunti con le OO.SS. nelle varie delegazioni trattanti con incontri nelle date sotto riportate, sono stati concordati e sottoscritti, i progetti di natura trasversale 2021:

- 02/04/2021 con le OO.SS del Comparto;
- 01/06/2021 con le OO.SS. della dirigenza PTA;
- 10/06/2020 con le OO.SS. della dirigenza Area Sanità;

### 1 RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

OBBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	TARGET
Adempimenti normativi in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza	REDAZIONE DEL PIANO TRIENNALE E ADEGUAMENTO ALLE LINEE GUIDA INDICATE DALL'ANAC	ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PERFORMANCE 2021-2023	ATTO DELIBERATIVO
	ATTIVAZIONE DEI CORSI PER I DIPENDENTI E PER I REFERENTI DELLA TRASPARENZA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	COLLABORAZIONE CON L'UFF. FORMAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE OBBLIGATORIE SU ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	DOCUMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE
	RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VERIFICA EFFETTUATE IN CORSO DI ANNO	RELAZIONE SULLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021	REDAZIONE DELLA RELAZIONE E TRASMISSIONE AGLI ORGANI INTERESSATI

### 2 COORDINAMENTO ATTIVITÀ ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI

OBBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	TARGET
Adempimento agli obblighi richiesti da PerLaPA	Coordinare l'inserimento dei dati richiesti da Perla PA	NUMERO INCARICHI OCCASIONALI CONFERITI DALL'IRCCS E INCARICHI CONFERITI AI DIPENDENTI AI SENSI DELL'ART.53 D.Lgs 165/2001	= NUMERO DI INSERIMENTI EFFETTUATI SUL SITO PERLAPA

### 3 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITÀ ASSICURATA DEL. 695/2017

OBBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	TARGET
Adempimento agli obblighi relativi al Rischio Clinico	Coordinamento attività necessarie alla gestione del Rischio clinico	RENDICONTAZIONE DELLE AVVENUTE MAPPATURE DEL RISCHIO PER LE VARIE UNITÀ OPERATIVE	RAGGIUNTO
Adempimento agli obblighi relativi alla Qualità	Coordinamento attività necessarie al conseguimento della certificazione	RICONOSCIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE ISO:9001 2015	RAGGIUNTO

Con riferimento al progetto affidato al responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, sulla base delle evidenze prodotto dalla stesso con la relazione relativa all'annualità 2021, si riporta quanto relazionato dallo stesso responsabile ai fini delle evidenze che sono state riscontrate:

N.	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: Il responsabile è stato chiamato a svolgere tutti i compiti in capo al RPCT			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2021			
Risultato misurato: <b>Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.</b>			
Fonti da utilizzare: Relazione del RPCT			
Risultato valutato Attività relative agli adempimenti richiesti:			
1	Redazione del Piano Triennale e adeguamento alle linee guida indicate dall'ANAC	Adozione del Piano Triennale per la performance 2021-2023	Atto deliberativo
Esito: È stata adottata la deliberazione del Commissario Straordinario n.11 del 30/03/2021 avente oggetto "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023. Approvazione" Documentazione presente sull'Albo Pretorio dell'Istituto.			





2	Attivazione dei corsi per i dipendenti e per i referenti della trasparenza della prevenzione della corruzione	Collaborazione con l'Uff. formazione allo svolgimento delle attività formative obbligatorie su Anticorruzione e Trasparenza	Documentazione delle attività svolte
<p><b>Esito:</b> Sono stati effettuati i corsi obbligatori su anticorruzione e trasparenza sia in modo esteso a tutti i dipendenti, vedi allegato 1, sia ai referenti di Anticorruzione e Trasparenze allegato 2.</p> <p><b>Allegati:</b> sono evidenza gli attestati rilasciati dal docente che ha tenuto i corsi nelle date del 10 e 17 giugno 2021</p>			
3	Rendicontazione delle attività di monitoraggio e verifica effettuate in corso di anno	Relazione sulla Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2021	Redazione della relazione e trasmissione agli organi interessati
<p><b>Esito:</b> È stata effettuata la rendicontazione delle attività di monitoraggio e verifica in corso d'anno descrivendo l'attività svolta con la relazione trasmessa all'ANAC e agli organi interessati utilizzando il format Excel raccomandato dalla stessa autorità. Nota prot.983 del 24/01/2022 avente oggetto: "Invio relazione annuale di attuazione del PTPCT 2021"</p>			
Note			

Rispetto al progetto identificato con "Adempimento agli obblighi richiesti da PerLaPA" risulta quanto riportato nella relativa scheda:

N.	Azione	Indicatore	target
Obiettivo individuale: Coordinamento dell'inserimento dei dati degli incarichi occasionali autorizzati dall'IRCCS ai dipendenti richiedenti nel sistema Perla PA ai sensi dell'art.53 DLgs 165/2001.			
Indicatori e Target: N. di inserimenti effettuati sul sito. Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2021			
Risultato misurato: Evidenza degli inserimenti effettuati. <a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>			
Fonti da utilizzare: Relazione del coordinatore			
Risultato valutato Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2021:			
1	Svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di richiedi dall'adempimento	Numero incarichi occasionali conferiti dall'IRCCS e Incarichi conferiti ai dipendenti ai sensi dell'Art.53 D.Lgs 165/2001	Stampa degli inserimenti effettuati dai report forniti dal sistema PerlaPA
<p><b>Esito:</b> Attività effettuate da vari designati e attestata dal coordinatore.</p>			
Note			

Si rileva che le attività richieste dalla progettualità valutata sono risultate rientranti nel monitoraggio della griglia per la trasparenza 2021, pertanto le attività effettuate dal progetto sono state ulteriormente attenzionate nel loro espletamento dall'OIV e dal Responsabile della Trasparenza.



N.	Azione	Indicatore	target
<p>Obiettivo individuale: L'obiettivo è relativo al conseguimento della certificazione del rischio clinico e della Qualità ed assegnato al dirigente farmacista dott. Pietro Trisolini nominato quale Responsabile aziendale con delibera DG n.695/2017. Il designato è chiamato a svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di Gestione del rischio clinico e stesura di un piano operativo di gestione del rischio clinico e della qualità.</p>			
<p>Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2021</p>			
<p>Risultato misurato: Avvio della Mappatura dei processi con la metodologia FMEA                      Risoluzione non conformità delle UUOO interessate dal rischio clinico                      Certificazione dell'Istituto per la qualità ISO 9001:2015                      Performance per l'obiettivo trattato Positiva</p>			
<p>Fonti da utilizzare: Relazione del Responsabile aziendale del Rischio clinico e Qualità ed evidenze ivi prodotte</p>			
<p>Risultato valutato: Attività relative agli adempimenti richiesti:</p>			
1	Adempimento agli obblighi relativi al Rischio Clinico	Coordinamento attività necessarie alla gestione del Rischio clinico	Rendicontazione delle avvenute mappature del Rischio per le varie Unità Operative
	<p>Esito:                      Effettivo conseguimento della certificazione ISO 9001:2015</p>		
2	Adempimento agli obblighi relativi alla Qualità	Coordinamento attività necessarie al conseguimento della certificazione	Riconoscimento della certificazione ISO:9001 2015
	<p>Esito:                      Effettivo conseguimento della certificazione ISO 9001:2015</p>		
<p>Note</p>			





## *6. Allegati*

---

Nessun allegato. Quanto necessario all'illustrazione dei risultati di performance, per comodità del lettore, è stato riportato all'interno della relazione nei vari passaggi espositivi.

