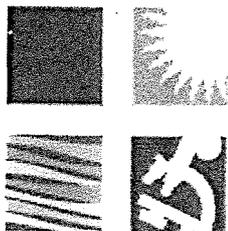


Allegato A



ALL. N. 1 ^{DCS}
N° 193 DEL 30 GIU. 2021
ALLA BOG

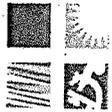
I.R.C.C.S. Gastroenterologico "S. de Bellis"



Relazione sulla Performance.

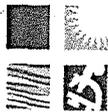
Anno 2020





INDICE

1. Introduzione alla relazione annuale sulla performance 2020	4
2. Gli obiettivi strategici e generali.....	8
3. Il contesto verificatosi e le attività svolte.....	13
3.1. Contesto interno ed attività svolte	13
4. Il ciclo della performance	23
5. Analisi della performance.....	25
5.1. Principali risultati raggiunti: accountability	25
5.2. Analisi del contesto e delle risorse	30
5.3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	31
5.3.1. Obiettivi specifici annuali dell'amministrazione nel suo complesso	31
5.3.2. Obiettivi specifici (visione triennale)	37
5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità	38
5.4. Misurazione e valutazione della performance individuale.....	40
6. Allegati	41



1. Introduzione e perimetro della relazione annuale sulla performance 2020

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 2020, 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 2020 (Piano), adottato con Deliberazione del DG n.55 del 31/01/2020 avente oggetto "Adozione Piano della Performance 2020-2022", 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 2020.

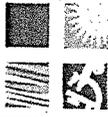
Le strategie individuate e da attuarsi hanno rappresentato le direzioni verso cui orientare le risorse e sviluppare le attività attraverso le azioni necessarie da mettere in campo per il miglioramento delle performance dell'IRCCS.

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:



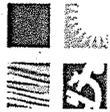
- lo sviluppo delle alte specialità e dei trattamenti innovativi in ambito epato-gastroenterologico e di scienze dell'alimentazione;
- il potenziamento della ricerca traslazionale in epato-gastroenterologia, prevalentemente in specifici settori della chirurgia dei tumori intestinali, pancreatici ed epatici, 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, che si riporta di seguito:

Obiettivo Generale	Area strategica	Codice	Descrizione	Azioni	Indicatore	Valore atteso	Performance Organizzativa =Peso Direttore CdR
A. Prospettiva Economico-Finanziaria							
A1	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	A1a	Incremento dei ricavi	Incremento ricoveri e nuove prestazioni sanitarie Acquisizione di finanziamenti	Maggiori Ricavi rispetto al 2019	+2.222.000	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 2019: 1.Limiti di spesa del personale 2.Maggiore utilizzo biosimilari rispetto al consumo complessivo 3.Riduzione di utilizzo di antibiotici cat. J01DH sul consumo totale antib. 4.Incremento prescrizioni biosimilari a distribuzione territoriale 5.Contenimento costi dispositivi medici in vitro 6.Scorte dispositivi ad alto costo	1,4% & 50%TD >90% >20% >30%	15
A2	Program. Fabbisogno Beni e Servizi anche Finanziari. FESR	A2	1.Pianificare i consumi delle risorse 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	Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery.	Numero DRG fra i 108 al alto rischio inappropriatezza	=0	13
B2	Innovazione Processi Gestionali/ Organizzativi	B2	1.Applicare la metodologia Lean "Salute di valore". 2.Implemetare revisioni per il miglioramento.	1.Implementare la metodologia su procedure esistenti. 2.Snellire, per ridurre sprechi di tempo e di risorse.	1.Numero di revisioni attivate 2. Numero attivazioni	>=1 or >=1	5
B3	Trasmissione DATI per adempimenti flussi informativi	B3	Partecipazione alle circolarizzazione 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.	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	=0	5
B4	Efficienza operativa	B4	1.Degenza media reparti 2.Uso sistemi informativi 3.Revisione organizz.va 4.Ricetta dematerializ 5.Case Mix 6.Redazione PDTA 7.ISO 9001:2015 Quaz	1.Riorganizzare attività di ricov. 2.Pieno utilizzo dei software 3.Documento di riorganizz.ne 4.Pieno utilizzo ricetta bianca 5.Aumentare indice di compless. 6.Studio e Stesura di 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 adottati 7.Esecuz. Valutaz. Rischio FMEA	<=8 and = Ok and >=1 and =0 and >(definire) and >=2 and =Ok resp.qualità	12

C. Prospettiva Soddisfazione degli Stakeholder

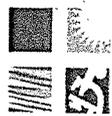
C1	Curare la Soddisfazione degli stakeholder	C1	1.Accogliere i ricoveri in elezione. 2.Indice Tempestività Pagamenti.	1.Personale dedicato ad accogliere 2.Verifica sui punti di liquidazione	1.Numero di Contestazioni per l'accoglienza presso URP 2.Valore indice ITP	=0 and <= -5 gg	4
C2	Migliorare l'Accoglienza	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 ampliament	1.Presentare relazione su modalità e contesti. (legato A1a) 2.Attrattività extra-regionale	1.Numero proposte attuate 2. N.Ricoveri Extra / N.Ricoveri Intra	>=2 >_(definire)	4

D. Prospettiva Apprendimento, Ricerca e Crescita

D1	Intercambiabilità 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	Numero di corsi convegni workshop medio dipendenti	>=1	4
D3	Potenziamento Ricerca: IFN, casistiche e Sperimentazioni	D3	Conseguimento punteggio di IFN per la ricerca. Supporto alle Pubblicazioni	1.Apporto al valore di IFN 2.Segnalazioe di casistiche 3.Attività di ricerca sperimentale	1.Collaborazione finalizzata al conseguimento di 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 DG n.71 del 11/02/2020.

In corso d'anno, in conseguenza dei risvolti causati dalla situazione pandemica che ha condizionato l'Istituto nell'erogazione ai pazienti delle prestazioni di cura, per il cui dettaglio si rinvia ai contenuti della Deliberazione del DG n.548 del 6/11/2020, la Direzione Aziendale ha operato la rimodulazione degli obiettivi specifici delle singole articolazioni aziendali, ritardando o cassando gli obiettivi invalidati dagli effetti della pandemia da Covid-19.



La ridefinizione degli aspetti programmatici ha ridimensionato in particolare le aspettative economiche degli obiettivi della prospettiva A della BSC, comportando la rimozione dell'obiettivo dei ricavi negoziato con i Reparti e i Servizi (codice A1). Tale scelta è derivata dall'impossibilità di erogare i servizi di ricovero e cura se non per i casi di Emergenza-Urgenza, riducendo così le possibilità produttive dell'Istituto. Gli obblighi di distanziamento, inoltre, hanno condizionato il tasso occupazionale dei posti letto dei reparti, considerato che i pazienti per stanza non potevano essere due, ma uno.

Premesso quanto sopra, la relazione porterà a rilevare nei passaggi successivi il risultato conseguito ed i livelli di performance raggiunti rispetto agli obiettivi confermati post rimodulazione, 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 2020.



2. Gli obiettivi strategici e generali del 2020

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:

4) *Produzione Farmaci e Servizi* (misura dell'efficienza/efficacia)

area sanitaria: L'obiettivo dei ricavi è stato annullato per i centri erogatori reparti e servizi con la rimodulazione, non potendosi conseguire una produzione condizionata dalla pandemia.

In merito ai costi si è ragionato al fine di contenere sprechi per farmaci, in particolare per gli antibiotici, per i dispositivi in vitro e per i dispositivi ad alto costo, mantenendo l'attenzione degli operatori sulla questione già avviata nel 2020. **L'obiettivo costi non è stato rimodulato per non allentare l'attenzione sul tema tenendo presente 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, 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 imprevedute.

ATTESE: monitoraggio dati dal sistema informativo del personale per il 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.

6. Prospettiva dei processi interni di gestione (misura dell'efficienza/efficacia nei 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 con il day-service e il day-hospital è stato un aspetto portato in rilievo anche nel 2020 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.

La predisposizione di protocolli diagnostico terapeutici assistenziali PDTA 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 dei PDTA del Colon-Retto e dell'Obesità e delle Lesioni neoplastiche precoci del tratto gastrointestinale per il 2020.

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.

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 devono essere 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.

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. Per il contesto della Direzione Scientifica sono necessari molti progressi in tal senso, e per tale ragione il 2020 ha chiesto il mantenimento del focus sulla questione

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'ammmodernamento ma che non ha trovato ancora 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

D) Prospettive della soddisfazione degli stakeholder: In primis dell'assistito

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).

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.

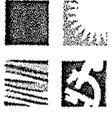
ATTESE: stimolare l'ufficio URP a proseguire le attività di rilevazione mediante la somministrazione dei questionari, in considerazione dell'analisi della soddisfazione del paziente.

- Comunicare comportamenti avversi e opportunistici contrari per l'anticorruzione 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 la verifica delle attività richieste e svolte.

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 ordinaria richiesta dal Governo per le procedure amministrative delle aziende pubbliche mediante la forma di lavoro agile definito come Smart-Working, puntualmente attivato in Istituto per ridurre al massimo la presenza di personale quando non necessario nel corso dell'emergenza iniziata a marzo, 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. È stata acquisita una piattaforma per le video conferenze.

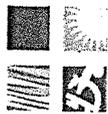
ATTESE: si sono attivati i percorsi alternativi richiesti dalla rimodulazione.

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 verificatisi e dare altre dimensioni al concetto di performance, questa sezione vuole evidenziare circostanze e accadimenti verificatisi nel corso del 2020 rispetto a effetti dinamici ambientali, ma anche per dare sintesi di quanto il IRCCS abbia saputo adeguare la propria organizzazione, nonostante gli eventi avversi, per garantire la continuità e lo sviluppo nell'offerta dei propri 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 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
- Aggiornamento della carta dei servizi

3.1 Contesto interno ed attività svolte

Contesto territoriale esterno e contesto interno dell'IRCCS

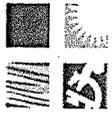
A seguito dell'evolversi dell'emergenza, più volte prorogata nel corso del 2020 e con la necessità di contenere gli effetti della diffusione del virus Covid-19, le attività sanitarie tipiche di un'azienda del SSR hanno richiesto la ridefinizione dei compiti durante la pandemia.

Con delibera di Giunta Regionale n.525 dell'8/4/2020 è stata istituita 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

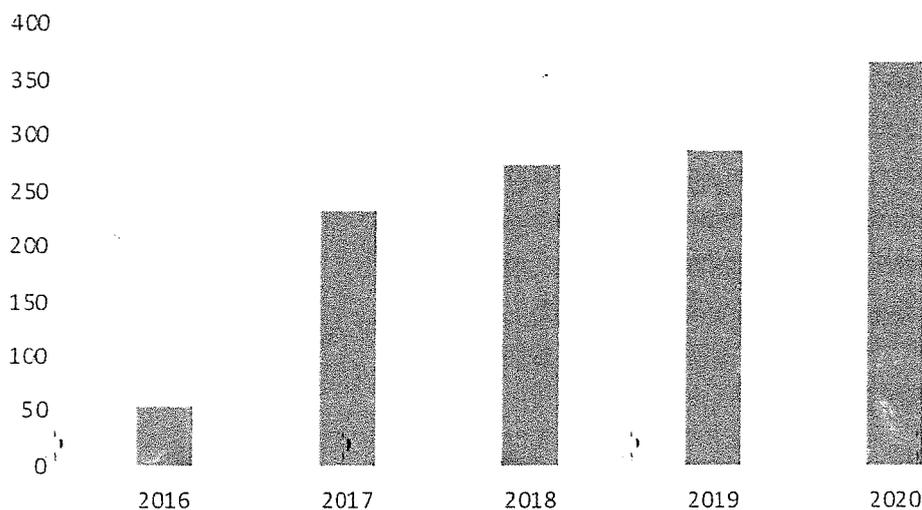
La performance scientifica di un IRCCS viene valutata ogni anno dal Ministero della Salute mediante l'Impact Factor Normalizzato (IFN), un parametro correlato alla produttività scientifica. In pratica, i risultati scientifici prodotti dai ricercatori dell'Ente vengono sottoposti al vaglio della comunità scientifica mediante un meccanismo noto come peer-review e, se considerati adeguati, vengono pubblicati su riviste impattate.



Il valore di Impact Factor della rivista su cui è pubblicato un lavoro viene normalizzato secondo criteri stabiliti ogni anno dal Ministero della Salute, che applica parametri sempre più restrittivi.

A tal proposito, l'Ente anche nel 2020 ha registrato un continuo miglioramento della produttività scientifica, testimoniato dal confermato progressivo aumento dell'IFN annuale, come evidenziato nel grafico seguente:

IFN COMPLESSIVO ISTITUTO



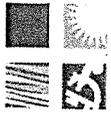
IFN COMPLESSIVO ISTITUTO	
anno	IFN
2016	55
2017	231,6
2018	272
2019	285,3
2020	* 365,41

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

Un altro importante traguardo raggiunto nell'anno 2020 da parte dell'IRCCS "Saverio de Bellis", in continuità con il risultato raggiunto nell'anno precedente di accreditarsi quale primo 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), è stato quello di essere valutato idoneo, a seguito di accurata visita pre-study da parte di un'importante azienda farmaceutica multinazionale, e selezionato a partecipare ad uno studio clinico di fase 1.

Inoltre, altri importanti traguardi sono stati i seguenti:

- finanziamento di uno Starting Grant da parte del Ministero della salute sulla ricerca finalizzata 2019;



- finanziamento del progetto UVAR + da parte del Ministero della Salute, per il potenziamento dell'attività di Trasferimento Tecnologico dell'Istituto;
- finanziamento di un progetto Investigator Grant da parte di AIRC.

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

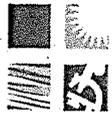
La seguente tabella fornisce uno spunto di riflessione attraverso indicatori di attività su aspetti di carattere quali - quantitativo relativi al personale operante nell'Istituto.

Analisi caratteri quali quantitativi	VALORI	
	2020	2019
INDICATORI		
Età media del personale (anni)	48,41	51,62
Età media dei dirigenti (anni)	53,39	54,66
Personale a tempo indeterminato	315	316
Personale a tempo indeterminato assunto inservizio nel corso dell'anno 2020	22	26
di cui personale dirigente	4	2
% dirigenti in possesso di laurea 100 %	100%	100%
Ore di formazione ECM	789	424
Numero partecipanti	91	789
Numero totale progetti ed eventi	7	51
Unità di personale - Differenza fra 01/01/2020 e 31/12/2020		
Comparto (38 assunzioni - 19 cessazioni)	-19	1
Dirigenza Medica (4 assunzioni - 7 cessazioni)	-3	0
Dirigenza Sanitaria (7 assunzioni - 0 cessazioni)	7	0
Dirigenza PTA (4 assunzioni - 1 cessazioni)	3	-2
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2020)	€ 85.000	€ 100.000

Analisi del benessere organizzativo	2019	2020
	VALORE	VALORE
INDICATORI		
Tasso di assenze personale comparto	26,88	25,39
Tasso di assenze personale dirigente	24,12	23,17
Tasso di infortuni	2,38	2,96
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.329,92	2.530,72
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	6.522,23	6.122,88
% di personale assunto a tempo indeterminato	88,66%	84,56%

Analisi di genere		
	VALORE	VALORE
INDICATORI		
% di dirigenti donne	32,05%	31,58%
% dirigenti uomini	67,94%	68,42%
% di donne rispetto al totale del personale	56,79%	50,47%
% di uomini rispetto al totale del personale	43,20%	49,53%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	72,52%	98,75%
Età media del personale femminile non dirigente	50,10	49,79
Età media del personale femminile dirigente	46,03	49,97

Nell'ambito delle attività sanitarie, nel corso del 2020, sono stati reclutati, a tempo determinato tre figure di collaboratori sanitari infermieri a supporto di reparti e servizi a seguito della pandemia. Sono stati reclutati, inoltre, due dirigenti chirurghi per supporto alle prestazioni chirurgiche dell'equipe dell'AOU Policlinico di Bari, operante presso l'IRCCS, a seguito di convenzione per

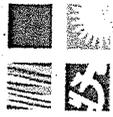


soddisfare le necessità del territorio per il trattamento in emergenza urgenza di pazienti con tumori.

Attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali

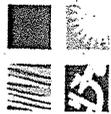
Limitando alle casistiche dei DRG più significativi con almeno 50 casi e considerando il periodo a confronto gennaio-dicembre 2019 rispetto al 2020, si rileva che la produzione per attività di ricovero delinea un quadro di flessione nel 2020 (valori in rosso) per via degli effetti della pandemia Covid-19, ma in controtendenza di incremento (valori in verde) per talune patologie. Il confronto tra le due annualità risulta quello riportato di seguito:

DRG		Indice complessità	N. SDO 2019	N. SDO 2020
Con oltre 50 casi nel 2019, confronto anno 2019 vs 2020				
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	324	306
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5568	237	101
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	224	249
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	216	176
179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	204	134
189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	153	84
202	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	120	72
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	116	79
149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	105	128
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,6093	104	40
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	103	77
208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	102	115
174	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	95	49
206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	76	59
204	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	74	36
207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	73	71
175	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	64	36
570	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	2,7406	63	102
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,7681	62	49
188	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0034	60	28
160	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,0953	54	18

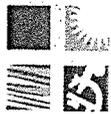


La tabella sotto riportata rappresentano i DRG più remunerativi con maggior complessità, con indicazione dell'importo per DRG, e le casistiche a confronto gennaio dicembre, anni 2019 - 2020: (con fondo verde la produzione risultata in incremento nel 2020 rispetto al 2019)

DRG DESCRIZIONE	Indice Complessità	Casi 2019	Casi 2020	Importo 2019	Importo 2020
541 OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA	12,4289	5	1	€ 259.595	€ 51.919
542 TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A	8,536	19	28	€ 661.648	€ 367.288
575 SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE,ETA' > 17 ANNI	4,7782	8	8	€ 170.792	€ 170.792
578 MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE CON INTERVENTO CHIRURGICO	4,4004	7	7	€ 128.198	€ 128.198
565 DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	4,0374	43	43	€ 670.585	€ 670.585
531 INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE CON CC	3,9401	0	1		€ 2782
567 INTERVENTI SU ESOFAGO,STOMACO E DUODENO,ETA' 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI	3,8842	1	4	€ 14.568	€ 55.490
193 INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL	3,6085	20	16	€ 270.180	€ 216.144
191 INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	3,5599	15	35	€ 210.347	€ 477.934
568 INTERVENTI SU ESOFAGO,STOMACO E DUODENO,ETA' 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI	3,5475	23	27	€ 285.614	€ 387.288
569 INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE	3,3881	32	46	€ 441.376	€ 641.978
194 INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL	2,9871	8	7	€ 70.312	€ 61.523
146 RESEZIONE RETTALE, CON CC	2,9562	12	19	€ 134.436	€ 221.887
406 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI	2,9175	0	2		€ 22.856
201 ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	2,8743	1	2	€ 8.585	€ 17.170
468 INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,8661	11	6	€ 84.978	€ 48.476
570 INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE	2,7406	63	102	€ 713.034	€ 1.154.902
200 PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	2,7306	6	3	€ 45.210	€ 22.605
170 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	2,6806	5	6	€ 44.050	€ 52.860
442 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	2,6634	2	1	€ 19.890	€ 9.945
192 INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	2,5966	18	35	€ 174.572	€ 334.530
76 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	2,4914	2	1	€ 19.300	€ 9.650
197 COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON	2,4752	5	7	€ 42.980	€ 60.172
579 INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE CON INTERVENTO CHIRURGICO	2,3908	0	2		€ 18.826
150 LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	2,3632	1	3	€ 8.198	€ 22.731
199 PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	2,2656	12	5	€ 82.824	€ 34.510
147 RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	2,1564	14	20	€ 149.650	€ 149.650
155 INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	2,1457	31	19	€ 203.546	€ 124.754
566 DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA < 96 ORE	2,1122	1	5	€ 637	€ 8.972
392 SPLENECTOMIA, ETA' > 17 ANNI	1,9909	0	1		€ 6.624
149 INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,9057	105	128	€ 754.257	€ 916.470
407 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI	1,8956	0	3		€ 17.004
403 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1,8616	6	10	€ 43.110	€ 65.001
79 INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,7612	0	1		€ 5.744
477 INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,7604	3	7	€ 15.516	€ 28.722
357 INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	1,7499	0	1		€ 6.791
171 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	1,675	9	7	€ 40.482	€ 31.486
576 SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE,ETA' > 17 ANNI	1,6432	22	22	€ 112.479	€ 101.110
198 COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA	1,5546	12	3	€ 63.516	€ 15.879
540 LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC	1,5462	1	4	€ 4.867	€ 19.468
493 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	1,5285	31	32	€ 168.483	€ 150.050
151 LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	1,5241	1	8	€ 4.378	€ 30.014
461 INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	1,5238	24	30	€ 116.241	€ 160.150
172 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	1,4942	103	77	€ 467.129	€ 350.684
408 ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	1,4917	3	1	€ 13.152	€ 4.716
159 INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,4492	6	3	€ 22.614	€ 14.676
402 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	1,4116	2	1	€ 5.478	€ 1.534
153 INTERVENTI MONORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	1,396	3	8	€ 13.473	€ 66.928
10 NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1,3787	2	1	€ 8.664	€ 6.854
85 VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	1,3703	0	2		€ 8.520
274 NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	1,332	0	1		€ 3.988
82 NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1,3292	14	12	€ 58.254	€ 46.054
216 BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO	1,3106	0	1		€ 2.627
202 CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	1,2862	120	72	€ 473.974	€ 282.773
318 NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	1,2854	2	1	€ 8.012	€ 4.006
203 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	1,2825	224	249	€ 887.262	€ 977.438
423 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1,2815	1	3	€ 4.155	€ 12.465
16 MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	1,2715	1	1	€ 4.553	€ 4.553
443 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	1,2447	2	3	€ 6.984	€ 10.476
87 EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1,2243	3	2	€ 11.406	€ 4.021
207 MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	1,162	73	71	€ 271.397	€ 272.828
205 MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA,CON CC	1,1589	39	31	€ 150.129	€ 116.874
316 INSUFFICIENZA RENALE	1,1501	0	3		€ 8.058
165 APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	1,1181	0	1		€ 3.514



DRG DESCRIZIONE	Indice Complessità	Casi 2019	Casi 2020	Importo 2019	Importo 2020
157 INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	1,1158	14	13	€ 44.909	€ 41.101
239 FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO	1,1075	10	7	€ 25.973	€ 18.062
404 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	1,101	6	5	€ 10.938	€ 9.115
160 INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	1,0953	54	18	€ 77.920	€ 25.742
571 MALATTIE MAGGIORI DELL'ESOFAGO	1,0881	21	27	€ 71.892	€ 91.584
418 INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	1,0619	4	2	€ 14.032	€ 7.163
452 COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, CON CC	1,0604	5	1	€ 19.475	€ 3.283
174 EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	1,0599	95	49	€ 324.178	€ 165.077
179 MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	1,0586	204	134	€ 649.808	€ 428.950
204 MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1,0518	74	36	€ 244.695	€ 126.330
331 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0467	1	1	€ 3.379	€ 3.379
176 ULCERA PEPTICA COMPLICATA	1,0127	12	20	€ 41.900	€ 61.505
188 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	1,0034	60	28	€ 187.900	€ 81.089
161 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,9993	27	7	€ 59.761	€ 15.833
300 MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	0,9965	0	1		€ 4.304
177 ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	0,9769	1	4	€ 3.148	€ 12.592
414 ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	0,9668	3	2	€ 8.628	€ 3.102
572 MALATTIE GASTROINTESTINALI MAGGIORI E INFEZIONI PERITONEALI	0,9446	12	13	€ 47.408	€ 39.023
12 MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	0,9103	1	3	€ 2.850	€ 5.896
15 MALATTIE CEREBROVASCOLARI ACUTE ASPECIFICHE E OCCLUSIONE PRECEREBRALE SENZA INFARTO	0,8996	1	1	€ 2.967	€ 2.967
173 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	0,8939	116	79	€ 284.713	€ 193.396
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0,889	216	176	€ 578.534	€ 371.844
99 SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	0,8876	0	2		€ 5.504
180 OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	0,8868	15	15	€ 45.503	€ 37.997
227 INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,8846	0	1		€ 1.499
296 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8593	17	17	€ 47.600	€ 49.775
395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 ANNI	0,8552	17	21	€ 27.487	€ 35.588
320 INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	0,8462	0	1		€ 7.701
206 MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8236	76	59	€ 108.417	€ 80.589
167 APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	0,8102	5	1	€ 11.503	€ 2.560
463 SEGNI E SINTOMI CON CC	0,8004	41	31	€ 115.747	€ 88.970
524 ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	0,7692	0	1		€ 1.224
182 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI	0,7681	62	49	€ 168.199	€ 119.259
270 ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,7668	1	1	€ 1.099	€ 1.225
410 CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,7539	324	306	€	€
162 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,7448	49	10	€ 61.193	€ 12.048
178 ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	0,7185	13	3	€ 29.497	€ 6.807
399 DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	0,6982	1	4	€ 1.704	€ 6.845
299 DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	0,6979	1	2	€ 1.606	€ 1.907
208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,6681	102	115	€ 119.587	€ 167.155
175 EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,6562	64	36	€ 135.264	€ 75.564
367 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	0,6447	4	1	€ 8.164	€ 2.041
256 ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,6224	1	2	€ 940	€ 1.898
278 CELLULITE ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6153	3	1	€ 4.395	€ 2.090
332 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,6109	0	1		€ 1.495
347 NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	0,6095	0	1		€ 1.482
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,6093	104	40	€ 108.157	€ 41.060
102 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6018	0	2		€ 3.448
350 INFIAMMAZIONE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,5708	0	1		€ 1.872
181 OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	0,5614	26	21	€ 53.888	€ 30.424
297 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5604	9	9	€ 14.337	€ 17.487
183 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI	0,5568	237	101	€ 204.193	€ 88.526
97 BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5563	0	1		€ 1.882
267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,5312	27	18	€ 23.544	€ 15.696
189 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	0,5224	153	84	€ 114.213	€ 58.458
464 SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,5041	14	11	€ 24.472	€ 8.664
412 ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNI CON ENDOSCOPIA	0,4948	7	4	€ 5.526	€ 2.432
453 COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	0,4896	9	7	€ 14.078	€ 11.041
411 ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNI SENZA ENDOSCOPIA	0,4822	13	12	€ 16.702	€ 9.308
352 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,4639	0	1		€ 2.229
190 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3783	0	2		€ 3.268
184 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI	0,3014	5	4	€ 4.605	€ 1.882
467 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,2583	6	3	€ 3.148	€ 920



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:

Regime di Ricovero Ordinario:

IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)

Anno Dimissione	2019	2020
Peso complessità	1,148	1,217

Fonte Sistema Direzionale DISAR

Regime di Ricovero Ordinario: N. ricoveri

3162

2527

Anno Dimissione In termini percentuali

2019

2020

IRCCS S. de Bellis - castellana (160902)

alta specialità	11,7%	19,9%
alto rischio di inappropriatezza	25,1%	18,0%
non specificato	63,2%	62,0%
	100,0%	100,0%

Fonte Sistema Direzionale DISAR

Degenza Media

irccs s. de bellis - castellana (160902)

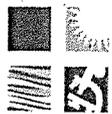
Regime di Ricovero Ordinario

Anni	2019	2020
chirurgico	10,21	9,29
medico	9,52	8,04

Fonte Sistema Direzionale DISAR

Dal punto di vista ambulatoriale l'attività nel 2020 registra il seguente andamento rispetto al 2019. Nella tabella riportata si delinea una diminuzione delle attività nel 2020 rispetto al 2019, ad eccezione del laboratorio di Patologia Clinica e del reparto di Oncologia che, al contrario delle altre unità operative, nell'erogazione di attività specialistica, hanno visto un sostanziale mantenimento dei volumi di prestazioni erogate nel 2020:

Struttura	N. prestazioni ambulatoriali 2019	N. prestazioni ambulatoriali 2020	%
U.O.C. Chirurgia I e II	1.782	1.370	-23%
U.O.C. Gastroenterologia I	2.547	1.276	-50%
UOS Nutrizione	2.025	936	-54%
U.O.S.D. Oncologia	12.552	12.001	-4%
U.O.C. Gastroenterologia II con Endoscopia	13.418	10.902	-19%
UOS Disturbi funzionali	1.806	1.211	-33%
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	701	548	-22%
U.O.C. Anatomia Patologica	7.878	5.187	-34%
U.O.S.D. Cardiologia	5.768	4.078	-29%
U.O.C. Genetica Medica	4.050	3.760	-7%
U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities	367.195	357.334	-3%
U.O.S.D. Diagnostica per Immagini	11.348	8783	-23%
TOTALI	431.070	407.386	-5%



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.

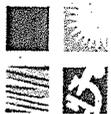
Per assicurare un'efficace risposta ai fabbisogni di salute del cittadino, attraverso l'adozione condivisa di percorsi assistenziali e di un efficiente utilizzo delle risorse disponibili, l'Istituto adotta il modello organizzativo sanitario di tipo dipartimentale che risponde all'obiettivo di:

- 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

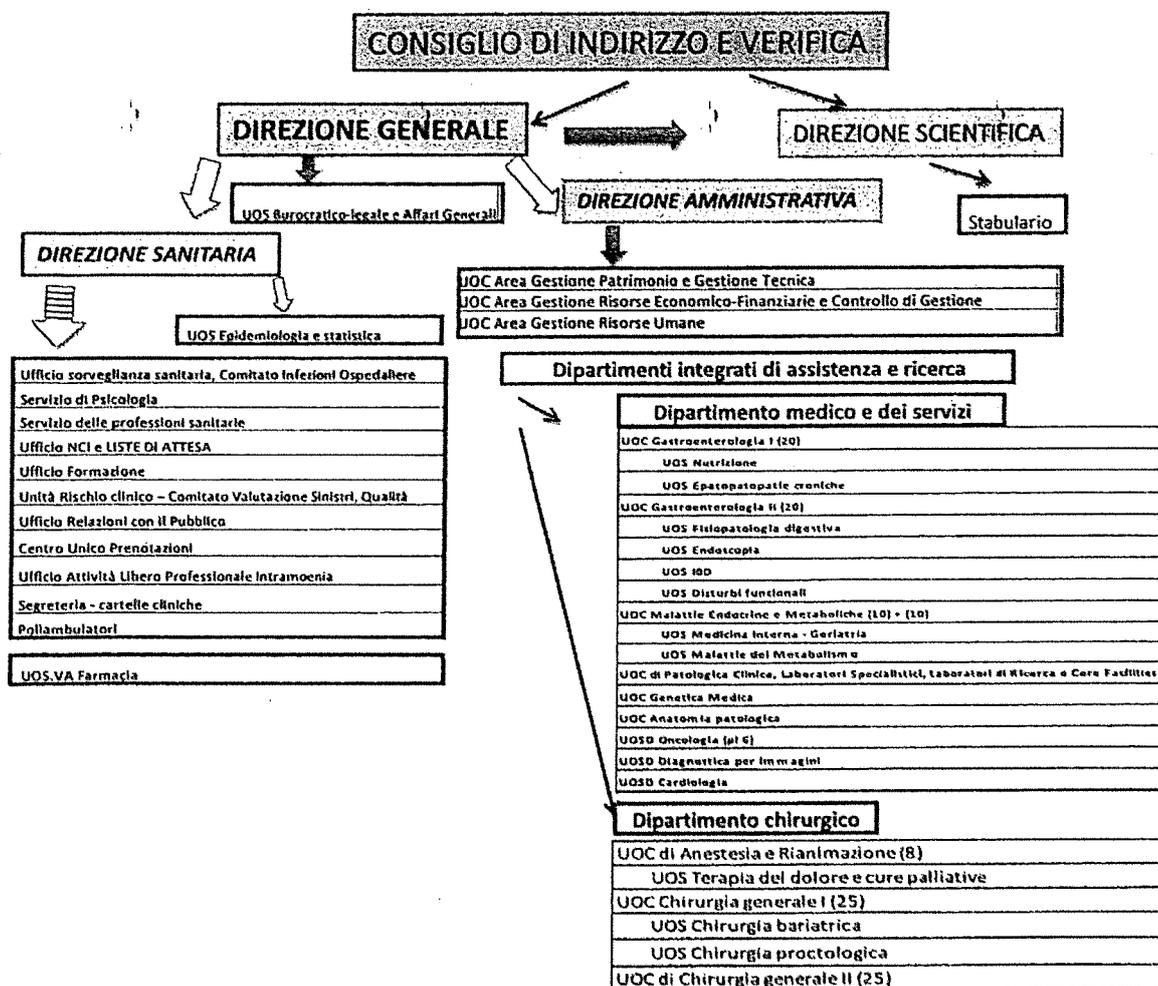


utilizzo delle suddette risorse, il Dipartimento è complessivamente responsabile della qualificazione delle attività, del conseguimento dei fini istituzionali e dello sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica.

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 2020, 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 2020 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 percorso condotto internamente dal responsabile della qualità, ha trovato la conferma della certificazione di conformità agli standard UNI EN ISO 9001:2015 dopo la verifica avviata ad ottobre 2020 in modalità videoconferenza e conclusosi a maggio 2021 on site presso l'Istituto da parte dell'organismo esterno di certificazione.

Il processo di reingegnerizzazione informatica

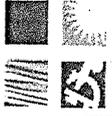
Il 2020 ha visto il tuning di quanto avviato negli anni precedenti, ovvero un miglioramento dei sistemi informativi dell'area sanitaria ed amministrativa.

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 120/2020, 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.

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 avviato l'implementazione del sistema informativo denominato OSLO, per gestire tutte le procedure che riguardano il Controllo di Gestione. Nel corso della Pandemia, si è provveduto anche ad acquisire un sistema di videoconferenza per poter effettuare incontri istituzionali come riunioni di delegazione trattante con le OO.SS., corsi di formazione ai dipendenti, espletamento di gare con gli operatori economici. Al fine di ridurre la presenza in ufficio, è stata predisposta la tecnologia necessaria all'attivazione del lavoro in smart-working del personale amministrativo attraverso la realizzazione di VPN.

Aggiornamento della carta dei servizi

È stato avviato l'aggiornamento delle informazioni rispetto al 2020. Non sono state completate le attività, ancora in corso, a causa dei rallentamenti causati dagli impegni richiesti alla Direzione Sanitaria rispetto ad altri fronti di maggiore urgenza riconducibili all'emergenza pandemica che ha caratterizzato il 2020.



4. Il ciclo della performance relativo al 2020

Il Ciclo della Performance per l'anno 2020, ha avuto inizio con la predisposizione del Piano triennale della performance 2020-2022, 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, durante la redazione della presente relazione, 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), chiudendo il percorso avviato nel 2020.

Lo stato di emergenza pandemica ha richiesto di rimodulare gli obiettivi specifici assegnati alle articolazioni aziendali nel rispetto di quanto previsto dal ciclo della performance per riallineare le aspettative iniziali rispetto ai condizionamenti determinati dall'ambiente esterno. In tal senso la Direzione Aziendale, a seguito delle tendenze della produzione da SSN rilevate con i trend per fine 2020, ha operato la rimodulazione degli obiettivi nel pieno rispetto del significato di ciclo della performance. In concreto, ritenendo le attese avulse dal contesto reale rispetto al contesto ipotizzato, ha considerato irrealizzabili i propositi di produttivi a tutti i livelli. Per tale decisioni è stato atteso un momento certo per optare su una tale scelta, adottata, poi, con DDG n. 548 del 6/11/2020.

Il monitoraggio trimestrale che ha comportato la rimodulazione del budget 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 in appropriatezza, 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.

Sarà migliorata l'attività di monitoraggio degli andamenti in futuro, con l'intento di giungere al conseguimento di una piena *accountability*, ma il 2020 ha visto solo il ripristino delle attività di base del monitoraggio descritto ai punti 1 e 2 a seguito dei cambiamenti apportati con la reingegnerizzazione informatica che ha toccato le aree amministrative, sanitarie e scientifiche. Gli attacchi hacker di fine 2019, inoltre, hanno condizionato la rilevabilità diretta di alcune parti di informazioni, come le prestazioni interne erogate dai servizi ai reparti.

Il 2021 vede un importante riallineamento verso la mission di un monitoraggio della gestione avendosi da giugno 2021 la disponibilità di idonea tecnologia a supporto in prospettiva del passaggio al sistema regionale MOSS.



5. Analisi della performance

5.1 Principali risultati raggiunti: accountability

A. Prospettiva economico — finanziaria o dei risultati

Riguardo la produzione, i valori relativi al 2020 e 2019 e le differenze di scostamento, sono riportate nella tabella successiva.

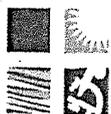
Importi in €/mgl	Produzione al 31/12/2020	Budget 2020	DIEF	Produzione al 31/12/2019	Delta Produzione 2020- Bgt 2020	Delta Produzione 2020-2019
Mobilità attiva infraregionale	16.656	19.500	16.656	17.881	2.844	1.225
Mobilità attiva extraregionale	624	405	624	549	219	75
Prestazioni di File F	6.706	7.000	6.706	7.353	294	647
TOTALE	23.986	26.905	23.986	25.783	2.919	1.797

I valori afferenti alla produzione per Mobilità Attiva, regionale ed extra-regionale, rilevano un decremento complessivo pari a €/000 1.797 mostrando pertanto un andamento non performante delle attività produttive, che erano annunciate per gli effetti della pandemia e che hanno ingenerato le scelte della rimodulazione degli obiettivi dei ricavi.

Con riferimento ai volumi di attività dovute alle prestazioni cosiddette di File-F, ricomprese nella produzione SSN che per l'esercizio 2020 si decrementano rispetto al 2019 per €/000 640 in termini assoluti, di seguito si riporta un approfondimento. 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 2020	Anno 2019	Differenze €	
CCO	Descrizione CCO	SSN	SSN	SSN	% SSN
U10	FILE-F AMB. CHIRURGIA	€ -	€ -	€ 0	
U20	LAB. IBD GASTRO 1 (U20)	€ 428.527	€ 468.672	-€ 40.145	-9%
U30	AMB. SOMMIN. DIRETTA ONCOLOGICO (U30)	€ 2.510.670	€ 2.699.642	-€ 188.972	-7%
U40	LAB. IBD GASTRO 2 (U40)	€ 3.337.446	€ 3.299.090	€ 44.724	1%
U50	BREATHQUALITY UBT(U50)	€ 10.541	€ 17.239	-€ 6.698	-39%
U90	FILE-F DIS. DIRET. (U90)	€ 72.117	€ 67.315	€ 4.803	7%
U91	FILE-F DIS. DIRET. NUOVI HCV (U91)	€ 343.641	€ 795.731	-€ 452.090	-57%
U92	FILE-F DIS. DIRET. 1° CICLO TERAPIA (U92)	€ 3.096	€ 5.630		
	TOTALE	€ 6.706.038	€ *7.353.418	-€ 640.912	-9%

I risultati economici evidenziano due decrementi significativi dei File-f (evidenziati in giallo), con una diminuzione di €/000 452 per la distribuzione diretta dei farmaci HCV correlata ad un fisiologico decremento della patologia, e una diminuzione di €/000 188 riguardante la somministrazione diretta dei farmaci oncologici che combinata con quanto rilevato nella tabella successiva, in cui si riporta il numero di prestazioni legate al File-F di oncologia, con una minore erogazione nel 2020 rispetto all'anno 2019 con 1495 infusioni rispetto alle 1590. In realtà una



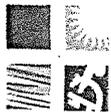
leggera flessione che tuttavia denota il mancato incremento di attività atteso nel 2020 dall'Oncologia.

Dati ambulatoriali per la somministrazione di FILE-F			2020	2019
Prognosi	Esami	Descrizione	2020	2019
Oncologia	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	1495	1590
TOTALE ATTIVITA' AMBULATORIALE			4.672	4.325

Sul versante generale del risultato di esercizio del 2020, quindi, la mancata produzione in termini di attività SSN (ricoveri e ambulatoriale), considerato che la pandemia ha congelato le azioni messe in campo per incrementare i valori di ricavo, è analizzato in generale di seguito.

Visti i fatti aziendali, si analizza la tabella di seguito come elaborata dai dati di bilancio di esercizio consuntivo 2020, in corso di approvazione.

VOCI DI BILANCIO	VALORI IN BILANCIO			COMPOSIZIONE %			SCOSTAMENTI	
	Bilancio al	Bilancio al	BUDGET	Bilancio al	Bilancio al	BUDGET	Differenza	Differenza Totale
	31/12/2020	31/12/2019	2020	2020	2019	2020	2019 vs 2020	
VALORE DELLA PRODUZIONE	43.592.176	42.088.811	39.698.050	98,91	98,63	100		1.503.365
Contributi in c/esercizio	13.602.374	11.501.865	9.157.450	30,86	26,95	23,07	2.100.509	
Proventi e ricavi diversi	25.392.519	26.709.448	28.172.600	57,61	62,59	70,97	-1.316.929	
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	350.408	180.005	78.000	0,8	0,42	0,2	170.403	
Compartecipazione alla spesa prestazioni sanit.	564.821	809.329	830.000	1,28	1,9	2,09	-244.508	
Utilizzo fondi per quote inutilizzate Contr. Vinc.	1.408.716	770.591	460.000	3,2	1,81	1,16	638.125	
Costi capitalizzati	2.273.336	2.117.572	1.000.000	5,16	4,96	2,52	155.764	
ALTRI PROVENTI	481.827	585.333	0	1,09	1,37	0		-103.506
Finanziari	174	4	0	0	0	0	170	
Diversi	0	0	0	0	0	0	0	
Straordinari	481.653	585.329	0	1,09	1,37	0	-103.676	
TOTALE RICAVI	44.074.003	42.674.144	39.698.050	100	100	100		1.399.859
							0	
COSTI OPERATIVI	50.287.331	45.034.398	42.296.695	96,47	96,69	96,66		-5.252.933
Personale	19.043.622	17.680.365	18.161.200	36,53	37,96	41,5	1.363.257	
Materiali	12.857.429	12.597.145	12.418.590	24,67	27,05	28,38	260.284	
Servizi e costi diversi	12.823.234	10.491.774	10.049.826	24,6	22,53	22,97	2.331.460	
Ammortamenti	2.385.473	2.121.592	1.147.500	4,58	4,56	2,62	263.881	
Accantonamenti	3.177.574	2.143.522	519.579	6,1	4,6	1,19	1.034.052	
ALTRI ONERI	1.839.820	1.541.633	1.462.620	3,53	3,31	3,34		-298.187
Finanziari	0	0	1.500	0	0	0	0	
Diversi	0	0	0	0	0	0	0	
Straordinari	368.594	148.124	0	0,71	0,32	0	220.470	
Tributari	1.471.226	1.393.508	1.461.120	2,82	2,99	3,34	77.718	
TOTALE COSTI	52.127.151	46.576.031	43.759.315	100	100	100		-5.551.120
RISULTATO ECONOMICO	-8.053.149	-3.901.887	-4.061.265	0	0	0		-4.151.262



La perdita di Esercizio prevista è pari a €/000 8.053, ciò – si ribadisce - nelle more della definitiva approvazione del Bilancio la cui scadenza, a causa delle emergenze da Covid 2019, è stata prorogata alla data del 23.07.2021.

Sulla base dei dati in possesso, si rileva una maggiore perdita rispetto all'esercizio 2019 pari a €/000 4.151 e ciò deriva da combinate interazioni Costi/Ricavi che di seguito, per grandi linee, si commentano.

In ordine ai ricavi si sottolinea l'importante decremento patito nel corso dell'esercizio in esame dalle attività socio sanitarie erogate, stante la minore produzione certificata pari a €/000 1.797 (vedi tabella a inizio paragrafo). Allo stesso modo la compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) rileva una significativa inflessione, pari a €/000 244.

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.

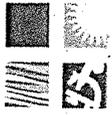
I Costi della Produzione fanno registrare un incremento per €/000 5.551 le cui ragioni vanno esplicate mediante un'analisi qui solo sinteticamente presentata, lasciando la competenza di merito agli atti allegati all'approvando bilancio 2020.

Si evidenzia l'incremento dei costi relativi al "Personale" per €/000 1.364 che, si precisa, risente della maggiore spesa per assunzioni cosiddette "COVID" utili a far fronte alle problematiche pandemiche, pari a €/000 209, e di €/000 1.482, 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 2019, vanno commentate le voci dei "Servizi". Tale voce, infatti, subisce un importante incremento rispetto all'Esercizio precedente, stante l'avvenuta necessità di ampliare, o di stipulare ex novo, contratti per servizi di "Logistica" e "Vigilanza" al fine di arginare e contenere gli effetti pandemici all'interno del presidio. Tale incremento ha valore pari a €/000 515.

Gli accantonamenti risentono anche di un incremento 2020/2019 di rilievo, ma ciò è determinato soprattutto da ricavi vincolati del Ministero che, in quanto non utilizzati nell'esercizio sono stati 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 2020, di prossima adozione.



B. Prospettiva processi interni di gestione

In merito a questa prospettiva, risulta di rilievo l'attività svolta in sinergia da diverse strutture per la stesura di **Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)** 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.

Tali percorsi si rendono necessari sia al fine di erogare prestazioni inserite in un percorso certificato, sia per assicurare ai pazienti tempi e modalità di erogazione migliori, sia per ottimizzare le risorse umane e strumentali necessarie, sia per ridurre le liste di attesa.

I PDTA sono inoltre considerati strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza anche in ambito di contenzioso giudiziario così come previsto dalla cosiddetta Legge Gelli L. n. 24/2017 nel senso che l'aver seguito un PDTA determina l'aver assicurato una qualità di assistenza certificata e non lasciata ad improvvisazione o altro.

Nell'anno 2020 il PDTA deliberato della Direzione Generale è il PDTA del cancro del colon-retto, che ha visto la sua applicazione nei reparti e servizi interessati dal percorso multidisciplinare. Sono pronti in fase di completamento per l'adozione deliberativa:

1. PDTA del soggetto obeso;
2. PDTA delle Lesioni neoplastiche precoci del tratto gastrointestinale;

Nel caso del PDTA relativo alle Lesioni precoci del tratto gastrointestinale è stato costituito un gruppo di n.4 figure professionali (anatomia patologica, gastroenterologia, chirurgia generale e anestesiologia e rianimazione) al fine di definire la procedura idonea per il trattamento delle lesioni neoplastiche precoci con una metodica endoscopica piuttosto che la tradizionale chirurgia con miglioramento della qualità della prestazione erogata e dei rischi per il paziente.

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 riguarda l'elevato grado di intercambiabilità raggiunto degli operatori, specie di quelli del contesto sanitario.

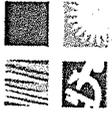
Tali risultati sono stati riscontrati in tutte le unità operative atteso che i relativi responsabili hanno ritenuto strategico investire sul personale anche per garantire la continuità delle procedure richieste dall'utenza a prescindere dalle assenze del personale.

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 che ha fornito alla STP idonea documentazione nella relazione di budget, 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 a dell'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 2020 la repentina trattazione delle casistiche nel momento del loro determinarsi, basando l'analisi, comunicata con la relazione di rendicontazione, sul numero di questionari effettivamente disponibili.

Nelle relazioni prodotte dall'ufficio emerge che:

I reclami sono stati analizzati in un documento sintetico, in cui sono state classificate le segnalazioni negative tra quelle riguardanti l'accoglienza e quelle riguardanti i comportamenti scorretti da parte del personale.

La STP ha approfondito quanto rendicontato dalla suindicata relazione, consultando i questionari indicanti segnalazioni negative e approfondendo i contenuti, portato agli atti quanto rilevato rispetto alle UO interessate dalle rilevazioni negative. Da ciò è scaturita la valutazione dell'obiettivo relativo alla prospettiva D) della BSC, orientativamente rispettosa di idonea accoglienza e comportamenti da parte del personale.

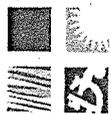


5.2 Analisi del contesto e delle risorse

Sulla base del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2020/2022 adottato con DDG n.18 del 15/1/2020, modificata e integrata con DDG n.517 del 23/10/2020, 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 negoziato il contingente di personale da reclutare sia con riferimento al ruolo sanitario che a quello tecnico. Tali necessità programmate 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 evidenzia il reclutamento di:

TIPOLOGIA DI PERSONALE	numero unita'	UNITA' OPERATIVA	PERIODO	TIPO DI RAPPORTO	MODALITA' DI ASSUNZIONE
Dirigente medico		Anatomia Patologica	del. n.202 del 29.04.2020	t.i.	Concorso
Dirigente medico	2	Oncologia	del.n.38 del 28/01/2020	t.i.	Concorso
OO.SS.	n.9 interni		del.n.364 del 15/07/2020	t.i.	Concorso
OO.SS.	n.15 esterni		del.n.364 del 15/07/2021	t.i.	Concorso
Dirigente Amm.vo	1	Controllo di Gestione	del.n.545 del 04.09.2019	t.i.	Mobilita'
Coll.Tecnico Prof. Ingegnere cat. "D"- Ruolo Tecnico	1	Area tecnica	del.n.555 del 13.09.2019	t.i.	Mobilita'
Ausiliario cat.protette	1		del. n.426 del 24/08/2020	t.i.	Concorso
Coll.Tecnico Prof.Statistico "cat. D"	1		del.n.403 del 06/08/2020	t.i.	Avviso selezione interna
CPS Tecnico di Radiologia	1	Radiologia	del.n.447 del 11/09/2020	t.i.	Concorso Pubblico
Dirigente Farmacista	1	Farmacia	del.n. 373 del 11/06/2019	t.i.	Avviso di mobilità
Dirigenti Analisti	2	Direzione Scientifica	n. 346 del 07.07.2020	t.i.	Concorso Pubblico
Dirigente Ingegnere	1	Area Tecnica	del.315 del 26.06.2020	t.d	Concorso Pubblico (utilizzo grad.)
CPS Infermieri	6	n.3 Chirurgia-n.3 Rianimaz.	del.nn.43-606/2020	t.d	Avviso Pubblico
CPS Infermieri-Covid	3	Centro di costo Covid	del.nn.255-384/2020	t.d	Avviso Pubblico
Dirigente medico	1	Chirurgia	del.n.436 del 09/09/2020	t.d.	Avviso Pubblico
Dirigenti medici-Covid	2	Chirurgia	del.n. 585 del 26/11/2020	t.d	Avviso Pubblico
Dirigente medico	1	Anatomia Patologica	del.n.347 del 08.07.2020	t.d	Avviso Pubblico
Dirigenti Biologi	6	Patologia Clinica	del.n. 534 del 30/10/2020	t.d	Avviso Pubblico-Covid
CPS Infermiere	1		del.n.582 del 24/11/2020	t.i.	Stabilizzazione
Dirigente Biologo	1	Patologia Clinica	del.n. 505 del 13/10/2020	t.d.	Comando
CPS Infermiere	1	Rianimaz	del.n.466 del 18/09/2020	t.i.	Mobilità compensativa



5.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

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

Gli obiettivi specifici 2020 sono descritti, nel rispetto delle linee guida citate nella premessa della presente relazione della performance, con i passaggi riportati in sintesi ai punti sottostanti:

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1b	Raggiungimento Equilibrio/Pareggio di Bilancio	Contenere costi di beni, servizi. Contenere la spesa dispositivi e farmaceutica: (brand, antibiotici, prestazioni a distribuzione territoriale, dispositivi in vitro, dispositivi ad alto costo)	Minori Costi rispetto 2019: 1. Rispetto dei Limiti di spesa riferiti al personale: Tetto assegnato dalla DGR n.2293/2018, 50% spesa tempo determinato riferita al 2009; Contenimento dello straordinario 2. Maggiore utilizzo biosimilari rispetto al consumo complessivo 3. Riduzione di utilizzo di antibiotici cat. J01DH sul consumo totale antib. 4. Incremento prescrizioni biosimilari a distribuzione territoriale 5. Costi dispositivi medici in vitro 6. Scorte dispositivi ad alto costo	<= 1,4% & 50%TD Rilevazione consumi dalla UOSD di Farmacia 6. <Bisogno bimestrale tolleranza al bisogno bimestrale ↳ 10% pt.20 ↳ 20% pt.10

L'obiettivo

1. 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.

La Direzione Scientifica ha operato con un contenimento dei costi, acclarato da una correlata riduzione dei finanziamenti da parte del Ministero della salute per la ricerca corrente, a fronte del quale è risultato un incremento della produzione scientifica.

2. L'UOSD di Farmacia ha ottemperato con i monitoraggi e le verifiche richieste del contenimento dei consumi di farmaci e dispositivi, rilevando il rispetto dei target su biosimilari, cat. J01DH degli antibiotici salvo che rispetto alle scorte di magazzino.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo di contenimento delle scorte di fine anno per i materiali sanitari rispetto al valore bimestrale dei consumi per reparti e dei servizi, è stato giustificato dal Direttore Sanitario, soppiantando l'iniziale programmazione di contenere i costi ad una gestione prudenziale di garantire le disponibilità dei materiali necessari all'attività sanitaria, visto il perdurare del periodo dello stato di emergenza. Dato il perdurare delle circostanze di difficoltà pandemica e per non incorrere in difficoltà nell'erogazione dei servizi è stata scelta l'opzione di ricorrere alle scorte dei materiali oltre i bisogni indicati dai consumi bimestrali.

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

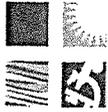
Fonti Utilizzate: Tabelle di monitoraggio prodotto dall'UOSD di Farmacia, inviate trimestralmente e con consuntivi finale annuale Documentazione di note della Direzione Sanitaria e degli atti deliberativi rispetto agli argomenti descritti e riportati nelle relazioni.

Risultato valutato:

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.

Al netto delle necessità prudenziali che lo stato di emergenza ha comportato per tutto il corso del 2020 e che ha portato a scegliere la strada ben ponderata da parte della Direzione Sanitaria di garantire i servizi ai pazienti, glissando il vincolo di limitare le scorte dei dispositivi sanitari al di sotto dei consumi bimestrali, l'obiettivo è stato pienamente centrato dai reparti e servizi. 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. Inizialmente è stato scelto di non rimodulare l'obiettivo A1b ad evitare che il vincolo cancellato dalla rimodulazione del target sui ricavi trovasse un compromesso al raggiungimento del pareggio di bilancio almeno sul versante dei costi.



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A2	1.Pianificare i consumi delle risorse 2.Proposte progettuali 3.Straordinario	1.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi e piano formativo aziendale 2.Comunicare progetti nei termini 3.Rispetto budget straordinario	1.Comunicare entro i termini il fabbisogno di beni e servizi e piano formativo aziendale 2.Comunicare progetti nei termini 3.Rispetto budget straordinario	1.Giorni di ritardo nella trasmissione 2. Proposte avanzate 3.Numero ore oltre il budget
<p>L'obiettivo: 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. 3. Infine si è voluto dare peso alla considerazione del rispetto del budget dello straordinario approntato per l'anno da parte dell'UOC Gestione Risorse Umane.</p>				
<p>Risultato misurato: L'UOC Patrimonio ha attestato con deliberazione del Direttore Generale n.538 del 30/10/2020, l'avvenuta comunicazione del fabbisogno biennale di beni e servizi e opere e programma delle Opere pubbliche 2021-2023, come richiesto dalla normativa. In tal modo ha attestato l'avvenuta comunicazione da parte delle varie articolazioni aziendali di quanto necessario. Tutte le UUOO si sono adoperate 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. La direzione Scientifica ha pianificato il supporto statistico alla ricerca armonizzando a livello centrale con la creazione di un HUB di data science coordinato dal dirigente analista ing. Sardone</p>				
<p>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.</p>				
<p>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.</p>				
<p>Note: Nessuna</p>				

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B1	Gestire i ricoveri con DRG alto rischio inappropriata Focalizzare l'attività su appropriatezza delle prestazioni di interesse istituzionale Monitoraggio e analisi riguardante la ricezione delle richieste di acquisto e l'avvio del processo	Evitare inappropriata. Indirizzare ricoveri ad alto rischio su day-service /day-hospital /day-surgery. Indirizzare prestazioni di fidelizzazione del paziente. Creazione di un DATABASE o utilizzo di idoneo modulo della ...al fine di gestire i flussi contabili amministrativi delle attività richieste.	Numero DRG fra i 108 alto rischio inappropriata Documentazioni di attiva svolta in merito per reparto Miglioramento della gestione informatizzata	% di inappropriata Focalizzare attività su prestazioni di interesse istituzionale (IBD, gestione delle precancerosi, fine diagnostica delle neoplasie biliopancreatiche) =Presentazione report con i dati inseriti
<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. 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: Dalla disamina dei dati indicati si rileva un andamento generale che depone a favore del raggiungimento dell'obiettivo per le percentuali di appropriatezza dei ricoveri, salvo per la Gastroenterologia 1 che non ha rispettato il risultato richiesto, con ammissione dello stesso responsabile. Le attività di Anatomia Patologica hanno dimostrato l'attenzione posta dall'UO riguardo le esigenze diagnostiche dei pazienti interni, dichiaratamente riportate dal responsabile nella relazione di Budget, al fine di fidelizzare i pazienti all'offerta specialistica del Servizio. Rispetto alle attività amministrative si rileva la gestione programmata, con creazione e alimentazione di database delle richieste di acquisto, di pratiche giudiziarie, per le procedure di reclutamento, per i flussi delle fatture, finalizzata a dare adeguatezza amministrativa al monitoraggio delle esigenze e della loro programmazione e assolvimento. È stata fatta richiesta di presentare il database alla UOC del Patrimonio in quanto non allegata alla relazione di budget per completezza informativa dei risultati raggiunti. La direzione scientifica ha ottemperato al suo obiettivo mantenendo tutti gli studi scientifici con il supporto di analisi statistica. Performance ben orientata verso miglioramento per l'obiettivo trattato relativamente ai processi di gestione.</p>				
<p>Note: nessuna.</p>				

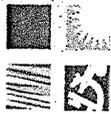


Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B2	Revisione processi per Innovare e adempiere a Privacy e Anticorruzione	Documentare attività per ridurre sprechi di tempi e risorse adeguandosi agli obblighi di Privacy e Anticorruzione.	Numero attività documentate da DPO per la Privacy e dal RPCT per Anticorruzione	Relazione
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.				
Risultato misurato: Le attestazioni rilevate sulle relazioni, hanno delineato l'andamento per questo obiettivo qualitativo, sia da parte del DPO che da parte dell'RPCT, che non hanno rilevato difformità e criticità alcuna in merito ai contesti analizzati.				
La direzione scientifica ha ottemperato al suo obiettivo riportando nei sistemi informativi tutte le rilevazioni necessarie alla rilevazione e quantificazione dei progetti scientifici, rispondendo adeguatamente alle necessità informative e di appropriatezza dei dati utili alla rilevazione contabile ed amministrativa.				
Fonti Utilizzate: Dichiarazione dei responsabili.				
Risultato valutato: I responsabili hanno rilevato un risultato positivo sia dal contesto sanitario che dal contesto amministrativo: performance positiva per l'obiettivo trattato.				
Note nessuna				

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B3	Cooperare per la circolazione di informazioni, ai fini del rispetto degli adempimenti obbligatori dei Flussi informativi.	Predisporre i dati utili alla formazione di tutti flussi di pertinenza dell'UO e per flusso dati per la dimissione dei pazienti interni e referti utenza.	Giorni di ritardo rispetto alla scadenza	Zero giorni di ritardo rispetto alle scadenze
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.				
Risultato valutato: Si rileva che alcuni reparti non hanno organizzato opportunamente l'attività di rendicontazione delle schede di dimissione dei pazienti, causando la mancata validazione e valorizzazione degli importi. A fronte dei reparti non performanti, sono stati rilevati altri aderenti alle indicazioni poste dall'obiettivo.				
Relativamente ai tempi di consegna dei referti da parte dei servizi si rileva la massima attenzione a consegnare nei tempi richiesti la documentazione ai pazienti.				
Le UUOO amministrative e le direzioni hanno prodotto nei tempi utili le documentazioni necessarie all'assolvimento degli adempimenti, non causando ritardi nella consegna di informazioni e documenti agli stakeholder richiedenti.				
Performance generale positiva, segnalata la necessità di miglioramento di 2 reparti meno performanti nella consegna delle SDO				
Note Segnalata la necessità di una migliore gestione per evitare carenza informativa di SDO e SDA nei sistemi regionali.				



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
B4	1.Degenza media reparti 2. Uso sistemi informativi 3.Revisione organizz.va 4.Ricetta dematerializzata 5.Case Mix 6.Redazione PDTA 7.ISO 9001:2015 Qualità	1.Riorganizzare attività di ricov. 2.Pieno utilizzo dei software 3.Documento di riorganizz.ne 4.Pieno utilizzo ricetta bianca 5.Aumentare indice di compless. 6.Studio e Stesura di PDTA 7.Mappatura del rischio: metodo Risk Based Thinking	1.Degenza media 2.Relazione SIA 3.Presentazione al protocollo 4.Numero ricette rosse 5.Indice complessità 6.N.PDTA adottati 7.Collaborare alla mappatura del rischio con FMEA	<=valore and = Ok and >= valore and =0 and > valore and >= valore and =Ok resp. qualità
<p>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.</p>				
<p>Risultato misurato: È stata eseguita la rilevazione da Edotto dei dati numerici, rilevando un sostanziale rispetto della degenza media e dell'indice di complessità richiesti, in netto miglioramento rispetto all'anno 2019. Si sono rilevati diversi casi di proposte di riorganizzazione delle attività per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi trovando il consenso della STP, come la gestione della <u>consegna dei File-F per la somministrazione cosiddetta della diretta</u> con la creazione di una sala di attesa idonea che in tempi di pandemia ha consentito un apprezzamento significativo da parte dell'utenza. Degno di nota anche quanto effettuato dalla UO di Patologia Clinica in riferimento alla <u>somministrazione di tamponi</u>, rivedendo e ritarando l'organizzazione per le necessità del territorio.</p> <p>Solo la chirurgia non ha migliorato il pieno utilizzo dei software secondo le richieste, per cui la STP non ha valorizzato positivamente risultato, ritenendolo non sufficiente e richiedendo la massima attenzione ai processi sanitati informatizzati per consentire la piena gestione della rilevazione utile alle cure del paziente.</p> <p>Il passaggio alla dematerializzata invece trova delle resistenze, giustificate dal mancato funzionamento dei sistemi informatici adibiti alla procedura della dematerializzata. Si è rilevato ad ogni buon conto maggiore sensibilizzazione su tale obbligo per gli operatori prescrittori.</p>				
<p>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.</p>				
<p>Risultato valutato: La degenza media risultante nel 2020 per tutti i reparti in cui l'obiettivo era stato richiesto ha visto un abbassamento dell'indicatore che è stato conseguito, salvo che per il reparto di Gastro 1. 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.</p> <p>Performance generale, positiva per tutti da migliorare per alcune UUOO sul versante dematerializzata e utilizzo dei software</p>				
<p>Note. nessuna.</p>				



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

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.

Risultato misurato: Numero di contestazioni o rilievi negativi.

Fonti Utilizzate: Report dell'URP e rilevazioni della Direzione amministrativa rispetto alle UO amministrative.

Risultato valutato:

Si rilevano contestazioni e segnalazioni relative all'accoglienza, focus dell'obiettivo, entro la tolleranza fisiologica delle lamentele. Il reparto di Gastroenterologia 2 ha evidenziato maggiori casi di rilievo. Per i servizi sono stati segnalati reclami per Lab. di Patologia Clinica.

In nessun caso i reclami hanno riguardato situazioni gravi, dato atto che a tal fine la STP ha analizzato singolarmente i questionari per rilevare la coerenza delle segnalazioni su reali negatività dell'accoglienza.

Performance per l'obiettivo trattato POSITIVA da migliorare attraverso maggiore sensibilizzazione del personale

Note

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
C2	Sensibilizzazione reclami e contestazioni di utenza interna	Gestire le contestazioni e i reclami a proprio carico e comunicare formalmente alla Direzione Amministrativa quelle di altre aree che hanno comportato ritardi e inadempienze per la fornitura di flussi di competenza	N. Segnalazioni negative a proprio carico	<=2
	Aree sanitarie 1.Sensibilizzazione reclami e contestazioni 2.Ridurre tempi d'attesa: prestazioni	Aree sanitarie 1.Monitorare mensilmente i dati forniti dall'ufficio URP 2.Rispetto del piano regionale	Aree sanitarie 1.N. Segnalazioni negative a proprio carico 2.Valori piano regionale	<=2 Ok

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

Risultato misurato: Segnalazioni di comportamenti negativi.

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 2020 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

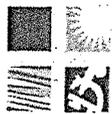
Note



Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D1	Formazione tra colleghi	Sostituzione di personale in procedure	Numero di procedure processate	>=2
<p>L'obiettivo: Finalizzato a dare peso alla formazione dei dipendenti per la crescita dell'IRCCS, rendendo le procedure indipendenti dalla presenza dell'esecutore abituale</p> <p>Risultato misurato: Attività formativa svolta con le indicazioni di quanto effettuato o con corsi di formazione o con formazione interna.</p> <p>Fonti Utilizzate: Dichiarazione dei responsabili e riscontro dall'ufficio Formazione.</p> <p>Risultato valutato: 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>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</p> <p>Note</p>				

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
D2	Adoperarsi per la formazione	Presenza agli eventi nel corso dell'anno con altre forme di partecipazione	Svolgimento attività in videoconferenza e/o attivazione SmartWorking	>=ottemperare
<p>L'obiettivo: a seguito della rimodulazione degli obiettivi, l'obiettivo in esame ha voluto consentire un'alternativa alla formazione con l'attuazione dello smart-working richiesto dagli obblighi derivanti dallo stato di emergenza pandemica. A seguito di tanto si rileva che l'obiettivo è stato considerato esclusivamente per le aree amministrative</p> <p>Risultato misurato: Attestazione delle attività amministrative in modalità di lavoro agile da parte dei responsabili dei vari uffici.</p> <p>Fonti Utilizzate: comunicazioni al Ministero del lavoro del personale richiedente di svolgere la propria attività lavorativa a distanza.</p> <p>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.</p> <p>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</p> <p>Note</p>				

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
<p>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.</p> <p>Risultato misurato: Esplicitazioni nella relazione di budget di quanto profuso nei termini dell'indicatore di rilevazione del risultato prodotto</p> <p>Fonti Utilizzate: Attestazioni dei diretti interessati con la prova documentale di quanto atteso in allegato alla relazione o nella disponibilità qualora richiesta.</p> <p>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 2020 da parte della Direzione Scientifica per ogni Centro di responsabilità.</p> <p>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</p> <p>Note</p>				



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 2020 procede verso le direzioni annunciate, ovvero se sia necessario introdurre eventuali correttivi da considerare e porre in essere nei prossimi Piani triennali della performance:

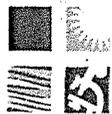
- La programmazione di incrementare l'attività scientifica in termini di IFN del 50% rispetto al triennio precedente, viene confermata dai risultati della performance conseguita, rilevandosi un andamento in crescita che parte da 55 punti e giunge a 365 punti nel 2020 (dato trasmesso al Ministero della 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 400 punti di IFN nel corso del 2021 e al contempo non perdendo di vista il mantenimento di una base di 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.

Resta fondamentale fare considerazioni annuali per centrare le strategie più opportune.

- La carenza di personale, spesso derivante dai tempi di reclutamento del personale sanitario le cui procedure sono state attivate con riferimento ai concorsi di Dirigenti Biologi, di Dirigenti Medici di Gastroenterologia, Cardiologia e Radiodiagnostica oltre all'adesione ai concorsi di Infermiere e di Dirigente Medico di Chirurgia banditi da altre Aziende Sanitarie regionali, tutti in fase di espletamento, rilevano l'importanza di porre adeguata attenzione in prospettiva futura assegnando obiettivi idonei all'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, potrà beneficiare anche di strumentazioni informatiche adeguate e di personale all'uopo dedicato, consentendo il conseguimento dei benefici della reingegnerizzazione, 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.
- 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



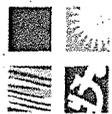
procedure.

- L'attuazione del monitoraggio sulla customer satisfaction da parte dell'URP, che nel 2020 ha trovato la produzione di rendicontazioni utili alla comprensione di eventi spiacevoli e avversi al buon andamento dell'IRCCS, potrà nel 2021 e 2022 segnare importanti cambiamenti dal punto di vista della performance.

5.3.3. Performance organizzativa complessiva.

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			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	80	80	95
R30 UOC DI GASTROENTEROLOGIA 1			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	80	80	96
R3A UOSD ONCOLOGIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98	98	98
R40 UOC GASTROENTEROLOGIA 2			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	81	81	84
R60 UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98	98	98
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	100	100	100
SD0 UOSD FARMACIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100
SJ0 UOC GENETICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98	98	97,6
SM0 UOC DI PATOLOGIA CLINICA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	98	98	97,6
SO0 UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100



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

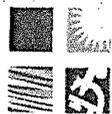
DIREZIONE SANITARIA			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	100	100	100

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 organizzativa

Gli obiettivi individuali assegnati al personale ed inseriti nel Piano della performance con deliberazione n.482 del 5/10/2020 avente oggetto "Obiettivi specifici dei progetti a valenza aziendale: anno 2020" rilevano quanto segue:

Rispetto della ex legge 190/2012 e del codice di comportamento	Partecipazione alle azioni di prevenzione rispetto reciproco	Comunicare i comportamenti opportunistici	Ottemperare e
L'obiettivo annuale di riferimento: L'obiettivo sopra indicato è stato assegnato al dirigente medico dott. Francesco Gabriele quale responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), individuato con delibera DG n.130/2018. I risultati di tale attività sono riconosciuti al professionista sulla base di accordo raggiunto in sede di delegazione trattante dell'Area Medica, giusto verbale del //2020.			
Obiettivo individuale: Svolgere tutti i compiti in capo al RPCT			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2020			
Risultato misurato: Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.			
Fonti da utilizzare: Relazione del RPCT			
Risultato valutato Attività relative agli adempimenti richiesti: Formulazione del piano triennale per la prevenzione della corruzione e Piano aziendale attuazione della Trasparenza 2020-2022 Formulazione consuntivo delle attività dell'Ente e conseguimento formulazione della Relazione sulla prevenzione della corruzione 2020 Attivazione e utilizzo di specifica piattaforma informatica al fine di coinvolgere le UUOO nella stesura del piano aziendale per l'anticorruzione e la trasparenza.			
Note			

PROGETTO "Gestione del rischio clinico" Deliberazione DG n.695/2017			
L'obiettivo annuale di riferimento: L'obiettivo sopra indicato è stato assegnato al dirigente farmacista dott. Pietro Trisolini nominato quale Responsabile aziendale del rischio clinico e della Qualità con delibera DG n.695/2017.			
Obiettivo individuale: 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.			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2020			
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 <u>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</u>			
Fonti da utilizzare Relazione del Responsabile aziendale del Rischio clinico e Qualità			
Risultato valutato Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2020.			
Note			

PROGETTO "Supporto all'attività Informatica di Cyber Security"			
L'obiettivo annuale di riferimento: L'obiettivo sopra indicato è stato assegnato al dirigente Ingegnere Antonio Leo ed ai dipendenti del comparto afferenti ai Sistemi Informativi Aziendali.			
Obiettivo individuale: Svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di della sicurezza informatica.			
Indicatori e Target: Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2020			
Risultato misurato: Presentazione del collaudo del progetto che risulta al IV SAL ed in attesa di collaudo finale a luglio 2021. <u>Performance per l'obiettivo trattato IN ATTESA di relazione</u>			
Fonti da utilizzare Relazione del Responsabile coordinatore del progetto.			
Risultato valutato Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2020.			
Note <u>Attesa la relazione con protocollo</u>			



PROGETTO "Adempimento agli obblighi richiesti da Perla PA" Anagrafe delle Prestazioni
L'obiettivo annuale di riferimento: 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.
Obiettivo individuale: Svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di richiedi dall'adempimento.
Indicatori e Target: N. di inserimenti effettuati sul sito
Risultato misurato: Evidenza degli inserimenti effettuati.
Performance per l'obiettivo trattato Positiva
Fonti da utilizzare Relazione del Responsabile coordinatore del progetto.
Risultato valutato Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2020.
Note

5. 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.