



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



# **Relazione annuale sulla Performance 2019**





## **INDICE**

1. Introduzione alla relazione annuale sulla performance 2019 .....	4
2. Gli obiettivi strategici e generali.....	8
3. Il contesto interno e 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 .....	29
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) .....	36
5.3.3. Performance organizzativa per centro di responsabilità .....	37
5.4. Misurazione e valutazione della performance individuale.....	39
6. Allegati .....	41



## ***1. Introduzione e perimetro della relazione annuale sulla performance 2019***

---

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 2019, 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 2019 (Piano), adottato con Deliberazione del DG n.54 del 29/01/2019 avente oggetto *"Adozione Piano della Performance 2019-2021"*, ha identificato il contesto e il perimetro di trattazione strategica mediante il metodo di analisi SWOT, rilevando i fattori endogeni (susceptibili di variazioni anche immediate) ed esogeni (che dipendono dalle interazioni col territorio) delineando in tal modo i fattori dannosi e di ausilio. A seguito di questo approccio metodologico si sono analizzati gli aspetti rilevanti da tenere in considerazione per allineare le strategie aziendali attraverso un percorso di adattamento al contesto rilevato da tale analisi:

L'approfondimento dei punti riportati ha consentito di sviluppare considerazioni sugli obiettivi strategici da riferire su breve e medio termine, determinando le strategie di riferimento su cui sviluppare le attività e le azioni di miglioramento dell'IRCCS.

Ecco il punto di partenza del 2019 dopo l'analisi SWOT, quale impostazione strategica:

AREA STRATEGICA	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021
RICERCA	Incremento dell'attività scientifica (F) del 50% rispetto alla media del triennio recedente	Tendenza al raggiungimento per IF prodotto della media nazionale degli IRCCS	Tendenza al superamento per IF prodotto della media nazionale degli IRCCS
	Incremento della ricerca clinica  Progettare ricerca per reperimento fondi privati ed europei accreditamento per gli studi di Fase 1 <sup>o</sup>	Raggiungimento della parità fra ricerca clinica e sperimentale  Progettare ricerca per reperire fondi privati ed europei per il 50% dei fondi complessivamente destinati alla ricerca	Dare prevalenza alla ricerca clinica traslazionale  Progettare ricerca per reperire fondi privati ed europei per più del 50% dei fondi complessivamente destinati alla ricerca
ASSISTENZA	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione R.O. dell'oncologia e day-surgery con 3 <sup>o</sup> S.O.)	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione Medicina generale)	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione Endocrinologia e delle terapie per l'obesità)
	Potenziare il sistema di governo accrescere il senso di appartenenza diffondere il significato di performance	Completare l'organizzazione dirigenziale e qualificare l'apparato burocratico	Analisi di efficienza efficacia e revisione-conferma dell'apparato burocratico attuando criteri di rotazione
	Monitoraggio dei tempi di attesa, analisi delle cause e proposta delle soluzioni	Riduzione dei tempi di attesa	Rispetto dei tempi di attesa
	Analisi dei fattori di rischio per la sicurezza dei pazienti e dei operatori	Sviluppo del sistema aziendale per il rischio clinico	Rischio clinico "ZERO"
	Ciclo di Gestione della performance (piano triennale)	1 <sup>o</sup> aggiornamento	2 <sup>o</sup> aggiornamento
Progetto per il contenimento dei costi  Attuazione di metodi di monitoraggio della soddisfazione degli stakeholder  Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Congelamento dei costi e di approvvigionamento di beni e servizi  Elaborare il piano della comunicazione  Incontri ed iniziative	Azzeramento degli affidamenti diretti  Verifica attuativa del piano  Resoconto della attuazione del piano triennale ed elaborazione del nuovo	

Con la definizione degli indirizzi strategici appena presentati e delineati in prospettiva temporale di tre anni, sono stati definiti i processi correlati ad aspetti concreti da realizzarsi per il 2019, approdando alla definizione dell'insieme degli obiettivi generali 2019, come adottati nell'atto deliberativo n.18 del 17/01/2019 avente oggetto "Aggiornamento mappa strategica ed individuazione obiettivi aziendali 2019".

Questa risultanza, denominata mappa strategica, che per comodità di trattazione si riporta nelle successive tabelle, è stata concepita con la metodologia Balanced Scorecard (BSC) che nel rispetto delle indicazioni canoniche della metodologia, vede raggruppati gli obiettivi in quattro diverse prospettive:

**A. Prospettiva economico — finanziaria o dei risultati [Pesi(D20%-C45%-S30%-C20%)**

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 45	Ps 30	pc 20	Azioni correlate
1. <i>Rispetto del budget (DIEF) assegnato dalla Regione</i>	Contenimento dei costi Incremento attività di ricerca	Disavanzo (M.ni) Avanzo x I.F. prodotto	- 6.400 +6.400	80	16	36	24	20	Razionalizzare la spesa rivedendo i modelli organizzativi
2. <i>Equilibrio costi/ricavi</i> 3. <i>Ridurre i costi operativi e de/le prestazioni erogate</i>	Raggiungere l'obiettivo della crescita dei ricavi includendo x 1 punto di I.F. 30 m.la €	Ricavi SSN (M.ni) Ricavi virtuali x 187 punti di I.F.	25.200 +6.400	20	4	9	6	--	Pieno utilizzo delle risorse disponibili Ampliamento dell'offerta Presentare nuovi progetti

**B. Prospettiva processi interni di gestione [Pesi(D40%-C30%-S40%-C40%)**

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 40	Pc 30	Ps 40	pc 20	Azioni correlate
1. <i>Migliorare la qualità</i> 2. <i>Aumentare l'efficienza operativa</i> 3. <i>Aumentare l'efficienza delle prestazioni</i> 4. <i>Ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni</i>	Miglioramento continuo Appropriately /organizzazione del lavoro orientata all'attuazione della rete ospedaliera	Area sanitaria: ridurre i tempi di erogazione servizi, contenere la spesa del personale  Area amministrativa: utilizzo del sistema di contabilità analitica che consenta l'analisi di costi, rendimenti e risultati; dLgs 118/11 adeguamento.	Elaborare proposte riorganizzative Tempi di risposta di partecipazione ai sistemi di controllo	50	24	15	20	30	Area sanitaria: Favorire le procedure alternative al R.O. incrementando l'appropriatezza delle prestazioni e garantendo la continuità assistenziale e/o di supporto. Area amministrativa: mantenimento dell'indispensabile
	Omogeneità nei comportamenti	N. di protocolli diagnostico-terapeutici multidisciplinari finalizzati al contenimento della spesa farmaceutica. Protocolli operativi	n. 1 protocolli operativi x U.O.	10	2	3	4	4	Incrementare l'adozione di protocolli multidisciplinari e loro diffusione (PDTA). Produrre documentazione.
	Flussi informativi	Incompletezza e ritardi operativi	N. di contestazioni/ricami	10	2	3	4	3	Puntuale rispetto dei tempi di trasmissione
	Efficienza	D.M. I.M.C. Tempi referti Tempi di risposta alla produzione di atti	6 >1.2 < 10 giorni N. di contestazioni/ricami (< 2)	30	12	9	12	3	Attivazione di procedure correlate al raggiungimento obiettivi Documenti di contestazione/ricamo

**C. Prospettiva apprendimento e crescita [Pesi(D20%-C10%.-S10%-05%)]**

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 10	Ps 10	pc 5	Azioni correlate
1. Colmare il gap delle competenze 2. Migliorare l'efficienza tecnologica 3. Promuovere nuovi progetti 4. Trattenere le persone migliori 5. Garantire un adeguato training	Competenze ed abilità	% di turnover aziendale	80%	20	4	2	2	1	Interscambiabilità degli operatori
	Innovazione	Nuove tecniche Apprendimento nell'uso della cartella informatizzata	1 x U.O. Adozione della cartella informat.	10	3	1	1	1	Introduzione di processi produttivi nuovi, corrente uso della cartella informatizzata
	Formazione e aggiornamento,	Progetti formativi. Ottemperanza alle	1 x U.O. Apprenderne	20	3	2	2	1	Promuovere eventi formativi
	La ricerca partecipata	Partecipazione a progetti di ricerca I.F. Normalizzato	Almeno 1 progetto x U.O. 128+59(D Sc) punti di I.F.	50	10	5	5	3	Creare ricerca multidisciplinare

**D. Prospettiva assistito e relazioni con l'ambiente esterno (D20%-C15%-S20%-C35%)**

Obiettivi primari	Obiettivi correlati	Indicatori	Target	P 100	Pd 20	Pc 15	Ps 20	pc 35	Azioni correlate
1. Soddisfazione dell'assistito e miglioramento delle relazioni esterne 2. Migliorare l'attrattività 3. Rafforzare l'immagine dell'ente	Migliorare le relazioni con gli utenti	N. di reclami	n. reclami non giustificabili (< 3 x U.O.)	30	6	4	4	15	Azioni correttive per prevenire le azioni di contestazioni
	Elevare la qualità dei servizi offerti	Carta dei servizi	1 revisione x U.O.	10	1	1	1	3	Progettare nuova offerta sanitaria/amministrativa
	Miglioramento dei tempi d'attesa	Tempi d'attesa	Progressivo allineamento ALPI-Istituzionali	30	6	5	9	6	Monitoraggio periodico dei tempi d'attesa allineamento
	Rispetto della ex legge 190/2012	Partecipazione alle azioni di prevenzione	Ottemperanza	20	5	3	4	8	Ridurre comportamenti opportunistici
	Migliorare l'attrattività	n. di accordi di programmi	1 x U.O.	10	2	2	2	3	Stipulare accordi specifici anche con stakeholder esterni

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 si rinvia alla deliberazione del DG n.342 del 30/03/2019.

Definiti gli aspetti programmatici di questo paragrafo, nei passaggi successivi la Relazione guiderà gli stakeholder sul confronto tra le attese ed i livelli di performance raggiunti, rilevando per ogni obiettivo atteso e indicatore concordato, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali 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 2019.

## 2. Gli obiettivi strategici e generali del 2019

---

Gli obiettivi strategici, da cui derivano più concretamente gli obiettivi generali, vanno a definire l'orientamento su cui il direttivo aziendale nel 2019 ha focalizzato nel dettaglio le sue scelte rispetto alle varie **aree di analisi**, che per l'IRCCS sono:

- area sanitaria,
- area di ricerca
- area amministrativa

Le programmazioni volute rispetto alle 4 prospettive della BSC, riportate nello schema del paragrafo precedente, da realizzarsi attraverso le varie fasi del ciclo della performance, richiedono di identificare le fonti da cui rilevare i risultati e certificare il loro progressivo conseguimento in coerenza alle aree di analisi a cui riferire la rilevazione dei dati. Di seguito si dà evidenza di questa importante relazione che diventa linea guida da seguire per certificare la validazione dei risultati:

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

*area sanitaria:* Prospetta la necessità di contenere i costi e incrementare i ricavi al fine del pareggio di bilancio. I risultati del 2018 hanno guidato la scelta dal punto di vista economico finanziario richiedendo il contenimento della perdita pari a € 6.400.000. Dal punto di vista produttivo è stata richiesta una produzione pari a € 25.000.000 da parte di reparti e servizi e mantenere il livello necessario di attività richiesto dalla regione.

#### **RISULTATI misurati mediante la contabilità analitica .**

Contestualmente per il contenimento dei costi la regione ha richiesto tassativamente l'esecuzione di attività di controllo e contenimento sui farmaci ad alto costo e sui dispositivi in capo all'UO della Farmacia, come definite con le DD.GG.RR. n.699/2017 ("Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica – Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci di cui alla categoria ATC L03AA – Fattori di Stimolazione le Colonie – nel trattamento della Neutropenia da Chemioterapia"), n.983/2018 ("Misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'implementazione delle azioni di appropriatezza prescrittiva e *governance* inerenti i medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche del SSR"), n.1188/2019 ("Misure per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva sui farmaci Immunomodulatori ad alto costo per il trattamento di patologie Reumatologiche, Dermatologiche, Gastroenterologiche, Oculistiche"), n.2343-





16/12/2019 ("Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisito diretto di farmaci, ai sensi di quanto previsto dall'art.1, comma 398 della L. 232/2016. Determinazione degli obiettivi di budget di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliero Universitaria e I.R.C.C.S. pubblico per l'anno 2020.)

**RISULTATI misurati da opportune rilevazione dei sistemi informativi.**

*area di ricerca:* Al fine di valorizzare l'impegno scientifico da parte di tutte le risorse umane, è stato assegnato un valore pari a €30.000 per ogni punto di Impact Factor Normalizzato, riconoscendo l'impegno profuso nell'ambito di tutte le UU.OO sanitarie nelle attività di produzione scientifica.

**RISULTATI rilevabili dai fonti di divulgazione scientifica.**

*area amm.va:* *Al fine di efficientare i costi del lavoro nelle aree amministrative* si sono definiti i tetti dello straordinario ordinario per il comparto, mediante l'attribuzione del budget per ogni UU.OO., periodicamente rivedibile, alla luce delle necessità impreviste.

**RISULTATI rilevati dal sistema informativo del personale.**

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

*area sanitaria:* La necessità di generare qualità, da sempre ragione di disallineamento rispetto alle attese della cittadinanza, ha portato a delineare un obiettivo orientato a misurare i tempi di attesa sia dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali sia delle refertazioni.

**RISULTATI: documentazione di riorganizzazione attestata dal responsabile delle UUOO e rilevazione dell'andamento dei tempi di prestazione del sistema di prenotazione CUP.**

La necessità di conseguire, a fronte di specifiche direttive regionali, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie deve orientare le performance aziendali di tutti i reparti e servizi su soluzioni alternative al ricovero ordinario quali il day-service e il day-hospital.

**RISULTATI da monitoraggi e attestazione del responsabile dell'ufficio SDO-UVAR per rilevazione da Edotto e Sistema informativo della Specialistica Ticket.**

La predisposizione di protocolli diagnostico terapeutici assistenziali sono ritenuti necessari al fine di adottare la presa in carico del paziente attraverso



un gruppo multidisciplinare che consenta di giungere alla 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 , già predisposti, presso questo Ente avverrà successivamente all'adozione dei relativi protocolli regionali ai quali sarà necessario adeguarsi

**RISULTATI per attestazione degli interessati**

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 dei risultati nel corso delle varie fasi del ciclo della performance

**RISULTATI per attestazione del Responsabile del flusso**

Nella gestione delle UO sanitarie si rivela fondamentale 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

**RISULTATI rilevati dal sistema di Pianificazione e controllo**

*area di ricerca:* Monitorare la gestione dei progetti mediante la contabilità analitica per centro di costo e per commessa risponde alle esigenze di rendicontazione dell'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.

**RISULTATI rilevati dal sistema di Contabilità Analitica per estrazione dati**

*area amm.va:* Dare tempestivo supporto tecnico amministrativo alla realizzazione dei programmi assistenziali

**RISULTATI rilevabili da attestazione del responsabile o per contestazioni in merito di soggetti insoddisfatti**

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

**RISULTATI rilevabili dal sistema di Contabilità Analitica**



Produrre protocolli operativi, come vademecum, al fine di delineare e far rispettare la corretta prassi amministrativa da parte di tutti gli uffici.

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.

**RISULTATI rilevabili da documento idoneo**

C) Prospettiva dell'apprendimento e crescita.

Comuni a tutte le aree sono i seguenti obiettivi:

- Ottenere la massima garanzia dell'intercambiabilità degli operatori per una dimensione che raggiunga l'80% delle attività svolte.

**RISULTATI rilevabili da evidenti malfunzionamenti / dichiarazione dei responsabili**

Pieno utilizzo delle funzionalità presenti nelle applicazioni informatiche dei vari uffici ovvero in mancanza attivazione di adeguare interlocuzioni e segnalazioni per favorire gli interventi risolutivi da parte del fornitore.

**RISULTATI rilevabili attestazione dell'ufficio SIA**

- Proporre progetti formativi

**RISULTATI rilevabili attestazione dell'ufficio Formazione**

-

*area sanitaria:* *Potenziamento delle* attività di informatizzazione, nello specifico nell'utilizzo della cartella clinica informatizzata.

**RISULTATI rilevabili da dichiarazione del fornitore**

*area di ricerca:* Produzione di Impact Factor Normalizzato

**RISULTATI rilevabili dai fonti di divulgazione scientifica.**

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

Comuni a tutte le aree sono i seguenti obiettivi:

- Relazione con gli utenti e nell'ambito lavorativo

**RISULTATI rilevati dall'ufficio URP e dall'ufficio UPD.**



- Comunicare comportamenti avversi e opportunistici contrari per l'anticorruzione  
**RISULTATI rilevati da attestazione del Responsabile PTPCT.**
  
- Stabilire accordi e programmi per attività esterne finalizzate a dare visibilità all'IRCCS  
**RISULTATI per attestazione degli interessati**

Le indicazioni riportate consentono di avere i riferimenti da cui avviare il processo del ciclo della performance. Il lettore potrà comprendere con maggiore chiarezza il legame disegnato a partire dalla strategia e dagli obiettivi generali per giungere fino agli obiettivi specifici , assegnati alle strutture organizzative dell'IRCCS, che devono essere conseguiti nel concreto.

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

Al fine di dare opportuna visione dei fatti aziendali verificatisi e dare altre dimensioni al concetto di performance, questa sezione vuole rimarcare le circostanze e gli accadimenti verificatisi nel corso del 2019, non solo per dare giustificazioni a difficoltà concrete causate dagli effetti dinamici ambientali, ma anche per dare evidenza di quanto il l'IRCCS abbia, nonostante gli eventi avversi, saputo adeguare la propria organizzazione per garantire la continuità e lo sviluppo nell'offerta dei propri i servizi..

#### 3.1 Contesto interno ed attività svolte

I paragrafi successivi, sotto elencati , indicano accadimenti e circostanze di rilievo del 2019 per la comprensione dei risultati della performance.

- Contesto territoriale ed interno
- La revisione dell'assetto organizzativo interno
- Certificazione qualità ISO 9001:2015
- Il processo di reingegnerizzazione informatica
- L'attivazione dei posti letto di Oncologia
- Aggiornamento della carta dei servizi
- Attacco ai sistemi software dell'IRCCS: il Virus crypto-locker

#### Contesto territoriale ed interno

La collocazione sul territorio dell'IRCCS pone l'Istituto ad essere un naturale riferimento per il sud-est barese, realizzando comunque un'attrattività su territorio regionale rispetto alle patologie di propria competenza. Tale capacità si rileva anche nei confronti di altre regioni quali la Basilicata e la Calabria, come rilevabile dalla tabella riportata.

Provenienza	2019			2018		
	N. Casi	% dei casi	% della produzione	N. Casi	% dei casi	% della produzione
Piemonte	2	0,06%	0,04%	2	0,06%	0,04%
Lombardia	8	0,23%	0,12%	3	0,09%	0,05%
Veneto	3	0,08%	0,05%	2	0,06%	0,02%
Emilia Romagna				2	0,06%	0,04%
Toscana				1	0,03%	0,01%
Umbria				1	0,03%	0,01%
Lazio	8	0,23%	0,17%	4	0,12%	0,06%
Abruzzo				1	0,03%	0,02%
Molise	2	0,06%	0,04%	1	0,03%	0,02%
Campania	1	0,03%	0,04%	1	0,03%	0,01%
Puglia	<b>3.454</b>	<b>97,35%</b>	<b>97,77%</b>	<b>3.340</b>	<b>97,98%</b>	<b>98,32%</b>
Basilicata	<b>40</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,25%</b>	<b>30</b>	<b>0,88%</b>	<b>0,86%</b>
Calabria	<b>19</b>	<b>0,54%</b>	<b>0,37%</b>	<b>12</b>	<b>0,35%</b>	<b>0,35%</b>
Sicilia				4	0,12%	0,09%
Altro	<b>11</b>	<b>0,31%</b>	<b>0,37%</b>	<b>5</b>	<b>0,15%</b>	<b>0,10%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>3548</b>			<b>3409</b>		

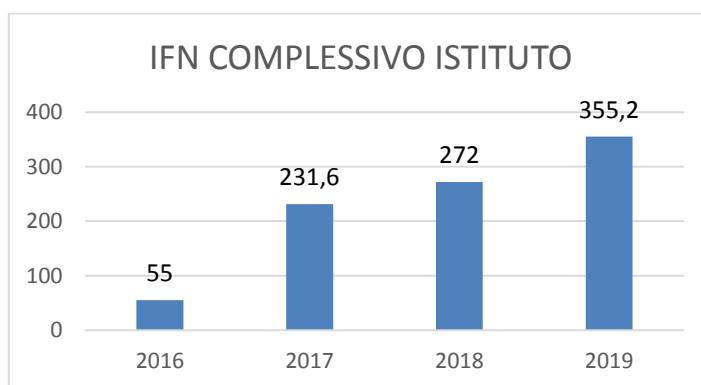
### La ricerca scientifica

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 ha registrato un continuo ed esponenziale miglioramento della produttività scientifica nell'ultimo triennio, testimoniato da un progressivo aumento dell'IFN annuale, come è possibile vedere dal grafico seguente:

IFN COMPLESSIVO ISTITUTO	
anno	IFN
2016	55
2017	231,6
2018	272
2019	355,2



Il dati di IFN del 2019 riportati sono stati trasmessi al Ministero della Salute e sono in fase di certificazione.

L'IRCCS, pertanto, è un contesto di eccellenza scientifica e sanitaria appartenente a tutti gli effetti al territorio del sud-est barese.

Le linee di ricerca scientifica corrente per l'anno 2019 sono state le seguenti:

- LINEA 1: MEDICINA DI PRECISIONE IN GASTROENTEROLOGIA
- LINEA 2: MEDICINA PREVENTIVA/PREDITTIVA IN GASTROENTEROLOGIA
- LINEA 3: MEDICINA PARTECIPATIVA IN GASTROENTEROLOGIA

Altro traguardo raggiunto: l'IRCCS "Saverio de Bellis" nel corso del 2019 è diventato il 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).



## Il personale

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

<b>Analisi caratteri quali quantitativi</b>	
<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE</b>
Età media del personale (anni)	51,62
Età media dei dirigenti (anni)	54,66
Personale a tempo indeterminato	316
Personale a tempo indeterminato assunto inservizio nel corso dell'anno	26
di cui personale dirigente	2
% dirigenti in possesso di laurea 100 %	100%
Ore di formazione ECM	424
Numero partecipanti	789
Numero totale progetti ed eventi	51
Unità di personale - Differenza 31/12/2019	
Comparto (29 assunzioni – 28 cessazioni)	1
Dirigenza Medica ( 5 assunzioni – 5 cessazioni)	0
Dirigenza Sanitaria ( 0 assunzioni – 0 cessazioni)	0
Dirigenza PTA ( 0 assunzioni – 2 cessazioni)	-2
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preventivo 2020)	€ 100.000

<b>Analisi del benessere organizzativo</b>	
<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE</b>
Tasso di assenze personale (2019)	32,98
Tasso di infortuni	2,96
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.530,72
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	6.122,88
% di personale assunto a tempo indeterminato	84,56%

<b>Analisi di genere</b>	
<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE</b>
% di dirigenti donne	31,58%
% dirigenti uomini	68,42%
% di donne rispetto al totale del personale	50,47%
% di uomini rispetto al totale del personale	49,53%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	98,75%
Età media del personale femminile non dirigente	49,79
Età media del personale femminile dirigente	49,97



### Attività di ricovero

La produzione relativa alle attività di ricovero, rilevate attraverso i DRG trattati nel 2019, con un numero di casistiche maggiori di cinquanta, consente di delineare un quadro di quelle che sono le attività rese al territorio sulla specialità gastroenterologica dell'IRCCS:

DRG anno 2019	TIPO DRG	MDC	NR. SDO
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	M	17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	320
183 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	232
203 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	220
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	212
179 - MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	196
189 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	147
202 - CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	118
173 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	114
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	101
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	101
172 - NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	101
208 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	98
174 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	90
206 - MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	74
204 - MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	73
207 - MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	M	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	73
175 - EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	63
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	63
182 - ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	61
188 - ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC	M	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	59
160 - INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	54





La produzione delle attività di ricovero, rispetto ai DRG trattati con tariffa media superiore a € 5.000,00 presenta la seguente casistica:

DRG	TIPO DRG	MDC	NR. SDO	IMPORTO medio SDO
542 - TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON RELATIVA A FACCIA, BOCCA E COLLO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE	C	-	19	€ 34.824
565 - DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA >= 96 ORE	M	4 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	43	€ 15.595
191 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	15	€ 14.023
569 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	32	€ 13.793
193 - INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	19	€ 13.509
568 - INTERVENTI SU ESOFAGO,STOMACO E DUODENO,ETA' 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	23	€ 12.418
570 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	63	€ 11.318
146 - RESEZIONE RETTALE, CON CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	12	€ 11.203
192 - INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	18	€ 9.698
468 - INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	C	-	11	€ 7.725
147 - RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	11	€ 7.475
149 - INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	101	€ 7.186
199 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	12	€ 6.902
155 - INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	C	6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	30	€ 6.566
493 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	30	€ 5.436
198 - COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	C	7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	12	€ 5.293
576 - SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE,ETA' > 17 ANNI	M	18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE(SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	22	€ 5.113



Dal punto di vista dell'attività ambulatoriale nel 2019 si registrano dati sostanzialmente sovrapponibili rispetto al 2018 come si può vedere nella tabella riportata con un evidente incremento per l'attività di laboratorio:

<b>Struttura</b>	<b>N. prestazioni ambulatoriali 2018</b>	<b>N. prestazioni ambulatoriali 2019</b>
U.O.C. Chirurgia I	2.131	1.782
U.O.C. Gastroenterologia I	3.082	2.547
U.O.S.D. Oncologia	12.528	12.552
U.O.C. Gastroenterologia II	8.850	8.415
U.O.C. Anestesia e Rianimazione	617	701
U.O.C. Anatomia Patologica	7.561	7.878
U.O.S.D. Cardiologia	5.950	5.768
U.O.C. Genetica Medica	4.449	4.050
U.O.C. Patologia Clinica, Laboratori Specialistici, Laboratori di Ricerca e Core Facilities	329.331	367.195
U.O.S.D. Diagnostica per Immagini	12.169	11.348
Laboratorio di Fisiopatologia della Nutrizione	1.887	1.806
Servizio di scienze dell'alimentazione dietetica	2.646	2.025
Servizio di Endoscopia Digestiva	5.095	5.003
	396.296	431.070

Il risultato della produzione per attività ospedaliera, ambulatoriale e di file-f è risultata la seguente rispetto alla previsione regionale indicata nel Dief:

<b>Importi in €/mgl</b>	<b>Produzione al 31/12/2019</b>	<b>Budget 2019</b>	<b>DIEF Delibera G.R. n. 867/2015</b>	<b>Produzione al 31/12/2018</b>
Mobilità attiva infraregionale	17.881	21.600	18.500	19.478
Mobilità attiva extraregionale	549	670	1.025	659
Prestazioni di File F	7.164	10.000	8.125	9.655
<b>TOTALE</b>	<b>25.594</b>	<b>32.270</b>	<b>27.650</b>	<b>29.792</b>



### **La revisione dell'assetto organizzativo interno**

Con Deliberazione del DG n.368 del 7/6/2019, è stato definito l'assetto organizzativo interno nel rispetto di quanto stabilito dai parametri standard regionali di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1603 del 13/09/2018 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.

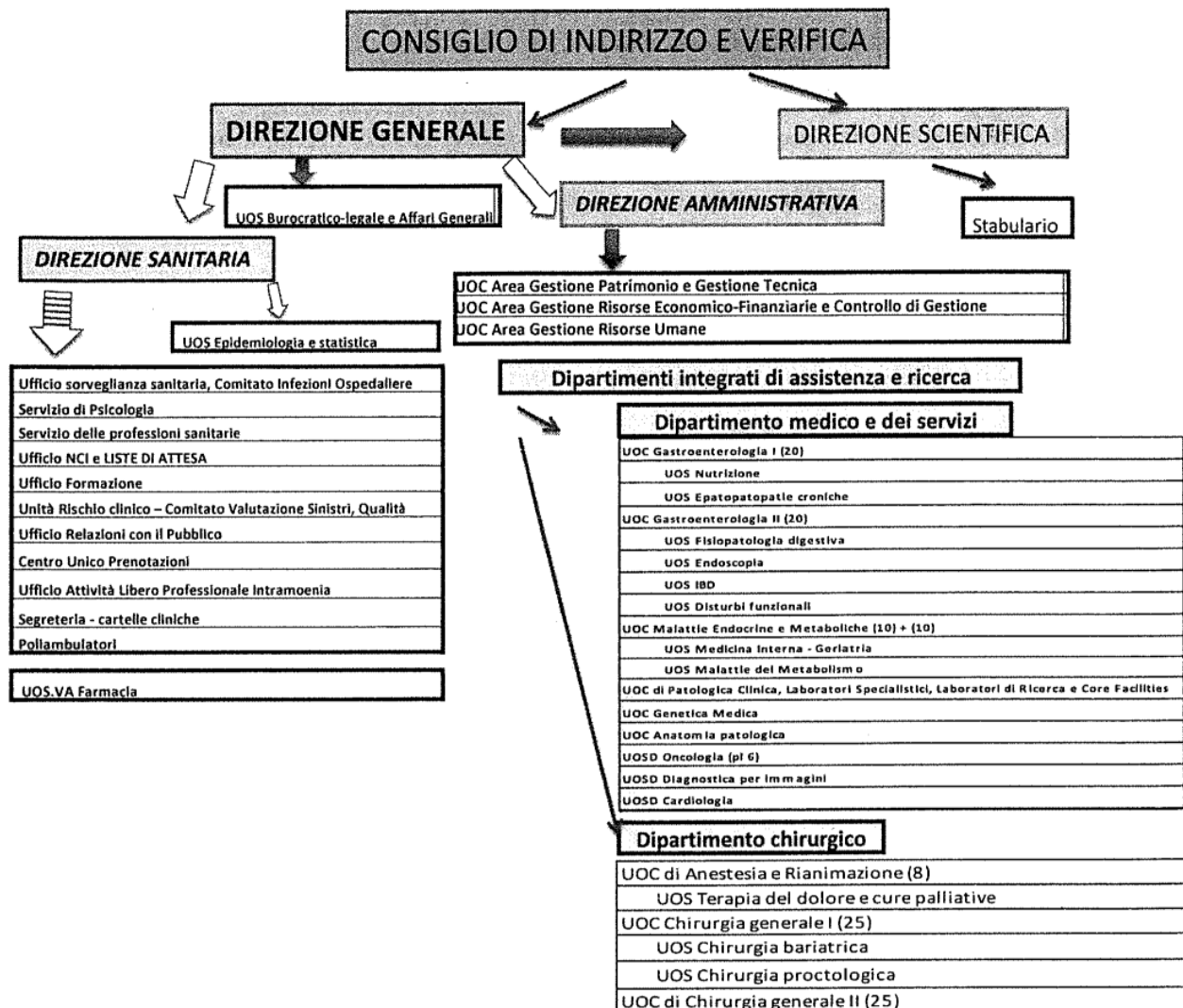
Ciascun dipartimento rappresenta un Centro di Responsabilità e, per il perseguimento dei propri obiettivi, nello stesso convergono tutte le risorse umane e strumentali proprie delle Unità Operative Complesse ed Unità Operative Semplici Dipartimentali afferenti al dipartimento stesso. In particolare, 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.

L'assetto organizzativo dell'IRCCS è stato adottato con deliberazione n. 368 del 07/06/2019 ed è stato successivamente così modificato giusta deliberazione n.91 del 17/02/2020:





### **Certificazione qualità ISO 9001:2015**

Durante tutto il 2019 sono state messe in atto attività che hanno preparato l'IRCCS "S. de Bellis" ad affrontare la seconda sorveglianza (audit) per confermare il passaggio dalla certificazione ISO 9001:2008 alla versione 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 2018, 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 nel corso dell'anno e risolvere le eventuali non conformità al sistema.

Tutta questa attività ha portato a svolgere positivamente la verifica ispettiva dell'organismo esterno di certificazione in data 9-10 Dicembre 2019 con l'ottenimento del certificato di conformità agli standard UNI EN ISO 9001:2015 n° IQ-1208-14 emesso in data 12-12-2019 e validità al 13-12- 2020.

### **Il processo di reingegnerizzazione informatica**

Il 2019 ha visto la concretizzazione di quanto avviato negli anni precedenti , ovvero un processo di reingegnerizzazione informatica delle aree sanitaria ed amministrativa.

Per quanto concerne l'area sanitaria , abbiamo attivato per tutti i reparti dell'Ente la cartella clinica elettronica (CCE), mediante l'acquisizione del sistema informativo di cartella clinica, denominato eWard. Nell'ambito dello stesso progetto, si è provveduto anche alla realizzazione di una nuova infrastruttura server e rete wi-fi dell'Ente, permettendo così di poter consultare la cartella clinica del paziente a bordo letto con l'utilizzo di tablet clinici. Si è provveduto, inoltre, ad integrare il software eWard con i sistemi informativi già presenti nell'Ente, ossia con il LIS del laboratorio analisi e con il RIS-PACS della Radiologia, in modo che i referti prodotti venissero allegati alla cartella clinica del paziente. Nel 2019 si è provveduto anche ad attivare:

La Cartella Clinica Ambulatoriale

Il Sistema Informativo per la gestione delle sale operatorie

Il modulo software UFA per la gestione della preparazione dei farmaci chemioterapici presso la UO di Oncologia .

Nell'ambito amministrativo la realizzazione del passaggio a tecnologia ERP (Enterprise Resource Planning) dei software aggiudicati nel 2016 e avviati nel 2017, è avvenuta in modo non completo ed è ancora in corso di adattamento alle esigenze delle varie aree.

L'aspetto positivo da considerare è comunque il salto qualitativo che l'amministrazione sta compiendo nella direzione dell'utilizzo di nuove tecnologie con l'effetto di conseguire diversi vantaggi operativi che già si stanno dimostrando fondamentali anche nel liberare risorse da impiegare in altri contesti .



### **L'attivazione dei posti letto di Oncologia**

Si riporta l'importante attivazione del reparto di degenza di Oncologia con l'attivazione di n. 6 posti letto ; questo traguardo ha rappresentato un importante beneficio per il territorio che usufruiva soltanto di prestazioni oncologiche in regime di day hospital.

### **Aggiornamento della carta dei servizi**

Dopo una raccolta informativa avviata dal 2018 da parte dell'URP, con la collaborazione dei responsabili delle diverse unità operative si è potuto pubblicare sul sito dell'Ente questo importante risultato che sarà tenuto aggiornato nel tempo per dare adeguate risposte conoscitive alla cittadinanza, rispondendo agli obblighi informativi a cui le amministrazioni pubbliche sono sottoposte.

### **Attacco ai sistemi software dell'IRCCS: il Virus crypto-locker**

Questo Ente è stato oggetto di attacco informatico in data 14 Dicembre 2019 che è stato notificato al Garante della Privacy, ai sensi dell'art 33 del Regolamento UE 2016/679, e regolarmente denunciato ai Carabinieri; tale evento avverso ha comportato la perdita di disponibilità dei database relativo al sistema RIS-PACS, mentre tutti gli altri servizi sono stati ripristinati attivando le procedure interne di disaster recovery e Business continuity.

L'attacco è stato causato dall'apertura di una email phishing che conteneva un link ad un certificato medico, contenente il virus/ramsonware.

Oltre alle procedure di ripristino si è proceduto anche alla bonifica delle postazioni di lavoro mediante l'utilizzo di agenti EDR (endpoint detection and response) che innalzano il livello di difesa e al cambio password forzato di tutte le utenze di dominio e locali.

#### **4. Il ciclo della performance relativo al 2019**

---

Il Ciclo della Performance per l'anno 2019, ha avuto inizio con la predisposizione della mappa strategica, alla luce degli obiettivi di ricerca assegnati dal Ministero ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e si conclude con la presente Relazione, rappresentando quest'ultima uno stimolo alla realizzazione di un percorso di miglioramento fondato su un processo di valutazione, che assicuri il coinvolgimento dei valutati e degli stakeholder, attraverso il Sistema di Misurazione e valutazione della performance che è attualmente in fase di revisione e che potrà essere adottata a conclusione delle operazioni di confronto con le organizzazioni Sindacali.

Come previsto dal Piano della performance, nel corso del 2019, sono stati sottoposti a controllo periodico trimestrale le attività di seguito specificate:

1. Monitoraggio dell'andamento della produttività dei reparti e servizi in termini di ricoveri eseguiti, in termini di:

- a) Attività di ricovero dai 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 del triennio precedente, venivano puntualmente trasmessi, unitamente ad un breve commento sull'andamento produttivo, oltre agli uffici preposti, anche alle direzioni aziendali nonché alle stesse unità operative direttamente coinvolte nella produzione.
- 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 venivano trasmessi ai soggetti di cui sopra con un breve commento sull'andamento produttivo.

2. Monitoraggio dell'andamento dell'appropriatezza dei ricoveri:

- a) Elaborazione trimestrale sui controlli analitici casuali delle cartelle cliniche riguardante un minimo di 15% dei ricoveri trimestrali, segnalando alla Direzione Aziendale e alle U.O. eventuali anomalie difformi dal limite fisiologico per ciascuna specialità;
- b) Elaborazione trimestrale sui controlli di tutti i ricoveri ad alto rischio di in appropriatezza, con segnalazione puntuale alla Direzione Aziendale e alle U.O. eventuali anomalie difformi dal limite fisiologico per ciascuna specialità

3. Monitoraggio periodico delle lista d'attesa, parallelamente alle precedenti attività è stato eseguito quanto previsto dalla normativa in modalità bimestrale, comprendendo tutta l'attività sia quella istituzionale che quella in ALPI. Inoltre il funzionario preposto ha 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.

Ad ogni buon conto la gestione dell'UOC Controllo di Gestione e SIA 2019 ha indicato il tempestivo sollecito per le attività richieste dagli obiettivi, monitorando periodicamente con misurazioni intermedie, e comunicando le evidenze e risultati, a volte in forma scritta e spesso in forma diretta agli interessati, al fine di stimolare tutti i centri di responsabilità ad operare nel senso della performance organizzativa ed individuale richiesta dagli obiettivi concordati.

## 5. Analisi della performance

### 5.1 Principali risultati raggiunti: accountability

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

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

Riguardo la produzione, i valori relativi al 2019 e 2018 e le differenze di scostamento, sono riportate nelle tre righe della tabella successiva.

Importi in €/mgl	Produzione al 31/12/2019	Produzione al 31/12/2018	Differenza
Mobilità attiva infraregionale	17.881	19.478	-1.597
Mobilità attiva extraregionale	549	659	-110
<b>TOTALE</b>	<b>18.430</b>	<b>20.137</b>	<b>-1.707</b>

I valori afferenti alla produzione per Mobilità Attiva, regionale ed extra-regionale, rilevano un decremento complessivo pari a €/000 1.707 mostrando pertanto un andamento non performante delle attività

Dello stesso segno sono anche i valori relativi alle prestazioni cosiddette di File-F che nell'esercizio 2019 si decrementano rispetto al 2018 per €/000 2.491, ciò in termini assoluti. A tal proposito, però, restando nel perimetro delle Prestazioni di File F, l'analisi che si sta sviluppando merita un ulteriore approfondimento in ordine alla reale attività svolta dai reparti e servizi dell'Ente, in termini sia quali-quantitativi sia economici.

Tale attività sono riportate nella sintesi seguente in termini di infusioni erogate:

Dati ambulatoriali per la somministrazione di FILE-F			2019	2018
Erogante	Esame	Descrizione	QTA	QTA
Oncologia	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	6	1
Oncologia	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	1590	1.661
Oncologia	PCA.86	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA - B) TRATTAMENTO CHEMIOTERICICO CON FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO	2	1
IBD	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	2797	2.768
IBD	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	21	33
Gastroenterologia	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	256	362
<b>TOTALE ATTIVITA' AMBULATORIALE</b>			<b>4.672</b>	<b>4.826</b>

Dallo schema su riportato si evince come la differenza nel numero di infusioni per farmaci File-f prestate dagli ambulatori indicati nella colonna *Erogante*, rilevano che le prestazioni fornite nel 2019 sostanzialmente pareggiano quelle del 2018, confermando pertanto la presenza dell'IRCCS "de Bellis" sul territorio per la cura di specifiche patologie. Tale attività assistenziale specialistica è stata svolta in modo sostenibile dal punto di vista dei costi con una conseguente ricaduta positiva a livello del bilancio consolidato regionale. Ciò è dimostrato proprio dal ridotto





valore dei File F che rappresenta la quota di ritorno, a carico del SSR, all'IRCCS a ristoro dell'acquisto di beni sanitari utili all'erogazione delle cure per le patologie menzionate in tabella.

Il valore consistentemente inferiore del 2019 rivela pertanto che l'IRCCS ha operato nella direzione voluta dalla regione Puglia, vale a dire operare nel senso dell'efficienza nell'acquisto di tali farmaci ad alto costo pur mantenendo la stessa attività di erogazione ai pazienti.

Il risultato di esercizio del 2019 risente delle importanti riorganizzazioni strutturali che sono state completate propedeutiche al miglioramento di molti fattori produttivi e che, pur non raggiungendo il pareggio di bilancio come richiesto, vanno considerati come un tendenziale trend verso tale raggiungimento.

I profondi cambiamenti organizzativi insieme al pensionamento di figure dirigenziali soprattutto della chirurgia compreso il pensionamento del direttore della chirurgia che con un numero elevato di ferie da consumarsi ha iniziato ad essere assente già dal settembre 2019 ha influito sulla performance della UO di Chirurgia così come la UO di Gastroenterologia II ha potuto riprendere le attività con la guida del nuovo Direttore solo da giugno 2019.

Purtroppo le procedure di reclutamento del personale sono molto laboriose e complesse e richiedono purtroppo molto tempo.

Visti i fatti, analizziamo la tabella che si riporta di seguito come elaborata dai dati di bilancio di esercizio consuntivo 2019, dove si può rilevare che il governo dei costi ha determinato l'effetto di contenimento della perdita. Il delta fra i valori dei due esercizi relativo all'aggregato "Proventi e Ricavi Diversi", che aggrega parte del Valore della Produzione afferente all'attività produttiva dell'Ente, ovvero la Mobilità, risulta pari a €1.707, e non impatta interamente sul risultato di esercizio in quanto fortemente mitigato dal forte contenimento dei costi. A dimostrazione di quanto precedentemente relazionato si riferisce, infatti, che la perdita di esercizio si incrementa per € 173.728, sostanzialmente pareggiando quella relativa all'anno precedente.

Le ragioni vanno cercate e spiegate mediante un'analisi qui sinteticamente presentata, lasciando la competenza di merito agli atti allegati al menzionato bilancio in trattazione.

La minor produzione di €-4.220.131, in tabella del bilancio consuntivo 2019, sulla colonna differenze, si compone per quasi l'intera somma di mobilità infraregionale, extraregionale e File-f come rilevabile nel dettaglio dalla tabella della precedente disamina (vedi totale € -4.198.000). A fronte di tal minor introito individuato, vanno in compensazione con maggiori ricavi i contributi in c/esercizio per €2.483.049 (per le cui ragioni si rinvia alla nota integrativa) e minori costi con i Materiali per €-2.194.209 (File-F come già discusso a inizio paragrafo) e con il Personale per €-144.130. Quest'ultimo rilievo sul personale denota la tendente risultanza della diminuzione di operatori, con le conseguenze, in strutture importanti dal punto di vista produttivo, a scapito di maggiori ricavi.



VOCI DI BILANCIO	VALORI IN BILANCIO			SCOSTAMENTI	
	Bilancio al	Bilancio al	BUDGET	Differenza	Differenza Totale
	31/12/2019	31/12/2018	2019		
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>42.088.811</b>	<b>43.734.463</b>	<b>45.412.767</b>		<b>-1.645.652</b>
Contributi in c/esercizio	11.501.865	9.018.816	8.459.767	2.483.049	
Proventi e ricavi diversi	26.709.448	30.929.579	33.422.000	-4.220.131	
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	180.005	144.334	50.000	35.671	
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	809.329	834.411	800.000	-25.083	
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contrib. Vincolati	770.591	940.825	425.000	-170.234	
Costi capitalizzati	2.117.572	1.866.498	2.256.000	251.075	
<b>ALTRI PROVENTI</b>	<b>585.333</b>	<b>419.216</b>	<b>50</b>		<b>166.117</b>
Finanziari	4	46	50	-42	
Diversi	0	0	0		
Straordinari	585.329	419.170	0	166.159	
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>42.674.144</b>	<b>44.153.680</b>	<b>45.412.817</b>		<b>-1.479.535</b>
<b>COSTI OPERATIVI</b>	<b>45.034.398</b>	<b>46.411.652</b>	<b>50.778.781</b>		<b>-1.377.254</b>
Personale	17.680.365	17.824.495	19.518.265	-144.130	
Materiali	12.597.145	14.791.354	19.678.500	-2.194.209	
Servizi e costi diversi	10.491.774	9.958.006	9.632.310	533.768	
Ammortamenti	2.121.592	1.932.047	1.728.982	189.545	
Accantonamenti	2.143.522	1.905.750	220.724	237.772	
<b>ALTRI ONERI</b>	<b>1.541.633</b>	<b>1.470.187</b>	<b>1.512.265</b>		<b>-1.305.808</b>
Finanziari	0	821	35.000	-821	
Diversi	0	0	0		
Straordinari	148.124	118.942	0	29.182	
Tributari	1.393.508	1.350.423	1.477.265	43.085	
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>46.576.031</b>	<b>47.881.839</b>	<b>52.291.047</b>	71.446	
<b>RISULTATO ECONOMICO</b>	<b>-3.901.887</b>	<b>-3.728.159</b>	<b>-6.878.230</b>	-173.728	<b>-173.728</b>

Tabella del bilancio consuntivo 2019

Un fatto positivo che ha giocato un favorevole apporto anche sul versante assistenziale è la produzione scientifica, che ha trovato con 355 punti di Impact Factor del 2019, conseguiti dai ricercatori, con l'incremento per le UU.OO. di risultati di produzione scientifica di €30.000 per ogni punto, valorizzando alla stessa stregua di ricavo il bilancio di esercizio del centro di responsabilità, come descritto al paragrafo 2, consentendo di mitigare il risultato della perdita.

L'effetto ha quindi innestato un meccanismo positivo sia per la ricerca sia di supporto dell'assistenza.



VOCI DI BILANCIO	VALORI IN BILANCIO			SCOSTAMENTI	
	Bilancio al	Bilancio al	BUDGET	Differenza Bil.	Differenza Bil.
	31/12/2019	31/12/2018	2019	2019/2018	2019/2018
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>42.088.811</b>	<b>43.734.463</b>	<b>45.412.767</b>		<b>-1.645.652</b>
Contributi in c/esercizio	11.501.865	9.018.816	8.459.767	2.483.049	
Proventi e ricavi diversi	26.709.448	30.929.579	33.422.000	-4.220.131	
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	180.005	144.334	50.000	35.671	
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	809.329	834.411	800.000	-25.083	
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contrib. Vincolati	770.591	940.825	425.000	-170.234	
Costi capitalizzati	2.117.572	1.866.498	2.256.000	251.075	
<b>ALTRI PROVENTI</b>	<b>585.333</b>	<b>419.216</b>	<b>50</b>		<b>166.117</b>
Finanziari	4	46	50	-42	
Diversi	0	0	0		
Straordinari	585.329	419.170	0	166.159	
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>42.674.144</b>	<b>44.153.680</b>	<b>45.412.817</b>		<b>-1.479.535</b>
<b>COSTI OPERATIVI</b>	<b>45.034.398</b>	<b>46.411.652</b>	<b>50.778.781</b>		<b>-1.377.254</b>
Personale	17.680.365	17.824.495	19.518.265	-144.130	
Materiali	12.597.145	14.791.354	19.678.500	-2.194.209	
Servizi e costi diversi	10.491.774	9.958.006	9.632.310	533.768	
Ammortamenti	2.121.592	1.932.047	1.728.982	189.545	
Accantonamenti	2.143.522	1.905.750	220.724	237.772	
<b>ALTRI ONERI</b>	<b>1.541.633</b>	<b>1.470.187</b>	<b>1.512.265</b>		<b>-1.305.808</b>
Finanziari	0	821	35.000	-821	
Diversi	0	0	0		
Straordinari	148.124	118.942	0	29.182	
Tributari	1.393.508	1.350.423	1.477.265	43.085	
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>46.576.031</b>	<b>47.881.839</b>	<b>52.291.047</b>		<b>71.446</b>
<b>RISULTATO ECONOMICO</b>	<b>-3.901.887</b>	<b>-3.728.159</b>	<b>-6.878.230</b>	<b>-173.728</b>	<b>-173.728</b>

Tabella del bilancio consuntivo 2019

## B. Prospettiva processi interni di gestione

In merito a questa prospettiva, un aspetto di rilievo risulta 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 determinano 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.

Su argomenti vasti come il cancro del colon-retto, al fine di rendere i PDTA aziendali coerenti alle direttive regionali, si attende il PDTA regionale già in essere in forma di documento oggetto di deliberazione da parte dell'ARESS e si attende l'ufficializzazione da parte della Regione con una deliberazione di Giunta.

Allo stato i PDTA che sono stati realizzati e sono in fase di ufficializzazione con deliberazione della Direzione Generale sono i seguenti:

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



### 3. PDTA del cancro del colon-retto.

Nel caso del PDTA relativo alle Lesioni precoci del tratto gastrointestinale è stato costituito di un gruppo di n.4 figure professionali (anatomia patologica, gastroenterologia, chirurgia generale e anesthesiologia 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**

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 avvertita 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. Su questo aspetto è doveroso segnalare il recente inquadramento a tempo determinato dei ricercatori sanitari e del personale di supporto alla ricerca che potranno rappresentare una nuova linfa per il conseguimento degli obiettivi di best practice potenziando l'integrazione con il personale tradizionalmente incardinato nella struttura assistenziale

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

Nell'ottica della soddisfazione del paziente, le attività condotte dall'ufficio URP hanno consentito di conoscere la percezione della qualità delle prestazioni erogate dall'Istituto da parte dell'utenza. L'analisi dei dati e la tempestiva comunicazione di reclami o contestazioni ai responsabili delle diverse articolazioni hanno consentito la repentina trattazione delle casistiche nel momento del loro determinarsi.

Nelle relazioni prodotte dall'ufficio emerge che:

1. I reclami sono stati analizzati, classificandoli tra semplici richieste di chiarimenti e vere e proprie lamentele, Allegato A-2 alla presente relazione.
2. Sono stati realizzati i progetti: "*Laboratorio YouMan Lab Umanizzazione*" e "*Indagine sul clima organizzativo*", Allegato A-3 alla presente relazione.
3. Sono stati analizzati i dati rivenienti dai questionari e rendicontati nel documento "*Dati generali sul processo di indagine. Anno 2019.*", Allegato A-4 alla presente relazione.

A completamento di una attività di raccolta e aggiornamento dei dati, è stata rivista e aggiornata la carta dei servizi, che risulta pubblicata al link:

<https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita>, quale obiettivo assegnato nel 2019, alle varie strutture sanitarie.

Tale attività ha consentito di rendere al cittadino e al paziente un'opportunità per conoscere in maniera organica l'offerta sanitaria da parte delle strutture esistenti in questo Istituto

## 5.2 Analisi del contesto e delle risorse

Sulla base del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2018/-2020 adottato con deliberazione n. 697 del 24/09/2018 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 sono state prevalentemente soddisfatte attraverso l'impegno poi profuso dall'Area Gestione delle Risorse Umane nell'espletamento delle relative procedure.

A tal fine si evidenzia il reclutamento di:

Tipologia di personale	Numero di unità	Unità operativa	Periodo	Tipo di rapporto	Modalità di assunzione
Direttore-inc.struttura complessa	1	Gastroenterologia 2	Del.168 del 13.03.2019	t.i.	Concorso
Direttore-inc.struttura complessa	1	Patologia Clinica	Del.n.442 del 09/07/2019	t.i.	Concorso
Dirigente medico	2	Oncologia	Del.n.198 del 26.03.2019	t.d. 01/05/2019	Avviso pubblico
Dirigente medico	1	Anatomia Patologica	Del.n.201 del 26.03.2019	t.d. 01/06/2019	Avviso pubblico
Dirigente medico	1	Chirurgia Generale	Del.n.302 del 10.05.2019	t.i. 01/10/2019	Avviso di mobilità
CPS Infermieri	14 (n.5 inf. 2019)	n.2 Chirurgia gen-n.1 Oncologia n.1 Endoscopia dig. n.1 Endoscopia dig.	Del.n.120 del 20.02.2019	t.i.	Concorso (utilizzo grad. ASL BA)
CPS Infermieri	4	n.3 Chirurgia gen n.1 Endoscopia dig.	Del.n.678 del 14.11.2019	t.i. 1-4-6-11/19	Avviso di mobilità
Ausiliari Spec. Cat.Prot.	4	Endoscopia dig.-Oncologia- Chirurgia gen-Lab.Patologia clin.	Del.n.926 del 24/12/2018	t.i.	Concorso
Ausiliari Spec. Cat.Prot.	4	Gel 2-n.2 Chirurgia gen- Endoscopia dig-	Del.n.382 del 13/06/2019	t.i.	Concorso
Ausiliari Spec.	4	n.2 Chirurgia gen-n.2 Gel 1	Del.n.85 del 06/02/2019-	t.d.	Collocam.obbligatorio
Ausiliari Spec.	2	Oncologia-Gel 2	Del.n.241 del 12/04/2019-	t.d.	Collocam.obbligatorio
Tecnico di radiologia medica	1	Radiologia	Del.n.378 del 11/06/2019	t.i. 01.12.2019	Avviso di mobilità
Tecnico di laboratorio	1	Anatomia Patologica	Del.n.335 del 30/05/2019	t.i. 01.11.2019	Istanza di trasferim.-mob.del.n.491/13
OTA-OSS	5		Del.n.377 del 11/06/2019	t.i.01.07.2019	Avviso di selez.int.
Coll. Amm.co cat.D	1	Direz.scientifica-segreteria	Del.n.344 del 30/05/2019	t.i.	Stabilizzazione
Operatore Tecnico Stabulario cat.B	1	Stabulario	Del.n.343 del 30/05/2019	t.i.	Stabilizzazione
Collab.Tecnico amm.vo	1	Area Tecnica	Del.n.202 del 26/03/2019	t.i.	Istanza di mobilità

Rispetto alla ricerca scientifica, il personale reclutato a dicembre è riportato di seguito:

Tipologia di personale	Numero unità	Unità operativa	Periodo	Tipo rapporto	Modalità di assunzione
Ricercatore Sanitario DS	8	Ambulatori di ricerca scientifica	Del.n.741 del 20.12.2019	t.d.	Piramide della ricerca
Collaboratore professionale di ricerca sanitaria	8	Direzione Scientifica (Amministrazione)	Del.n.741 del 20.12.2019	t.d.	Piramide della ricerca



Riguardo alle attrezzature si segnala l'importante upgrade tecnologico della TAC per cui l'acquisizione della nuova apparecchiatura TAC 128 strati è stata acquistata mediante adesione a una convenzione Consip e con un notevole risparmio di costi.

L'acquisizione della nuova apparecchiatura TC Ingenuity PHILIPS 128 strati, presso la UO di Radiologia, pone l'IRCCS all'avanguardia con le più recenti tecnologie per la Diagnostica per Immagini di II livello, consentendo di eseguire esami con tempi di esecuzione decisamente più rapidi e con risparmio della dose radiante e del mezzo di contrasto iniettato. Contestualmente le migliori performance tecniche dell'apparecchiatura aumentano il livello di dettaglio e le possibilità diagnostiche nello studio delle patologie oncologiche e gastroenterologiche che di pertinenza dell'IRCCS.

## 5.3 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

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

Gli obiettivi specifici 2019 si identificano nei passaggi riportati in dettaglio ai punti sotto trattati

Cod.	Descrizione Obiettivo	Azioni	Indicatore	Target
A1	Contenimento dei costi Incremento attività ricerca	Razionalizzare la spesa rivedendo i modelli organizzativi	Perdita consentita + Ricavi virtuali IFN (elaborare documento d'intento)	< Perdita + (IFN*30.000)
<p><b>L'obiettivo:</b> in base al Piano delle performance 2019 ed alle successive indicazioni riportate dagli obiettivi generali (vedi paragrafo 1), era quello di contenere la perdita di esercizio stimata nel valore di pari a €6.400.000. Il bilancio previsionale 2019 (budget 2019 Allegato A-1) ha confermato nella relazione del Direttore Generale il valore di perdita per €6.878.000. La perdita di esercizio di ciascuna unità operativa va misurata considerando altresì la valorizzazione della produzione scientifica applicando il parametro €30.000 per ogni punto di IFN prodotto.</p> <p><b>Risultato misurato:</b> La misurazione del risultato rileva che la perdita di esercizio si è attestata sul valore di €3.901.000 (vedi tabelle paragrafo precedente e Allegato A-1 a fine relazione).</p> <p><b>Fonti Utilizzate:</b> Bilancio di esercizio</p> <p><b>Risultato valutato:</b> Il risultato economico di esercizio perseguito nel 2019 a consuntivo si è attestato sul valore di perdita pari a €3.901.000. Benchè tale risultato non sia correlato ad una maggiore produzione, come analizzato nella relazione del Direttore Generale al Bilancio di esercizio 2019, si rilevano gli effetti di una perdita inferiore alle previsioni in favore di tutti i centri di responsabilità. Tale risultato è modificato dal fattore correttivo sopra descritto riguardante la valorizzazione della produzione di impact factor normalizzato che nel 2019 è stato pari a 355. Il risultato di ciascun centro di responsabilità, quindi, evidenzia una <b>performance generale positiva per l'obiettivo trattato</b></p> <p><b>Note</b></p>				
A2	Incremento dei ricavi includendovi x1 pt di I.F.€ 30.000 rimodulazione in caso di variazione ppll	Pieno utilizzo delle risorse disponibili Ampliamento dell'offerta Presentare nuovi progetti	Ricavi SSN+ (ribaltamenti) + virtuali da I.F.	> €25.200.000 + (IFN*30.000)
<p><b>L'obiettivo:</b> È richiesto di conseguire i ricavi oltre il valore di €25.200.000, con l'ausilio dei ribaltamenti per attività di prestazioni interne (quale valorizzazione delle attività svolta per i ricoverati dei reparti e riconosciuta al servizio erogante), oltre alla valorizzazione dei punteggi di IFN con €30.000 per ogni punto conseguito dal centro di responsabilità.</p> <p><b>Risultato misurato:</b> .Il valore di €25.593.642 riportato alla voce di bilancio "Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche" si compone di tre voci, precedentemente analizzate ovvero Mobilità extraregionale (€/mgI 549), Mobilità Intraregionale (€/mgI 17.881) e File-F e €/mgI (7.164). Pur essendo in calo i valori di mobilità riportati rispetto al 2018 (vedi tabella al paragrafo 5.1 "Tabella della produzione della Mobilità SSN 2019 vs 2018"), si rileva un risultato maggiore per la produzione per SSN rispetto al target. Per il raggiungimento dell'obiettivo, tale valore deve incrementarsi, per ciascun centro di responsabilità, in base al valore di ribaltamento delle prestazioni erogate a favore dei ricoverati (se richiesto) ed alla produzione scientifica dei ricercatori (in particolare dipendenti appartenenti al centro di responsabilità), col conseguimento di €30.000 per ogni punto di IFN prodotto.</p> <p><b>Fonti Utilizzate:</b> Bilancio di esercizio</p> <p><b>Risultato valutato:</b> . Il valore indicato come target di €/mgI 25.200 è raggiunto e superato: <b>Performance generale è positiva per l'obiettivo trattato.</b></p> <p><b>Note:</b> La verifica dell'obiettivo deve essere operata in base bilancio prodotto dai risultati della contabilità analitica per il centro di responsabilità, potendo valutare la performance organizzativa del singolo centro, in base ai suoi specifici target.</p>				



B1	Appropriatezza: ridurre i tempi di erogazione servizi, contenere la spesa del personale	Favorire le procedure alternative al R.O. incrementando l'appropriatezza delle prestazioni e garantendo la continuità assistenziale e/o supporto.	Migliorare i tempi di erogazione. Elaborare proposte riorganizzative	Tempi di prestazione
<p><b>L'obiettivo:</b> è richiesto l'utilizzo di forme alternative di prestazione sanitaria rispetto al ricovero per contenere l'inappropriatezza</p> <p><b>Risultato misurato:</b> E' stato la rilevazione del numero di day-hospital e day-service erogati per centro di costo ha consentito di dimostrare che i reparti e i servizi dell'IRCCS hanno continuato nella direzione dell'appropriatezza delle prestazioni: In tal senso si sono ottenuti in totale i seguenti risultati per il 2019: day-service 1.328 day-hospital 390. Le dichiarazioni nelle relazioni dei responsabili sull'obiettivo in esami rileva che l'erogazione delle prestazioni rientranti nei PAC è stata effettuata con tempi in miglioramento per consentire l'alternativa ai R.O. Solo per l'Oncologia il discorso ha portato a favorire i R.O. come obiettivo, data la necessità di far funzionare al meglio il reparto avviato a regime dal mese di giugno.</p> <p><b>Fonti Utilizzate:</b> NCUP, Edotto (a cura della STP)</p> <p><b>Risultato valutato:</b> . Dalla disamina dei dati indicati si rileva un andamento generale che depone a favore del raggiungimento dell'obiettivo: <b>Performance ben orientata verso miglioramento per l'obiettivo trattato.</b></p> <p><b>Note</b> Le giustificazioni riguardanti i servizi di Diagnostica per immagini e di Cardiologia, riferiscono di circostanze da considerare: per la Diagnostica per Immagini, le prestazioni della TAC hanno subito una sospensione per la sostituzione tecnologica dell'apparecchiature, come descritto precedentemente in questa relazione che ha visto perdere circa 30 giorni di attività; per la Cardiologia si è verificata l'assenza di un dirigente medico per un periodo di 4 mesi senza possibilità di tempestiva sostituzione, causando il decremento dell'attività diagnostica.</p>				
B2	Omogeneità dei comportamenti	Incrementare l'adozione di protocolli e loro diffusione produrre documentazione.	N. Protocolli Diagnostico Terapeutici e produrre protocolli operativi	>=2
<p><b>L'obiettivo:</b> Raggiungere il più possibile l'intercambiabilità tra gli operatori.</p> <p><b>Risultato misurato:</b> Le attestazioni rilevate sulle relazioni, hanno delineato l'andamento per questo obiettivo qualitativo.</p> <p><b>Fonti Utilizzate:</b> Dichiarazione del responsabile</p> <p><b>Risultato valutato:</b> . I responsabili hanno rilevato un risultato positivo sia dal contesto sanitario che dal contesto amministrativo focalizzando la valutazione in base ai reparti, ambulatori, uffici: <b>performance positiva per l'obiettivo trattato.</b></p> <p><b>Note</b></p>				
B3	Flussi informativi	Puntuale rispetto dei tempi di trasmissione	Ritardi operativi Contestazioni	Chiusura sdo entro 30 gg dalla dimissione
<p><b>L'obiettivo:</b> Dare importanza al rispetto dei tempi di scadenza dei flussi informativi.</p> <p><b>Risultato misurato:</b> .Rispetto alle consegne delle SDO dai reparti rilevando il supporto dei servizi per il rispetto di tali tempi</p> <p><b>Fonti Utilizzate:</b> Attestazione del responsabile SDO-UVAR che ha dichiarato il rispetto dei tempi per la trasmissione delle SDO con la dichiarazione di regolarità da parte della regione. Nessuna contestazione alle scadenze è stata notificata per gli adempimenti in capo agli uffici amministrativi.</p> <p><b>Risultato valutato:</b> . <b>Performance positiva per l'obiettivo trattato</b></p> <p><b>Note</b></p>				





B4a	Efficienza	Attivazione procedure x raggiungere gli obiettivi	D.M. con parametrizzazione della casistica	<= 8
<b>L'obiettivo:</b> Migliorare il turn-over dei posti letto abbassando la degenza media.				
<b>Risultato misurato:</b> La media ponderata dei giorni di ricovero rilevati per reparto. I tempi di consegna dei referti riguardanti le prestazioni interne ed esterne erogate da parte dei servizi.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Reportistica generata dai dati di Edotto per il monitoraggio degli andamenti.				
<b>Risultato valutato:</b> . La degenza media risultante nel 2019 per tutti i reparti in cui l'obiettivo era stato richiesto un abbassamento dell'indicatore non è stato conseguito, salvo che per il reparto di Anestesia e Rianimazione. I tempi di consegna dei referti, considerati attestati correttamente da parte dei responsabili dei servizi, sono stati considerati raggiunti. <b>Performance</b> <u>da monitorare per i reparti</u> <b>Positiva per i servizi</b>				
<b>Note.</b> Non è stato possibile rilevare i dati dei tempi medie di refertazione per la Cardiologia e la Diagnostica per Immagini, a causa del fault del sistema di Ris-Pacs come descritto al paragrafo 3 nella sezione dedicata al virus cryto-locker, e per la Patologia Clinica per mancanza dei dati non pervenuti dal fornitore, ritenendo di poter considerare con ragionevole certezza che il laboratorio di Patologia Clinica consegna nei tempi previsti i referti senza ritardi.				
B4b	Efficienza	Attivazione procedure x raggiungere gli obiettivi	I.M.C.	>1.25
<b>L'obiettivo:</b> Migliorare l'indicatore di case-mix dei reparti.				
<b>Risultato misurato:</b> Media ponderata del peso dei DRG conseguito per le SDO gestite dai reparti nel corso del 2019.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Edotto.				
<b>Risultato valutato:</b> In linea di massima la complessità dei ricoveri non ha rappresentato un obiettivo sfidante. Alcuni reparti hanno mantenuto il livello di complessità richiesto dal target altri no, anche se si sono vicini al risultato atteso. <b>Performance per l'obiettivo trattato: Positiva per Chirurgia, Oncologia, Rianimazione; non negativo, da migliorare, per le Gastroenterologie.</b>				
<b>Note</b>				
C1	Competenze ed abilità	Interscambiabilità degli operatori	% di turnover	>= 80%
<b>L'obiettivo:</b> Assicurare la continuità assistenziale delle strutture sanitarie e di supporto di quelle amministrative, puntando sulla formazione di tutti gli operatori.				
<b>Risultato misurato:</b> Le attestazioni rilevate sulle relazioni, hanno delineato gli andamenti per questo obiettivo qualitativo.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Dichiarazione del responsabile.				
<b>Risultato valutato:</b> Il risultato rilevato dalle relazioni ha evidenziato un'alta attenzione sulla necessità di assicurare la corretta attività formativa di interscambio per le attività svolte dagli operatori. <b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Note</b>				
C2	Innovazione	Apprendimento nell'uso della cartella informatizzata	Introduzione della cartella informatizzata	>=1
<b>L'obiettivo:</b> Pieno utilizzo dei sistemi informativi al fine di migliorare i processi, l'archiviazione dei dati e migliore gestione delle informazioni.				
<b>Risultato misurato:</b> Dichiarazione del fornitore aggiudicatario della fornitura del sistema informativo, del livello di utilizzo da parte dei centri di responsabilità dei sistemi informativi in dotazione congiuntamente alla dichiarazione del responsabile del centro di responsabilità del pieno e corretto utilizzo.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Dichiarazione dei fornitori.				
<b>Risultato valutato:</b> La dichiarazione da parte di Exprivia rispetto al sistema di cartella clinica informatizzata è stato positivo per tutti i reparti ad eccezione della Chirurgia che nella relazione del Direttore del reparto, ha visto la giustificazione di una sistema inadeguato e incompleto per le necessità del reparto con rallentamento delle attività sanitarie sul paziente. <b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Note</b>				



C4	Formazione e aggiornamento digitalizzazione	Promuovere formazione	Progetti formativi	>=1
<b>L'obiettivo:</b> Finalizzato a dare peso alla formazione dei dipendenti per la crescita dell'IRCCS				
<b>Risultato misurato:</b> Attività formativa svolta con le indicazioni dei corsi organizzati all'interno o seguiti all'esterno dell'IRCCS da parte dei dipendenti.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Dichiarazione dei responsabili e riscontro dall'ufficio Formazione.				
<b>Risultato valutato:</b> La dichiarazione di attestazione nella relazione dei vari centri di responsabilità e riscontro con i dati in possesso dell'ufficio Formazione.				
<b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Note</b>				
C5	Partecipazione a progetti di ricerca	Creare ricerca multidisciplinare	IF normalizzato	>=11
<b>L'obiettivo:</b> Ha il fine di promuovere la ricerca scientifica, dando un valore economico all'indicatore che ne rileva gli effetti, l'Impact Factor.				
<b>Risultato misurato:</b> Punti di Impact Factor conseguiti e rilevati dalla Direzione Scientifica per i ricercatori dell'IRCCS.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Siti e portali riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale e nazionale e accreditati dal ministero della Salute quali strumenti ufficiali per determinare l'IFN, in grado di fornire tale rilevazione per ricercatore, a cura della Direzione Scientifica.				
<b>Risultato valutato:</b> Punteggio conseguito per ogni ricercato e Centro di responsabilità di appartenenza.				
<b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Note</b>				
D1	Migliorare la relazione con gli utenti e fra gli operatori	Azioni per prevenire le azioni di contestazioni	N. reclami non giustificabili comportamenti riprovevoli	<3 (utenza est) fra il personale <2 (50%)
<b>L'obiettivo:</b> 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.				
<b>Risultato misurato:</b> Numero di contestazioni o rilievi negativi .				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Report dell'URP e dell'UPD indicanti le contestazioni pervenute.				
<b>Risultato valutato:</b> Sono state rilevati 2 verifiche dell'UPD che hanno trovato in un caso insussistenza e un richiamo al dipendente nell'altra circostanza. La performance dell'obiettivo è positiva per la sensibilizzazione ingenerata sui dipendenti nell'evitare tale tipo di comportamenti. Si rilevano contestazioni e segnalazioni rientranti nella tolleranza fisiologica delle lamentele riguardanti i reparti di Oncologia; Gastroenterologia Endoscopica; Rianimazione. Per i servizi sono stati segnalati reclami per Lab. di Patologia Clinica; servizio di Endoscopia. In nessun caso i reclami hanno riguardato situazioni gravi.				
<b>Si rilevano fisiologiche situazioni di comportamenti non adeguati dei dipendenti gestite opportunamente dall'UPD</b>				
<b>Note</b>				
D2	Elevare la qualità dei servizi offerti	Progettare nuova offerta sanitaria	Carta dei servizi 1 revisione	>=1
<b>L'obiettivo:</b> Aggiornare la carta dei servizi, coinvolgendo le strutture eroganti i servizi a dare indicazioni di cambiamenti avvenuti nell'organizzazione e nella gestione degli stessi.				
<b>Risultato misurato:</b> Pubblicazione della carta dei servizi dell'IRCCS sul sito ufficiale.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Sito ufficiale dell'IRCCS				
<b>Risultato valutato:</b> La pubblicazione è stata effettuata. Link <a href="https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita">https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita</a>				
<b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Note</b>				



D3	Miglioramento dei tempi d'attesa	Monitoraggio periodico dei tempi d'attesa	Allineamento ALPI-Istituzionale	Tempi d'attesa
<b>L'obiettivo:</b> Verificare se i tempi medi di erogazione delle prestazioni erogate in regime istituzionale sono allineate con le medesime prestazioni erogate in regime ALPI.				
<b>Risultato misurato:</b> La misurazione è avvenuta rilevando il numero di prestazioni istituzionali e quelle rese in ALPI con riferimento alle prestazioni sottoposte al monitoraggio del PNGLA. È stato riscontrato che il volume istituzionale per tutte le prestazioni è superiore a quello Alpi ad eccezione delle visite gastroenterologiche .				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Rilevazione dai sistemi informativi aziendali ( CUP)				
<b>Risultato valutato:</b> I dati rilevati evidenziano un corretto rapporto tra attività erogate in regime istituzionali e attività erogate in regime di Alpi ad eccezione delle visite gastroenterologiche in quanto la domanda assistenziale in tale specialità è fortemente concentrata su questo istituto di ricerca e cura a carattere scientifico ad indirizzo gastroenterologico, unico nella regione, e quindi ben superiore alle capacità di offerta assistenziale che deve soddisfare anche le richieste di consulenza interna e le normali attività di ricovero.				
<a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>				
<b>Note</b>				
D3a	Rispetto della ex legge 190/2012 e del codice di comportamento	Partecipazione alle azioni di prevenzione rispetto reciproco	Comunicare i comportamenti opportunistici	Ottemperare e < 1 segnalazione alla DS
<b>L'obiettivo:</b> Monitorare e gestire il non verificarsi di azioni corruttive a tutti i livelli aziendali (sanitari ed amministrativi).				
<b>Risultato misurato:</b> Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Indicazioni specifiche del responsabile in merito all'obiettivo				
<b>Risultato valutato:</b> Il responsabile dichiara che non si sono verificate situazioni di rilevanza per quanto concerne la corruzione nell'IRCCS				
<a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>				
<b>Note</b>				
D4	Migliorare l'attrattività	Stipulare accordi con stakeholder	N. di accordi	>=1
<b>L'obiettivo:</b> Stimolare la cooperazione e l'interazione delle strutture aziendali con l'esterno a tutti i livello possibili.				
<b>Risultato misurato:</b> Attestazione del responsabile e descrizione delle attività di scambio sono state realizzate.				
<b>Fonti Utilizzate:</b> Indicazioni specifiche del responsabile in merito all'obiettivo				
<b>Risultato valutato:</b> Il responsabile dichiara che non si sono verificate situazioni di rilevanza per quanto concerne la corruzione nell'IRCCS				
<a href="#">Performance per l'obiettivo trattato Positiva</a>				
<b>Note</b>				



### 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 2019, proceda verso le direzioni annunciate, ovvero se sia necessario introdurre eventuali correttivi da considerare e porre in essere nel Piano della performance 2020:

- 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 355 punti nel 2019, 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 prossimo 2021 e al contempo non perdendo di vista il mantenimento di una base di 300 punti di IFN.
- 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, Radiodiagnostica e all'adesione ai concorsi di Infermiere e di Dirigente Medico di Chirurgia banditi da altre Aziende Sanitarie regionali, tutti in fase di espletamento, incide sfavorevolmente sull'obiettivo dell'aumento di produzione. Inoltre ... i tempi di sospensione delle attività di radiodiagnostica dovuta alla sostituzione della TAC nonché l'attacco informatico avvenuto nel mese di dicembre, ha causato meno prestazioni interne ed esterne e risultati meno performanti. In prospettiva sarà importante spingere sul versante della produzione da parte del Reparto di Oncologia, che già nel 2019 ha mostrato buoni risultati, e sull'attivazione delle Unità Operativa di Endocrinologia e di Chirurgia Bariatrica che potranno ampliare l'offerta di prestazione al cittadino.
- 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 quanto gli stessi siano stati influenzati negativamente dalle circostanze avverse descritte nei punti precedenti richiamando l'attenzione dei diversi responsabili al recupero delle situazioni poco performanti.
- L'importante stesura dei tre 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.
- L'attuazione del monitoraggio sulla customer satisfaction da parte dell'URP, che nel 2019 ha



trovato la produzione di rendicontazioni utili alla comprensione di eventi spiacevoli e avversi al buon andamento dell'IRCCS, potrà nel 2020 e 2021 segnare importanti cambiamenti dal punto di vista della performance.

### 5.3.3. Performance organizzativa complessiva.

A completamento dell'istruttoria eseguita dalla 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.

<b>R20 SOC CHIRURGIA GENERALE</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>98</b>
<b>R30 S.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA 1</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>94</b>
<b>R3A e R3B S.O.S. DI ONCOLOGIA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>99</b>
<b>R40 S.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA 2</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>90</b>
<b>R60 S.O.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>86</b>	<b>89</b>	<b>98</b>
<b>SA0 S.O.C. DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>SB0 SERVIZIO DI CARDIOLOGIA S.O.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE-</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>88</b>
<b>SD0 S.O.S. FARMACIA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>86</b>	<b>89</b>	<b>98</b>
<b>SM0 S.O.C. DI PATOLOGIA CLINICA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>90</b>
<b>SO0 S.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>94</b>
<b>SP0 S.O.C. GASTROENTEROLOGIA 2 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>85</b>



<b>DIREZIONE SCIENTIFICA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>69</b>
<b>USE</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>A1 S. O. BUROCRATICO-LEGALE E AFFARI GENERALI</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>B31 S.O. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>90</b>	<b>85</b>	<b>90</b>
<b>B2 S.O. GESTIONE SVILUPPO RISORSE UMANE</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
<b>B5 GESTIONE PATRIMONIE E AREA TECNICA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>B6 STRUTTURA OPERATIVA CONTROLLO DI GEST. E SIA</b>			
	U.O.	Dirig.	Comp.
Pesi aree	<b>95</b>	<b>93</b>	<b>96</b>



## 5.4 Misurazione e valutazione della performance individuale

La misurazione e valutazione della performance individuale è stata rilevata sia per il personale di comparto e sia per la dirigenza attraverso la compilazione delle schede di valutazione e autovalutazione previste dai regolamenti allegati alla deliberazione del Direttore Generale n. 569/2012, ai fini dei successivi adempimenti finalizzati anche alla individuazione delle quote di premialità.

Ad integrazione degli obiettivi specifici individuati in sede di negoziazione di budget, sono state assegnate dalla direzione aziendale, sentite le competenti organizzazioni sindacali, le seguenti attività strategiche come di seguito dettagliate:

D3a	Rispetto della ex legge 190/2012 e del codice di comportamento	Partecipazione alle azioni di prevenzione rispetto reciproco	Comunicare i comportamenti opportunistici	Ottemperare e
<b>L'obiettivo annuale di riferimento:</b> L'obiettivo sopra indicato è stato assegnata 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 25/03/2019.				
<b>Obiettivo individuale:</b> Svolgere tutti i compiti in capo al RPCT				
<b>Indicatori e Target:</b> Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2019				
<b>Risultato misurato:</b> <b>Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.</b>				
<b>Fonti da utilizzare:</b> Relazione del RPCT				
<b>Risultato valutato</b> 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 performance 2018 Attivazione e utilizzo di specifica piattaforma informatica al fine di coinvolgere le UUOO nella stesura del piano aziendale per l'anticorruzione e la trasparenza.				
<b>Note</b>				

<b>PROGETTO "Gestione del rischio clinico" Deliberazione DG n.695/2017</b>				
<b>L'obiettivo annuale di riferimento:</b> L'obiettivo sopra indicato è stato assegnata al dirigente farmacista dott. Pietro Trisolini nominato quale Responsabile aziendale del rischio clinico e della Qualità con delibera DG n.695/2017.				
<b>Obiettivo individuale:</b> 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.				
<b>Indicatori e Teget:</b> Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2019				
<b>Risultato misurato:</b> Risoluzione non conformità delle UUOO interessate dal rischio clinico Certificazione dell'Istituto per la qualità ISO 9001:2015 <b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>				
<b>Fonti da utilizzare</b> Relazione del Responsabile aziendale del Rischio clinico e Qualità				
<b>Risultato valutato</b> Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2019.				
<b>Note</b>				



<b>PROGETTO Attività di funzioni di coordinamento delle Sale Operatorie, dell'UO di Cardiologia, di responsabile Interno Edotto e UVAR,( Deliberazione n. 391/2012) responsabile del servizio Controllo di Gestione( Deliberazione n. 523/2012)</b>
<b>L'obiettivo annuale di riferimento:</b> Le attività sopra riportate sono state assegnate al dirigente dott. Francesco Gabriele, . 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 25/03/2019.
<b>Obiettivo individuale:</b> Svolgere tutti i compiti di coordinamento richiesti
<b>Indicatori e Target:</b> Produzione di relazione finale dell'attività di coordinamento svolta per il 2019 e indicazione di documentazione delle attività svolte
<b>Risultato misurato:</b> <b>Obiettivo conseguito per attestazione dell'interessato con relazione.</b>
<b>Fonti da utilizzare:</b> Relazione del responsabile del coordinamento
<b>Risultato valutato</b> Attività relative agli adempimenti richiesti: Attività di coordinamento delle strutture delle Sale Operatorie, dell'UO di Cardiologia, di responsabile Interno Edotto e UVAR, responsabile del servizio Controllo di Gestione
<b>Note</b>

<b>PROGETTO "Affidamento funzione di Coordinamento delle registrazioni per l'anagrafe prestazioni"</b>
<b>L'obiettivo annuale di riferimento:</b> L'obiettivo sopra indicato è stato assegnata al all'assistente amministrativo sig. Rosa Accettura, nominata quale Coordinatore dell'inserimento dati nelle anagrafe delle prestazioni PerLA PA.
<b>Obiettivo individuale:</b> Svolgere tutti i compiti per la ridefinizione e organizzazione delle attività di Coordinamento delle attività in capo ai vari uffici.
<b>Indicatori e Teget:</b> Produzione di relazione finale dell'attività svolta per il 2019
<b>Risultato misurato:</b> Registrazione in anagrafe PerLA PA di tutti i compensi ai dipendenti e a soggetti terzi ai sensi dell'art.53 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i <b>Performance per l'obiettivo trattato Positiva</b>
<b>Fonti da utilizzare</b> Relazione del Coordinatore
<b>Risultato valutato</b> Attività svolte in base alle documentazioni fornite e alla relazione conclusiva relativa all'anno 2019.
<b>Note</b>





## 6. Allegati

---

- A-1 Schema di bilancio 2019/2018 ai sensi del D.Lgs 118/2011.
- A-2 Relazione URP sulle lamentele dell'utenza.
- A-3 Progetti: *"Laboratorio YouMan Lab Umanizzazione"* e *"Indagine sul clima organizzativo"*.
- A-4 Relazione *"Dati generali sul processo di indagine. Anno 2019."*.



## 1.1 Schema di bilancio ai sensi del D.Lgs 118/2011.

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO D. Lgs. n. 118/11	Consuntivo 2019	Consuntivo 2018	Budget 2019
<b>A) VALORE DELLA PRODUZIONE</b>			
1) Contributi in c/esercizio	11.501.865	9.921.219	8.759.767
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	9.575.392	8.374.190	7.373.831
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	54.176	-	-
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - ricolati	-	-	-
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura L.E.A.	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L.E.A.	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	-	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici	54.176	-	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	1.582.023	1.417.360	1.385.936
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	1.342.364	1.060.341	1.020.700
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	81.018	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	158.642	357.019	231.236
4) da privati	-	-	134.000
d) Contributi in c/esercizio - da privati	290.274	129.669	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-902.403	-300.000
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	770.591	940.825	425.000
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	26.678.317	30.893.112	33.400.000
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	25.593.642	29.791.682	32.220.000
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	1.082.137	1.070.637	1.150.000
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.538	30.792	30.000
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	180.005	144.334	50.000
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	809.329	834.411	800.000
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.117.572	1.866.498	2.256.000
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	31.132	36.468	22.000
<b>Totale A)</b>	<b>42.088.811</b>	<b>43.734.463</b>	<b>45.412.767</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>			
1) Acquisti di beni	12.629.691	14.574.751	19.678.500
a) Acquisti di beni sanitari	12.343.116	14.408.992	19.510.000
b) Acquisti di beni non sanitari	286.575	165.759	168.500
2) Acquisti di servizi sanitari	1.952.270	1.697.379	2.072.200
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-	-
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	55.873	6.589	-
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-	-
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-	-
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.750	4.965	6.000
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	708.759	662.816	867.500
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	2.406	-
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.151.855	943.245	1.198.700
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	33.034	77.358	-
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	4.580.939	4.326.092	3.613.350
a) Servizi non sanitari	4.308.262	4.077.907	3.337.850
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	186.809	159.197	175.500
c) Formazione	85.868	88.988	100.000
4) Manutenzione e riparazione	2.699.061	2.718.501	2.846.550
5) Godimento di beni di terzi	142.152	134.521	202.000
6) Costi del personale	17.680.365	17.824.495	19.518.265
a) Personale dirigente medico	6.894.491	7.039.781	7.747.400
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.011.053	1.003.996	1.115.324
c) Personale comparto ruolo sanitario	6.533.027	6.459.431	6.473.953
d) Personale dirigente altri ruoli	256.717	381.375	432.800
e) Personale comparto altri ruoli	2.985.077	2.939.913	3.748.788
7) Oneri diversi di gestione	1.117.352	1.081.513	898.210
8) Ammortamenti	2.121.592	1.932.047	1.728.982
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	55.577	32.864	14.480
b) Ammortamenti dei Fabbricati	691.554	734.749	732.020
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.374.462	1.164.434	982.482
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-32.546	216.603	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-38.753	210.529	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	6.207	6.074	-
11) Accantonamenti	2.143.522	1.905.750	220.724
a) Accantonamenti per rischi	242.000	811.647	150.000
b) Accantonamenti per premio operosità	-	-	-
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.749.070	754.416	-
d) Altri accantonamenti	152.452	339.687	70.724
<b>Totale B)</b>	<b>45.034.398</b>	<b>46.411.652</b>	<b>50.778.781</b>
<b>DIF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>-2.945.587</b>	<b>-2.677.189</b>	<b>-5.366.014</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	4	46	50
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	-	821	35.000
<b>Totale C)</b>	<b>4</b>	<b>-775</b>	<b>-34.950</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>			
1) Rivalutazioni	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-
<b>Totale D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>			
1) Proventi straordinari	585.329	419.170	-
a) Plusvalenze	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	585.329	419.170	-
2) Oneri straordinari	148.124	118.942	-
a) Minusvalenze	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	148.124	118.942	-
<b>Totale E)</b>	<b>437.205</b>	<b>300.228</b>	<b>-</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>-2.508.379</b>	<b>-2.377.737</b>	<b>-5.400.964</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>			
1) IRAP	1.382.533	1.339.340	1.441.265
a) IRAP relativa a personale dipendente	1.179.325	1.168.733	1.312.395
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	145.338	109.197	94.000
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	57.362	61.410	34.870
d) IRAP relativa ad attività commerciali	508	-	-
2) IRES	10.975	11.083	36.000
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
<b>Totale Y)</b>	<b>1.393.508</b>	<b>1.350.423</b>	<b>1.477.265</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>-3.901.887</b>	<b>-3.728.159</b>	<b>-6.878.230</b>

	<p align="center"><b>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Saverio de Bellis"</b></p> <p align="center">Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari C.F. – P.IVA: 00565330727 Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982</p>	 <p align="center">Dasa-Rägister EN ISO 9001:2008 IQ-1208-14</p>
<p><b><u>U.R.P. Ufficio Relazioni con il Pubblico</u></b></p>		



Al Direttore Generale  
Dott. Tommaso Stallone

Al Direttore Sanitario  
Dott. Roberto Di Paola

SEDE

**Oggetto:** Relazione di fine anno 2019 riguardante la registrazione di reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'articolo 14 del D. L. n°502 del 30/12/1992, nonché la più recente Legge del 7 giugno 2000 n°150, individuano tra i compiti dell'URP quello di "ricevere osservazioni, opposizioni o reclami entro trenta giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende opporsi".

Inoltre, considerando che la fase di registrazione del reclamo è indispensabile per un report periodico da effettuare alla Direzione Sanitaria e Generale di questo Ente Ospedaliero, il personale afferente all'URP dell'IRCCS de Bellis di Castellana Grotte da Novembre 2012 ad oggi ha formulato una scheda di registrazione dei reclami scritti e verbali messa a disposizione del cittadino disponibile presso l'URP, e un programma

installato al computer dell'URP per la registrazione dei reclami verbali che pervengono telefonicamente.

Inoltre, per favorire un'attenta analisi dei punti critici aziendali funzionale a rimuovere disservizi venuti in evidenza, sono state utilizzate delle tavole indicate dalla "Cassetta degli Attrezzi degli Uffici Relazioni con il Pubblico della Regione Puglia" (ARES e Assessorato al Welfare).

Dette tavole, che si allegano, contenenti la codifica e la tabulazione dei dati, classificano i reclami sia scritti sia verbali per tipologia:

- Aspetti legati alle relazioni sociali ed umane;
- Aspetti tecnico - professionali;
- Aspetti organizzativi;
- Aspetti legati alla tempestività e puntualità;
- Aspetti legati all'informazione;
- Aspetti legati alle strutture fisiche;
- Aspetti legati alle prestazioni alberghiere;
- Altro.

Sono pervenuti all'URP su modulo predisposto n° 160 reclami di cui uno riguardante le relazioni sociali ed umane, uno gli aspetti tecnico - professionali e uno gli aspetti organizzativi, uno la tempestività e puntualità e uno riguardante l'informazione.

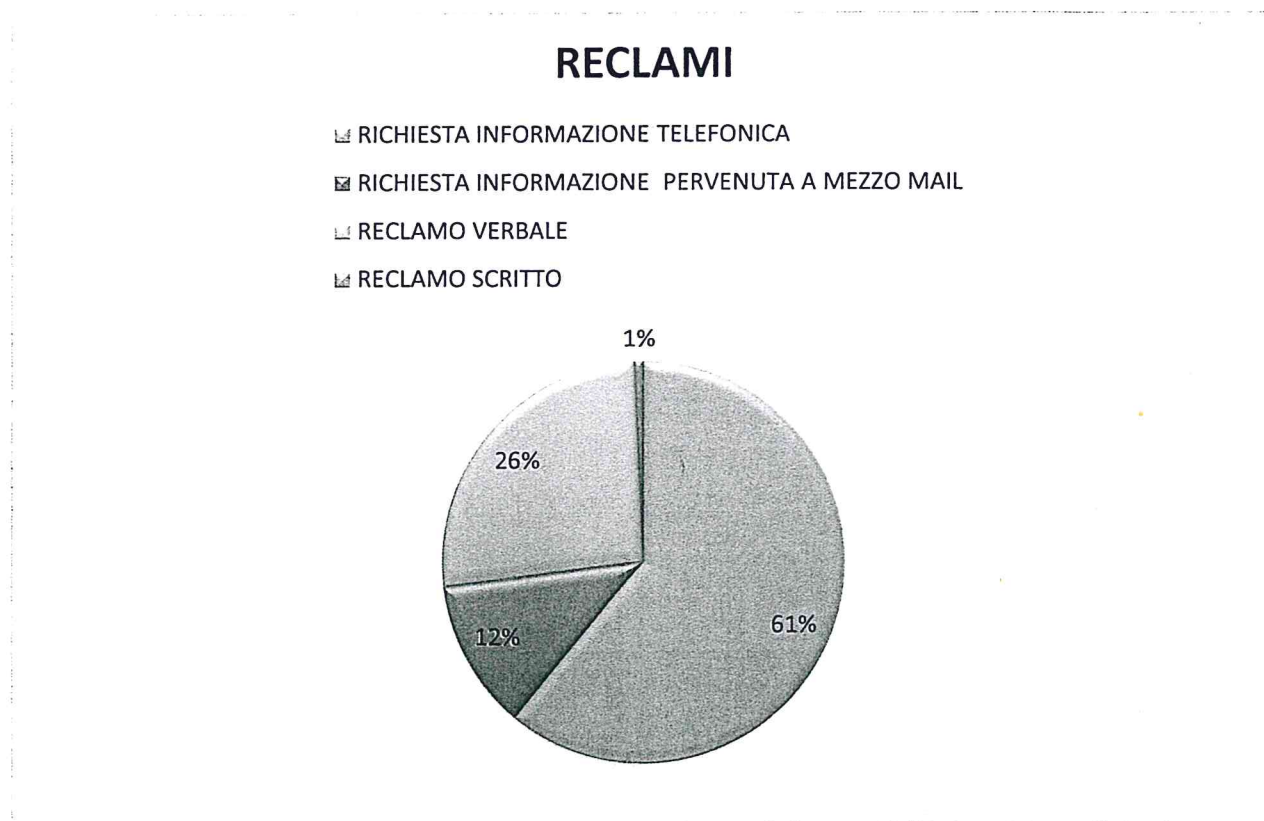
In virtù della procedura normalmente prevista, ai cittadini che hanno formulato i suddetti reclami, è stata fornita risposta scritta entro il tempo previsto di trenta giorni, sia via mail che per raccomandata, dal Dirigente di Unità Operativa dove si è verificato il disagio per il tramite dell'URP.

I reclami verbali invece, pervenuti all'URP telefonicamente da Gennaio 2018 ad oggi, sono stati registrati nell'apposita scheda. Detti reclami verbali riguardano le relazioni sociali ed umane.

Grazie ad un programma in formato elettronico creato all'URP, questi ultimi reclami oltre che registrati nelle apposite schede, riportano la descrizione della problematica evidenziata dal cittadino ed il successivo esito di soluzione.

La codifica per tipologia dell'oggetto del reclamo adottata dall'URP dell'IRCCS de Bellis, risponde ad una modalità procedurale condivisa da tutti gli Uffici Relazioni con il Pubblico della Regione Puglia nonché permette un'analisi globale e conoscenza dei punti critici evidenziati.

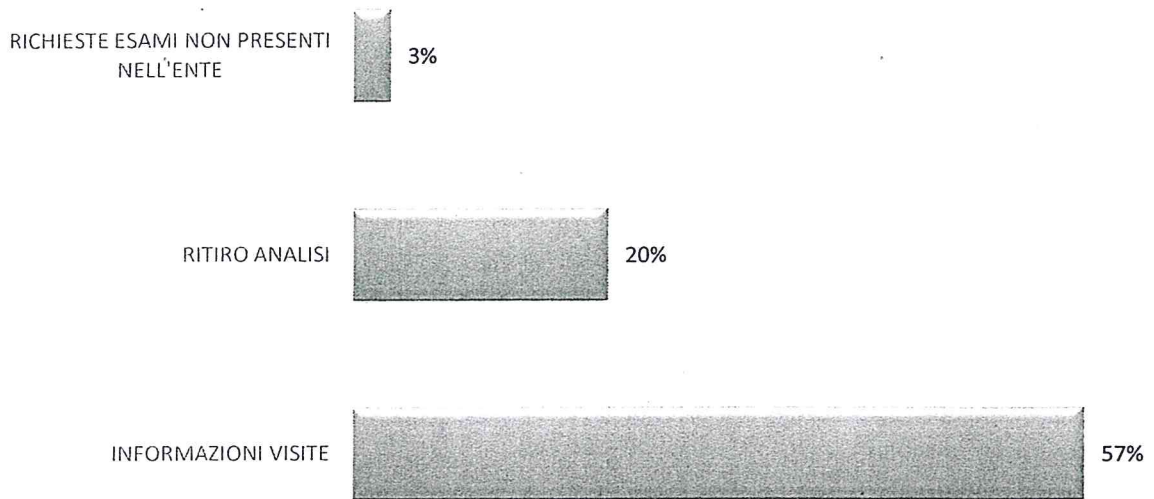
Come rappresenta il grafico sottostante i maggior numero di pervenuti sono le richieste di informazioni al telefono.



i reclami pervenuti fanno riferimento a richieste di informazioni, lamentele, difficoltà a contattare alcuni organi dell'ospedale e richieste per esami non espletabili da questo ente.

Rispettivamente vengono analizzati i seguenti reclami:

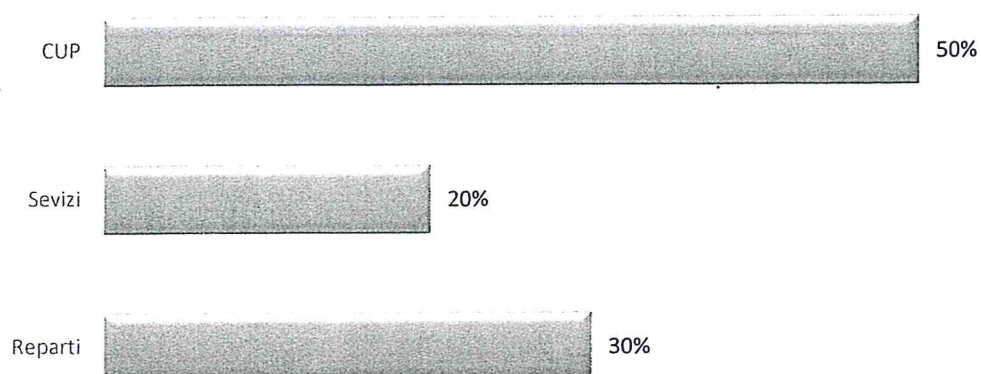
## RICHIESTE DI INFORMAZIONI



RICHIESTE DI INFORMAZIONI

Come appare nel grafico la percentuale maggiore corrisponde a richieste di informazioni per visite mediche presenti presso l'IRCCS "Saverio de Bellis" di Castellana Grotte. Quest'ultimi fanno riferimento a esami come colonscopia, intolleranze, gastroscopia, biopsia e altre visite specialistiche. Analogamente per altre richieste di esami, pari al 3%, quest'ultimi non presenti in questo Ente ospedaliero. L'ultimo dato illustrato, ovvero il 20%, richiede le modalità e le tempistiche per il ritiro dell'analisi svolti.

## LAMENTELE



### LAMENTELE

Le lamentele ricevute all'ufficio URP tramite mezzo telefonico o via orale fanno riferimento a questi temi: CUP, servizi, reparti.

Il servizio CUP offerto dall' IRCCS de Bellis, secondo i pazienti, ha dei tempi di attesa troppo lunghi e per chi ha necessità di effettuare esami nel minor tempo possibile: chiede una corsia preferenziale.

I reclami dei servizi sono pari al 20%, mentre quelli dei reparti al 30

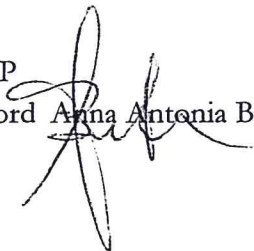
C'è chi sostiene che la pulizia dei reparti e la qualità del cibo è precaria. La cordialità e la disponibilità del personale manca. Inoltre, la struttura presenta alcuni oggetti non funzionanti e finestre con spifferi importanti. Trovandosi in un ospedale i pazienti non si aspettano un trattamento del genere.

Considerazioni:

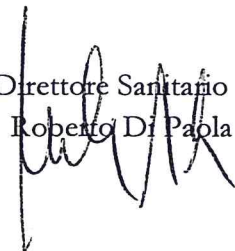
Il lavoro dell'ufficio URP è stato quello di raccogliere tutti i dati e di stilare un report con quest'ultimi. Si ricava che alcuni organi interni dell'IRCCS "Saverio de Bellis" devono apportare miglioramenti al fine di offrire una prestazione migliore al paziente. Servizi come il CUP deve trovare una soluzione per i tempi di attesa troppo lunghi. I reparti, con riferimento anche al personale, devono risanare le problematiche elencate qui sopra. Le modalità di richieste di informazioni possono essere studiate e apportate delle modifiche soprattutto per semplificare e agevolare i pazienti. Rispetto allo scorso anno ci sono stati miglioramenti e le statistiche sono evidenti.

L'IRCCS "Saverio de Bellis" è una struttura di prestigio pertanto ha bisogno di offrire qualità a tutti i pazienti.

URP  
Coord Anna Antonia Beatrice



Direttore Sanitario  
Roberto Di Paola





	<p align="center"><b>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Saverio de Bellis"</b></p> <p align="center">Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari C.F. – P.IVA: 00565330727 Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982</p>	 <p>Dasa-Rägister EN ISO 9001:2008 IQ-1208-14</p>
<p><b><u>URP - DIREZIONE SANITARIA</u></b></p>		

I.R.C.C.S. 'S. De Bellis'



Prot. 0007492

Data: 23/06/2020

Sezione: Partenza

AOO: EO\_GINRC

DIREZIONE SANITARIA

Al Direttore Scientifico  
IRCCS De Bellis  
Prof.re G. Giannelli

**Oggetto: Relazione progetti IRCCS "DE BELLIS" / URP**

Nell'ultimo biennio, è in atto un processo di cambiamento nella visione di quelle che sono considerate le cure assistenziale e i servizi di accoglienza al paziente e agli utenti. Per tale motivo le strutture sanitarie pugliesi evolvono da luoghi di cura a luoghi in cui prendersi cura.

Il nostro ospedale ha accolto con entusiasmo i progetti proposti della Regione - Dipartimento per la Salute, realizzato dall'Agenda Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (Asset) in collaborazione con l'Agenda Strategica Regionale per la Salute e il Sociale (Aress).

L'IRCCS De Bellis, favorevolmente è partecipe ai cambiamenti decidendo di partecipare attivamente ad alcuni dei progetti, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e con l'Ufficio Formazione, qui sotto elencati.

Progetto

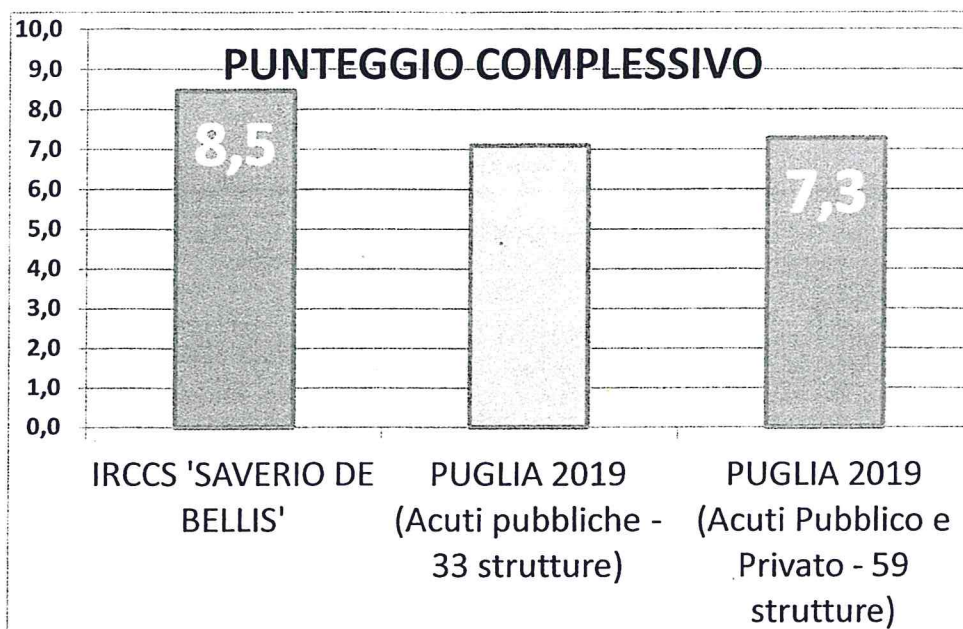
**Laboratorio YouMan Lab Umanizzazione**

**La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle cure nelle strutture di ricovero**

Dove il sistema sanitario è sensibile all'umanizzazione delle cure, la capacità di accogliere i pazienti nella loro interezza, con tutte le loro esigenze psicologiche e sociali. Nasce l'idea di un progetto di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" effettuata da AGENAS, in collaborazione con Cittadinanzattiva e Regioni e Province Autonome.

I risultati della prima e della seconda edizione, nonostante la partecipazione di un elevato numero di strutture di ricovero per acuti sul territorio sia pubbliche che private, hanno visto quest'anno l'Ente Ospedaliero De Bellis classificarsi in positivo crescendo con un punteggio di 8.5 che lo pone fra i primi posti su 59 strutture in tutta la Regione Puglia.

La prima sommaria restituzione dei risultati alle Aziende Sanitarie è riportata come in tabella:



Questo sistema di valutazione è realizzato sul metodo partecipato dei cittadini, coinvolti in tutte le fasi, dal monitoraggio fino alle proposte di miglioramento.

Quanto ai risultati, la check list dell'umanizzazione, articolata in 142 punti suddivisi in 4 aree, indica una media nazionale intorno a 7 su un valore da 1 a 10 e in particolare esprime le performance migliori nella cura della relazione con il paziente, nell'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura.

L'IRCCS con il suo punteggio di 8.5 dimostra di essere interessato non solo agli ambiti economico-contabili e gestionali, ma cerca anche di non trascurare la sfera umana delle cure, collaborando con le équipes locali composte da professionisti sanitari e cittadini, impegnati a valutare e contestualmente a proporre specifici piani di miglioramento.

#### Progetto

#### **L'Indagine di clima organizzativo – a cura dell'Istituto S'Anna di Pisa "La tua parola conta"**

La Regione Puglia per il tramite di AReSS partecipa all'indagine di clima organizzativo "La tua parola conta" condotta con il supporto metodologico del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Misurare il clima aziendale significa individuare e conoscere l'opinione di tutti i dipendenti della sanità pugliese, sia a tempo determinato che indeterminato, su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorarli nel prossimo futuro. Lo strumento utilizzato per la rilevazione è un questionario online rivolto a tutto il personale dipendente.

Lo scopo dell'analisi di clima è quello di fotografare una realtà organizzativa, individuando e diagnosticando i sintomi di eventuali problematiche organizzative interne e creando degli alert che catturino l'attenzione dei vertici aziendali. L'indagine di clima organizzativo ha in tal senso l'obiettivo di prendere coscienza del vissuto condiviso degli operatori con riguardo alle dimensioni organizzative rilevanti. I risultati dell'indagine possono così costituire un punto di partenza per la costruzione di strategie e politiche aziendali volte a creare un clima più "sereno" col fine ultimo di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione.

URP  
Coord. Anna Antonia Beatrice



DIRETTORE SANITARIO  
Roberto Di Paola

	<b>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</b> <b>"Saverio de Bellis"</b> Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari C.F. – P.IVA: 00565330727 Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982	 <b>Dasa-Rägister</b> EN ISO 9001:2008 IQ-1208-14
<b><u>U.R.P. Ufficio Relazioni con il Pubblico</u></b>		

*STRUTTURA TECNICA PERMANENTE*

## DATI GENERALI SUL PROCESSO DI INDAGINE

Nel 2019 sono stati raccolti complessivamente 929 questionari di gradimento. Di tali questionari 595 sono stati raccolti nei Servizi e 334 sono stati raccolti nei Reparti di degenza. Detti questionari anonimi vengono settimanalmente distribuiti nei reparti di Degenza, nei Servizi e al CUP ai nuovi pazienti al momento dell' arrivo, con l'invito di compilarli ed imbucarli in apposite cassette di facile accesso al momento della dimissione. La compilazione dei questionari avviene nelle stanze di degenza o sale accoglienza, da parte dei pazienti o di chi li accompagna. (famigliare o altra persona)

### Dati raccolti anno 2019

Tab.1

SERVIZI	QUESTIONARI RACCOLTI
	0
	12
	19
	27
	135
	183
	0
	73
	26
	63
	57
<b>TOTALE</b>	<b>595</b>

I.R.C.C.S. 'S. De Bellis'  
 Prot. 0007494  
 Data: 23/06/2020  
 Sezione: Partenza  
 AOO: EO\_GINRC  
 URP.



**Tab.2**

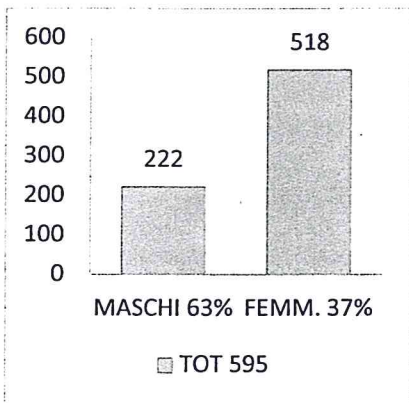
REPARTI DI DEGENZA	QUESTIONARI RACCOLTI
Anestesia e Rianimazione	1
Chirurgia	129
Chirurgia ortopedica	111
Chirurgia vascolare	93
<b>TOTALE</b>	<b>334</b>

Al termine della somministrazione dei questionari sono state effettuate le operazioni di immissione, controllo sulla qualità percepita e successivamente elaborazione dei dati.

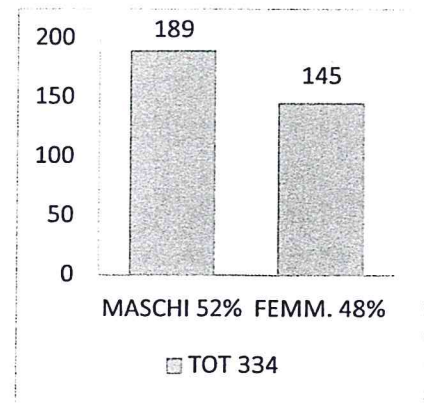
Come emerge dalla grafica nelle pagina successive si evince che per quanto riguarda i Servizi, a rispondere sono più uomini rispetto alle donne .

Invece accade che per i Reparti di degenza la percentuale di presenza maschile si discosta di poco più rispetto a quella femminile.

**Questionari Servizi**

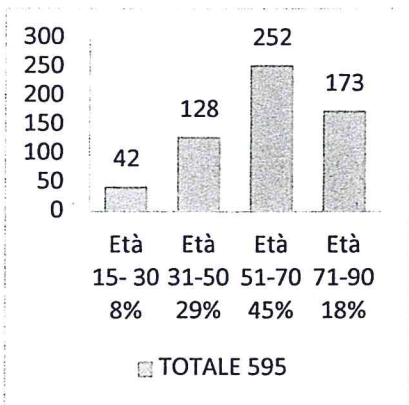


**Questionari Reparti**

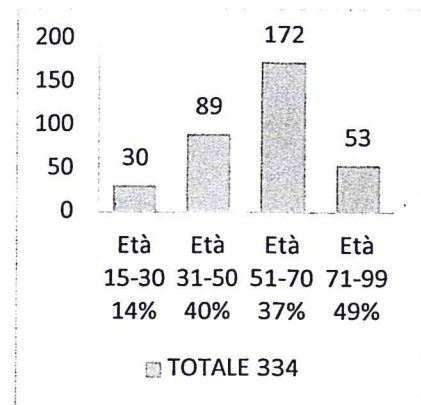


Un'ulteriore dato rilevato concerne l'età media di chi ha compilato i questionari. Complessivamente per tutti i Servizi e i Reparti di degenza l'età media è tra i 30 e gli 70 anni .

**Servizi**

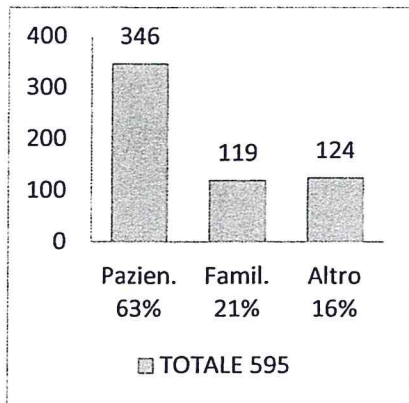


**Degenze**

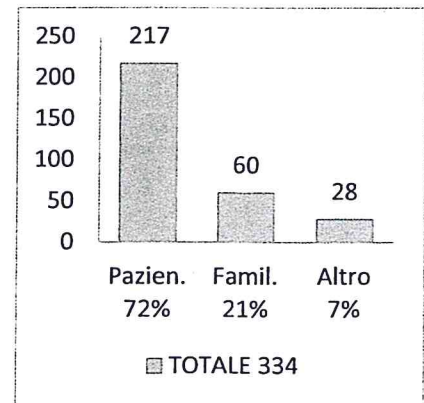


Dalla lettura del grafico relativo alla domanda pertinente su chi avesse compilato il questionario nei Servizi è emerso che il 63 % rappresentato dagli stessi pazienti , mentre il 21% sono familiari dei pazienti.

**Chi compila il questionario nei Servizi**



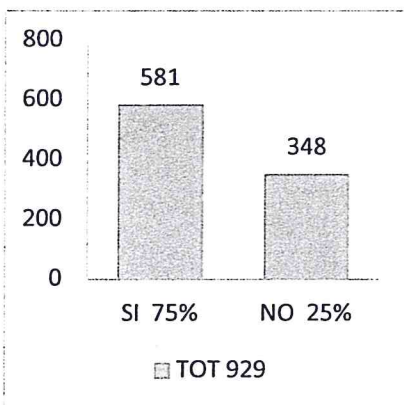
**Chi compila il questionario nei reparti di Degenza**



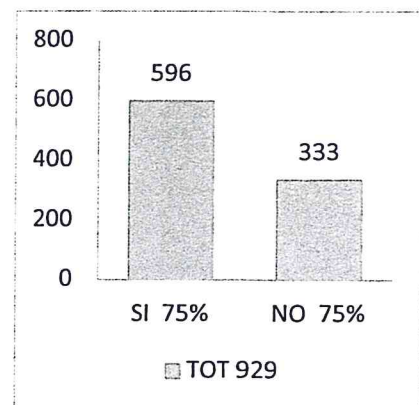
Anche per quanto riguarda i Reparti di degenza, nell'indagine si evidenziava il dato secondo cui maggiore è la compilazione da parte dei pazienti, (circa il 72 %, a fronte del 21 % dei familiari).

Da Giugno 2018 sono stati integrati due quesiti relativi al monitoraggio della conoscenza , da parte dell'utente , sul carattere di ricerca scientifica che è proprio di questo Ente , i dati fin ora raccolti sono :

**Conoscenza Istituto di Ricerca**

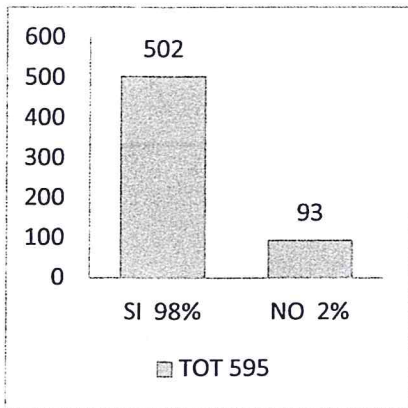


**Scelta per Istituto di Ricerca**

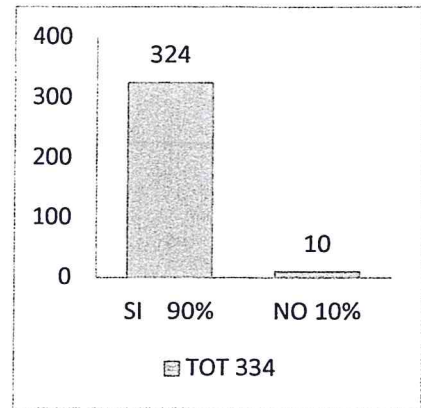


Attraverso le informazioni raccolte dall'analisi riguardante la parte relativa alla Privacy è emerso che sia nei Servizi che per i Reparti di degenza la percentuale di intervistati che hanno risposto sì al rispetto della propria privacy è quasi del 100%.

## Rispetto della Privacy nei Servizi



## Reparti di Degenza



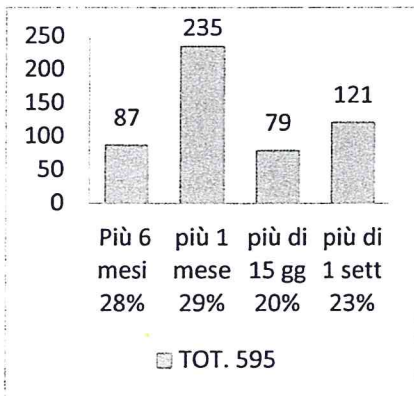
# GRAFICI SPECIFICI DEI SERVIZI

### TEMPI DI ATTESA

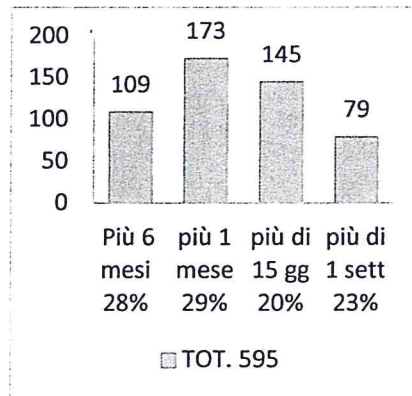
Alla prima domanda del questionario il 39% dei pazienti risponde di attendere più di 6 mesi dalla prenotazione che avviene presso il CUP o il Poliambulatorio alla data di esecuzione della prestazione sanitaria richiesta.(1°)

Per formalizzare la prestazione presso l'Ufficio Ticket un 33% degli utenti attende tra mezz'ora e un'ora di tempo circa (1b) e per eseguire la prestazione presso il servizio il 39% attende oltre un'ora di tempo (1c).

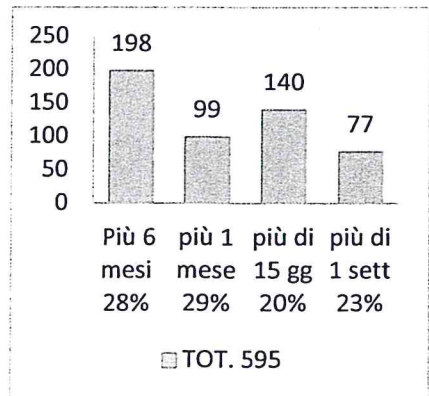
#### Prenotazione



#### Uff. Ticket



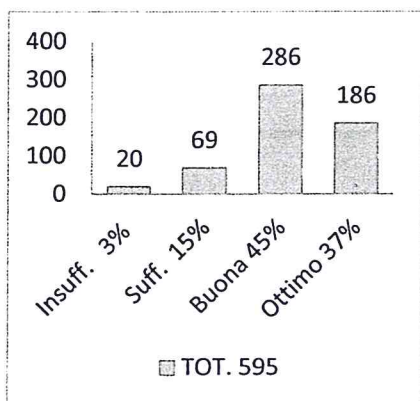
#### Esecuzione prestazione



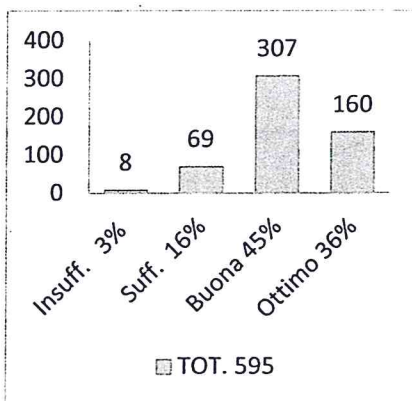
### VALUTAZIONE E CORTESIA DEL PERSONALE

In merito alla valutazione da parte dei pazienti sulla cortesia e disponibilità del personale addetto alla prenotazione, dell' Ufficio Ticket, infermieristico, Tecnico di radiologia e Medico i grafici indicano rispettivamente le percentuali di gradimento.

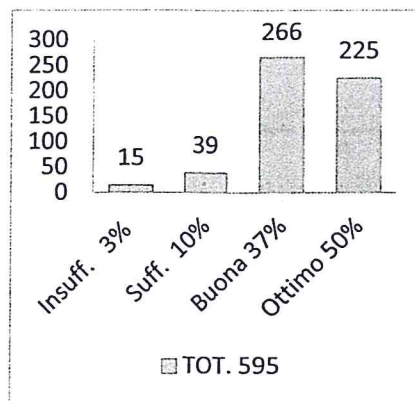
### Uff. prenotazione



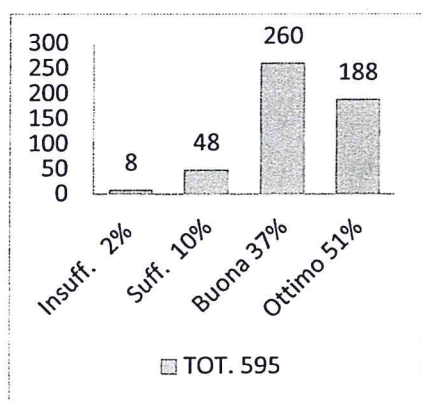
### Addetti Ticket



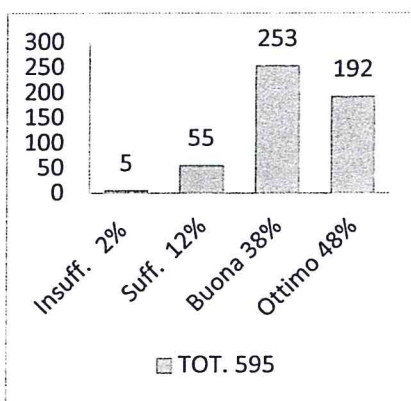
### Infermieristico



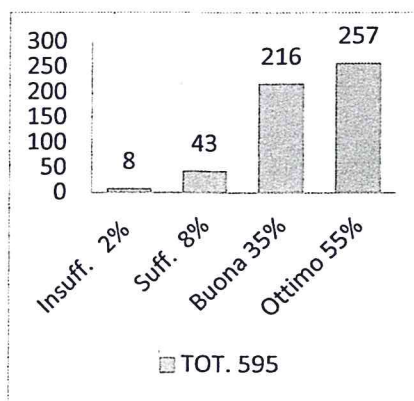
### Personale Tecnico



### Personale di assistenza



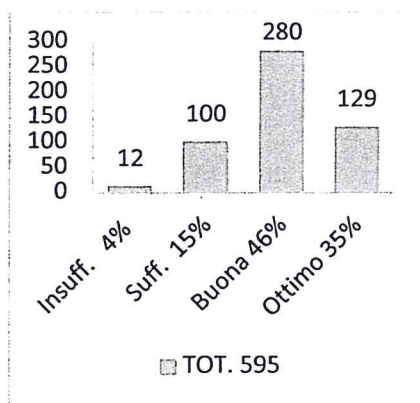
### Personale Medico



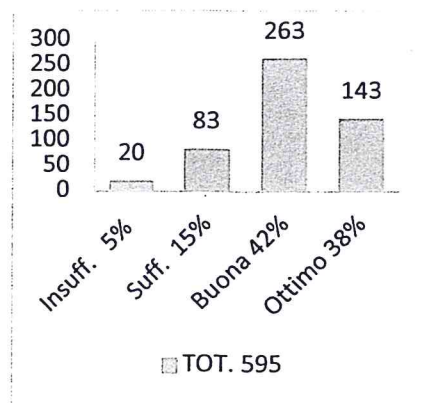
Il giudizio sulla disponibilità del personale medico, tecnico e di assistenza è positivo complessivamente per un 80% degli intervistati. Mentre per quanto riguarda la capacità di saper ascoltare e dare informazioni ai pazienti il giudizio degli intervistati è buono complessivamente per un 43% è ottimo per il 36% degli intervistati

### VALUTAZIONE ASSISTENZA NEI SEGUENTI ASPETTI

#### Ascolto

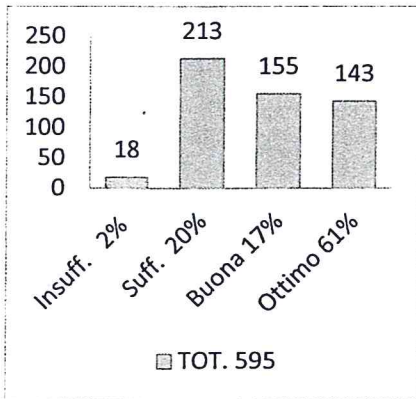


#### Informazione

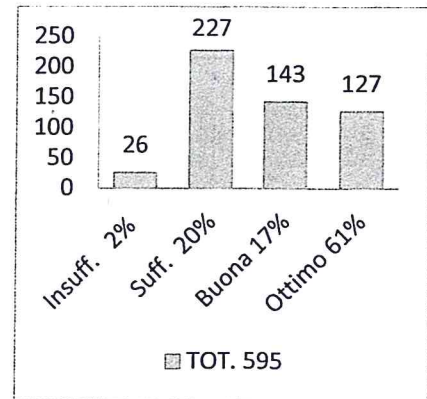


## VALUTAZIONE COMPLESSIVA

### Assistenza



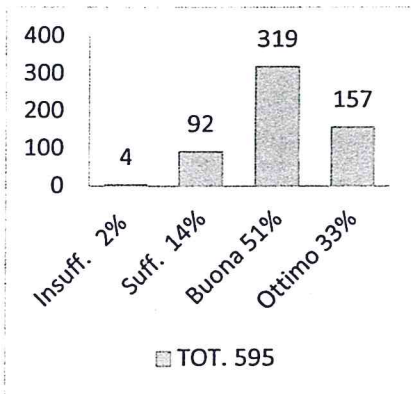
### Erogazione



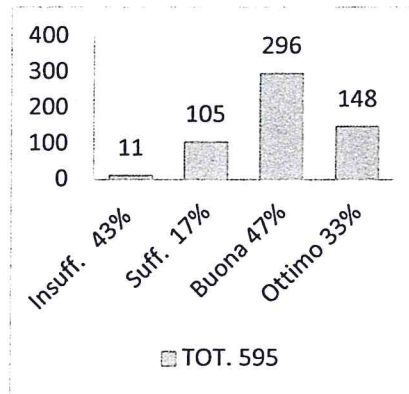
## VALUTAZIONE COMFORT

I grafici successivi si riferiscono al giudizio buono espresso dai pazienti sulla pulizia e igiene degli ambienti dove rileviamo che la soddisfazione è complessivamente del 84%, la pulizia dei servizi igienici e bagni è positiva al 78% e sull'uso di altri servizi come il Bar e sala d'attesa è positiva al 81%.

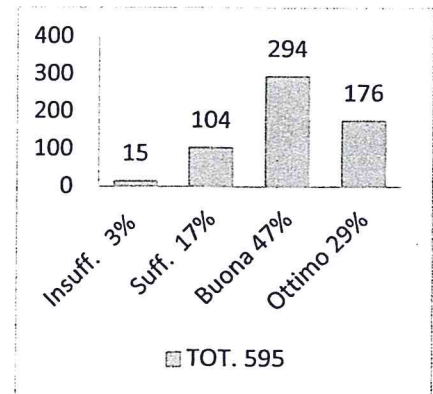
### Pulizia ambienti



### Pulizia e igiene bagni

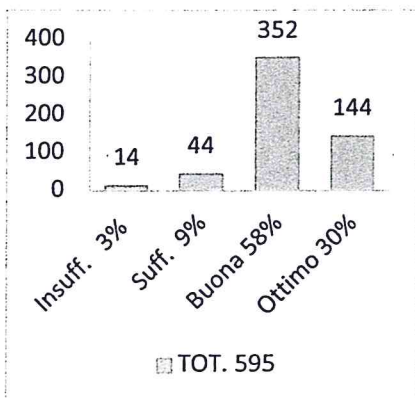


### Uso di bar e sale d'attesa



## SODDISFAZIONE COMPLESSIVA

Complessivamente infine, gli intervistati che hanno compilato il questionario relativo ai Servizi si ritengono soddisfatti per un buon 87%.





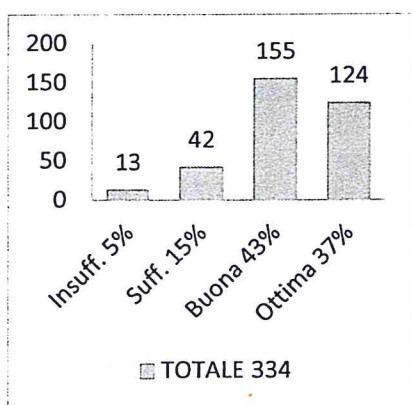
Dalle **note e suggerimenti** scritti nei questionari da parte dei pazienti si riporta in questa relazione il suggerimento di acquisire i risultati degli esami anche via mail e di diminuire i tempi di attesa per effettuare i prelievi ematici, soprattutto di evitare di fare due code una per l'accettazione e una per il prelievo. Inoltre si segnalano diverse lamentele per i tempi di attesa molto lunghi soprattutto per quanto riguarda le prestazioni relative al reparto di endoscopia. Si lamenta anche una certa difficoltà nel contattare telefonicamente il CUP per le prenotazioni, segnalando che spesso risulta la linea staccata o si resta in attesa anche oltre i 40 minuti.

## GRAFICI SPECIFICI DEI REPARTI DI DEGENZA

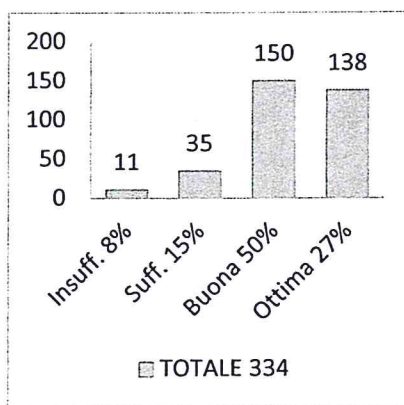
### ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

La prima domanda del questionario al quale sono stati invitati i pazienti a rispondere riguardava l'accoglienza al momento del ricovero gli orari di visita dei parenti o conoscenti ai pazienti ricoverati e le informazioni ricevute dal personale di Reparto. I dati complessivi mostrano che la soddisfazione del paziente raggiunge il 70%.

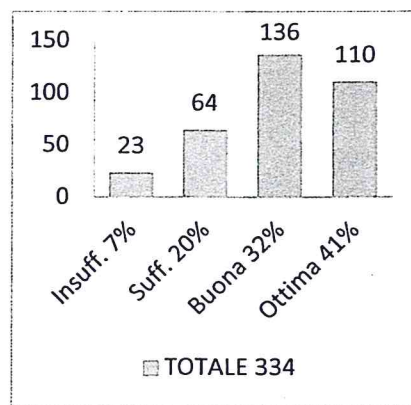
#### Accoglienza al ricovero



#### Orari di visita



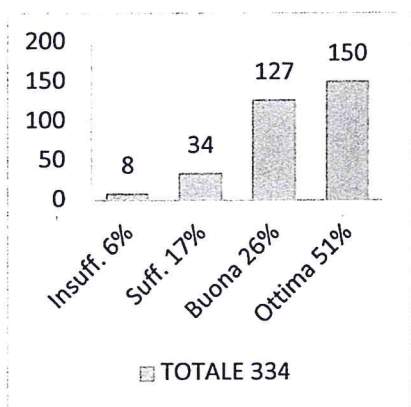
#### Informazioni ricevute



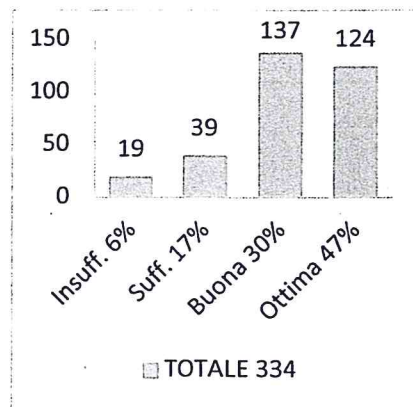
### ASSISTENZA MEDICA

La domanda successiva valutava la gentilezza e disponibilità ascolto, informazioni e cure prestate dai Medici di Reparto.

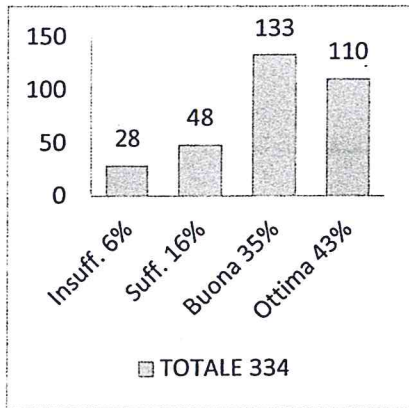
#### Gentilezza e disponibilità



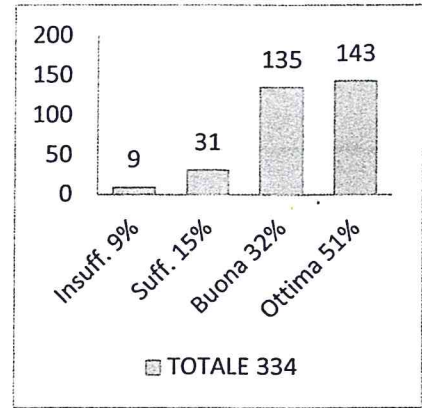
#### Ascolto



### Informazione



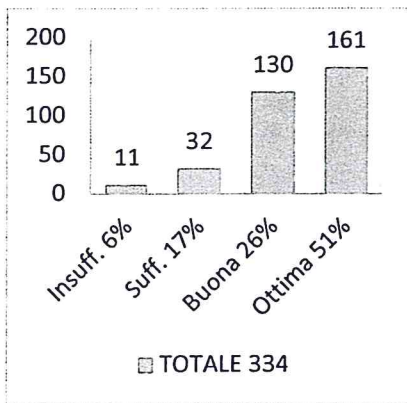
### Cure Prestate



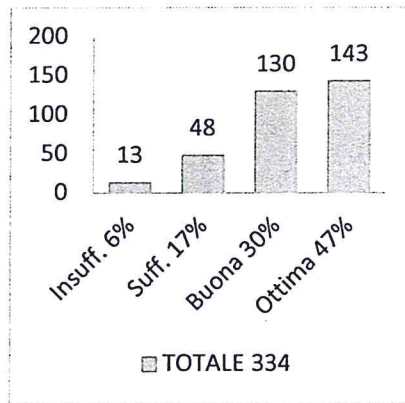
### ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Viene valutata anche l'assistenza infermieristica e degli operatori socio sanitari in quanto a gentilezza e disponibilità ,ascolto , informazione, risposte alle chiamate e cure prestate .

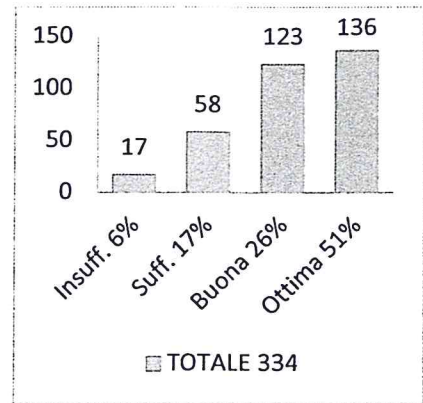
### Gentilezza e disponibilità



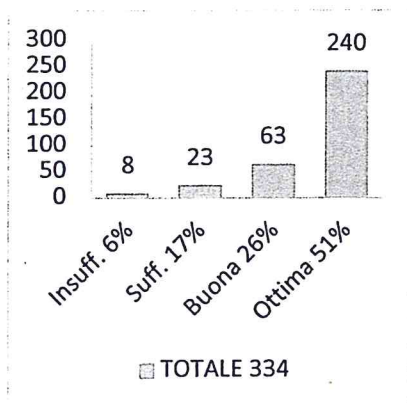
### Ascolto



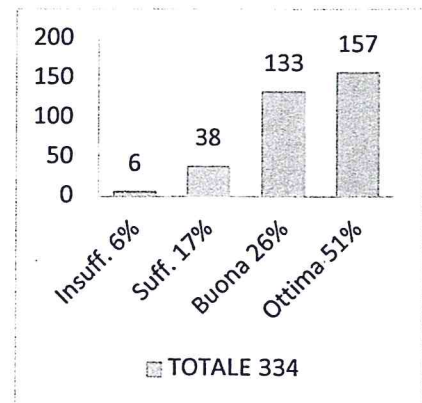
### Informazione



### Risposta alle chiamate

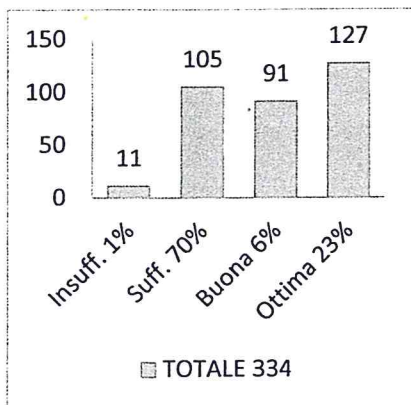


### Cure prestate

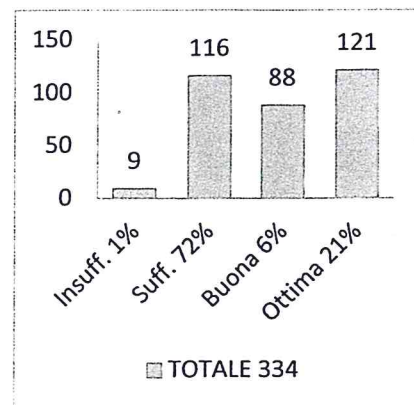


## VALUTAZIONE COMPLESSIVA

### Assistenza



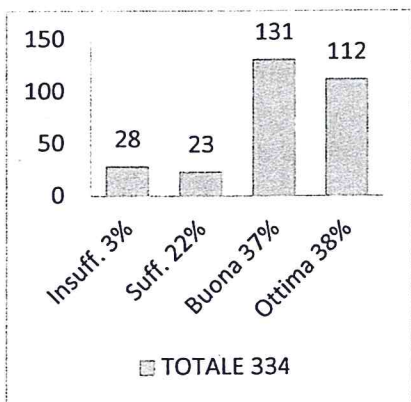
### Erogazione



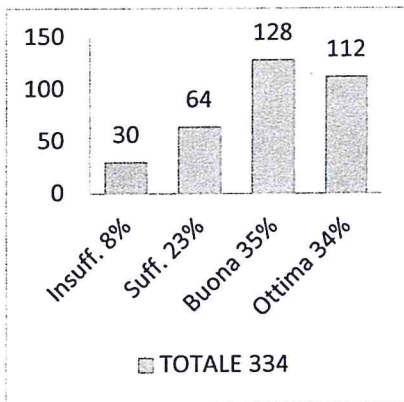
## COMFORT DELLA STRUTTURA

Alla domanda successiva del questionario i pazienti intervistati formulano un giudizio sul comfort dell' Unità Operativa di degenza in merito alla pulizia degli ambienti, servizi igienici, la qualità dei pasti, gli orari dei pasti, e l'uso di altri servizi come e sale d'attesa, TV, Bar, Cappella .

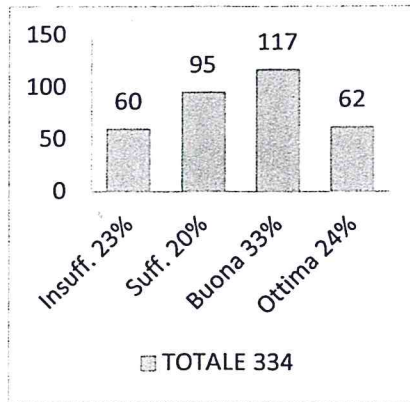
### Pulizia ambienti



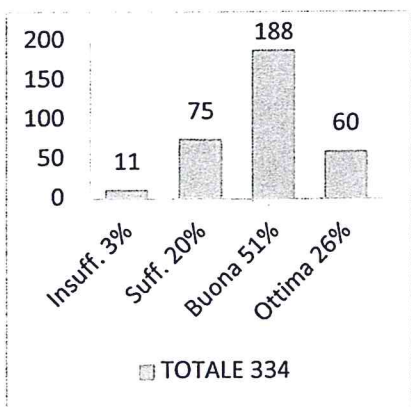
### Pulizia e igiene bagni



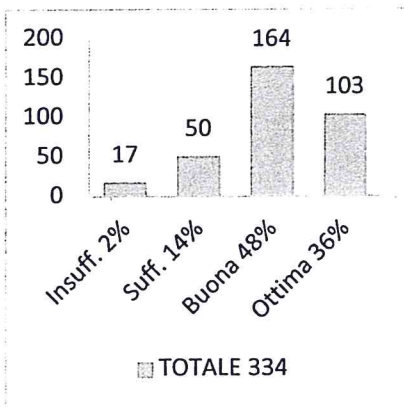
### Qualità dei Pasti



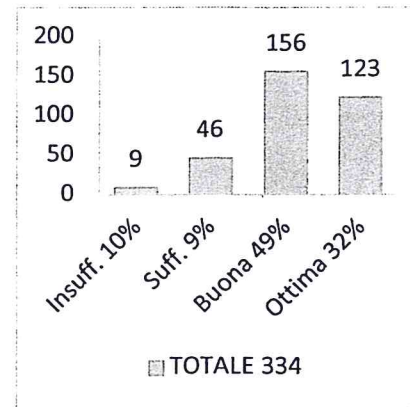
### Orario dei pasti



### Tranquillità e silenzio



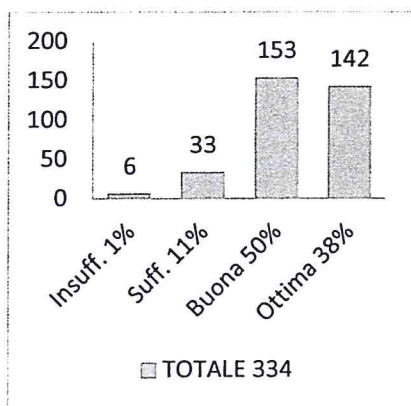
### Uso di TV Bar Cappella ecc..



Nelle **note e suggerimenti** evidenziati dai pazienti oltre agli elogi riferiti ai Medici e personale infermieristico viene fatto riferimento alla carenza di personale dedicato all'assistenza dei pazienti post-operati, a consentire per tempi più lunghi la presenza dei parenti per periodo post-operatorio e maggiore manutenzione degli infissi e finestre delle stanze di degenza oltre al sistema di aria condizionata nelle stanze. In alcune stanze viene segnalata la ristrutturazione dei servizi igienici.

Dalle **note e suggerimenti** espressi dei questionari, 80 pazienti 31% dei 259 intervistati lamentano cibo di scarsa qualità, freddo e con poca scelta, il 14% appena sufficiente, inoltre si lamenta il disagio nel far coincidere l'orario dei pasti con quello di visita.

### VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA STRUTTURA



In conclusione il seguente ultimo grafico offre una panoramica della **Valutazione Complessiva** che i pazienti intervistati hanno dichiarato per tutti i Servizi Ospedalieri.

Reparti di degenza

Al di là delle valutazioni ottenute, tale indagine volge a porsi come obiettivo per migliorare la qualità dei servizi offerti contemplati nella carta dei servizi dell'Ente anche come una opportunità positiva di incontro tra personale delle Unità Operative e cittadini, apprezzato da entrambe le parti.

A questo Audit ha partecipato il personale sanitario e i volontari ospedalieri che hanno distribuito i questionari contribuendo all'elaborazione di questa indagine in vista del miglioramento dei servizi per la salute dei cittadini.

URP

Coord. Anna Antonia Beatrice

Direttore Sanitario

Roberto Di Paola