

Istituto Giannina Gaslini



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
DELL'ISTITUTO GIANNINA GASLINI
ANNO 2020

Premessa

La relazione sulla performance è uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ciascuna Pubblica Amministrazione illustra ai cd “portatori di interesse”, sia interni che esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti, rispetto agli obiettivi programmati, rappresentando la conclusione del ciclo della performance.

Il Piano della Performance

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 159 del 13 novembre 2017 era stato approvato il Piano della Performance 2017-2019 ed il relativo sistema di misurazione e valutazione della performance, volto a favorire il miglioramento continuo del contributo apportato da ciascun professionista, sia che si tratti di centro di responsabilità, di equipe professionale o di singolo individuo, al raggiungimento degli obiettivi dell’Istituto. Tale provvedimento ha costituito anche linea guida per la contrattazione aziendale integrativa.

Ambiti e dimensioni della valutazione

Il sistema della performance di cui al richiamato provvedimento si articola nelle aree di seguito descritte:

Performance aziendale-organizzativa

La Performance aziendale – organizzativa costituisce il denominatore comune del sistema in quanto al di sotto di una certa soglia dello Score di performance aziendale non si determinano gli effetti incentivanti derivanti dalla valutazione della performance individuale, secondo una scala di incisività effettiva differente per tipologia di lavoratori.

Performance organizzativa di struttura

La performance organizzativa di struttura è correlata al grado di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla struttura di riferimento. I risultati trovano riscontro in una scheda specifica per ciascuna unità operativa.

Comportamenti, competenze e capacità di valorizzare l’ambiente e i collaboratori

La valutazione dei comportamenti, competenze e capacità di relazione trovano riscontro nella scheda di valutazione individuale della Performance.

Atteso che l’anno 2020 è stato purtroppo caratterizzato dall’andamento della pandemia Covid-19 e che conseguentemente:

- l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in data 30 gennaio 2020 ha dichiarato l’epidemia da COVID-19 una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e che con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato lo stato di emergenza tuttora in corso sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

- l'epidemia da COVID-19 a partire dal mese di marzo 2020, alla luce delle disposizioni nazionali e regionali intervenute a più riprese in base agli indici di diffusione del virus, ha comportato anche per l'Istituto ricorrenti interventi organizzativo/funzionali sui quali si sono orientate tutte le azioni comprese quelle concernenti gli obiettivi di performance;
- il piano di budget per l'anno 2020 è stato oggetto di riposizionamento dovuto alle azioni che si sono rese necessarie per fronteggiare la pandemia dovuta a COVID-19;
- nelle more della costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione il quale avrà, tra l'altro, il compito di approntare proposte e raccomandazioni al Direttore Generale sul ciclo della Performance in particolare nella scelta degli indicatori di efficienza e di efficacia in base a quelle che saranno le scelte strategiche proprie dei nuovi Organi istituzionali, si è ritenuto di fare riferimento ai principi generali di cui alla ricordata deliberazione n. 159/2017 con la quale il CdA dell'Istituto aveva approvato il Piano triennale della Performance 2017-2019.

Valutazione 2020

1. Performance aziendale-organizzativa

Il sistema di indicatori è stato articolato nelle seguenti dimensioni di valutazione:

1. Dimensione della centralizzazione del paziente e della famiglia nei percorsi di cura
che comprende.

- I. Area accesso alle cure
- II. Area accoglienza ed umanizzazione delle cure
- III. Area appropriatezza delle prestazioni

2. Dimensione dei processi di diagnosi e cura
che comprende:

- I. Area prestazioni in costanza di ricovero
- II. Area outpatient
- III. Area percorsi diagnostico assistenziali
- IV. Area valutazione degli esiti

3. Dimensione della qualità delle cure e gestione del rischio clinico
che comprende:

- I. Area standard centrati sul paziente
- II. Area standard centrati sull'organizzazione
- III. Area anti corruzione e trasparenza

4. Dimensione innovazione e sviluppo
che comprende:

- I. Area ricerca
- II. Area formazione continua ed aggiornamento del personale

5. Dimensione dell'equilibrio economico

che comprende:

- I. Area valorizzazione della produzione
- II. Area rispetto equilibrio economico

L'Istituto Gaslini è tenuto anche al rispetto degli obiettivi regionali fissati annualmente per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

L'UOC Controllo di Gestione, Qualità e Sicurezza, su mandato del Direttore Generale, ha proceduto alla verifica del conseguimento degli obiettivi analiticamente previsti dalla scheda di performance aziendale-organizzativa.

L'insorgenza della pandemia da Covid-19, come sopra ricordato, ha determinato l'assunzione di misure emergenziali per il contenimento dei contagi.

In coerenza con le disposizioni ministeriali e regionali, in concomitanza con il lockdown iniziato il 9 marzo 2020, si è proceduto ad una sostanziale rideterminazione del sistema di offerta delle prestazioni; le limitazioni alla mobilità hanno significativamente ridotto il flusso di pazienti provenienti da fuori regione ed il programma di budget è stato sospeso fino al successivo mese di maggio 2020.

Con deliberazione n. 28 in data 11 maggio 2020 il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto ha approvato la rimodulazione del piano di budget 2020.

In via assolutamente eccezionale il programma di budget 2020 ha avuto valenza esclusivamente ad insistere sul periodo maggio-dicembre 2020.

Ai fini della valutazione dei risultati è stato pertanto introdotta una soglia di tolleranza fra il risultato atteso e risultato conseguito riferito ai "processi dell'attività" del 15% per le aree medica e chirurgica e del 30% per i servizi.

Quanto sopra premesso, per quanto riguarda la performance aziendale-organizzativa di seguito si riportano gli indicatori per l'anno 2020 che hanno determinato, con le precisazioni sopra indicate per quanto riguarda le soglie di tolleranza introdotte, un punteggio complessivo di 99,96.

In tabella 1 vengono riportati i risultati conseguiti per ciascun item.

Indicatori di Performance aziendale-organizzativa				
Anno 2020				
SISTEMA DEGLI INDICATORI	VALORE ATTESO	RISULTATO	SOGLIA DI TOLLERANZA	PUNTEGGIO
Dimensione della centralizzazione del paziente e della famiglia nei percorsi di cura				
Area accesso alle cure				
Tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali	Rispetto della tempistica secondo classe di priorità	Obiettivo conseguito classi U e B (report disponibili presso ufficio qualità)	5%	4,76
% ricoveri da PS	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget % ricoveri da PS < = 15%	Obiettivo conseguito risultato 13,16 (allegato 1)	15%	4,76
Area accoglienza e umanizzazione delle cure				
Progetto accoglienza pazienti stranieri	Rispetto del cronoprogramma Gaslini International	Obiettivo conseguito accoglienza del 100% dei pazienti pianificati		4,76
Esito questionari Customer Satisfaction	Esecuzione di almeno un customer	Obiettivo conseguito customer qualità del servizio (allegato 2)		4,76
Area appropriatezza delle prestazioni				
TC Classi di Robson e NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex)	Secondo Indicazioni Piano Nazionale Esiti: < = 24% del parti totali	Obiettivo conseguito 19,45% del parti totali (allegato 4)	5%	4,76
Durata media della degenza	Rispetto dei volumi attesi a budget: D.M. < = 5,63	Obiettivo conseguito: D.M. 5,17 (allegato 5)	5%	4,76
Dimensione dei processi di diagnosi e cura				
Area prestazioni in costanza di ricovero				
n. dimessi in ricovero ordinario	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget n. dimessi in ricovero ordinario 8.597	Obiettivo conseguito: n. dimessi in ricovero ordinario 9.700 (allegato 5 pg 2)		
% dimessi da FR	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget dimessi da FR 3.100	Obiettivo conseguito: dimessi da FR 4.663 (allegato 5 pg 2)		
N. cicli	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget n. accessi cicli 14.000	Obiettivo conseguito: N. accessi cicli 12.867 (allegato 5 pg 2)		
N. prestazioni diagnostico terapeutiche in sedazione	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget n. prestazioni diagnostico terapeutiche in sedazione 5.600	Obiettivo conseguito: N. prestazioni diagnostico terapeutiche in sedazione 4.348 (allegato 5 pg 2)	15%	4,76
Peso Medio ricovero ordinario	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget peso medio ricovero ordinario 1,11	Obiettivo conseguito: Peso Medio ricovero ordinario 1,11 (allegato 5 pg 2)	5%	4,76
Area outpatient				
N. Prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget n. prestazioni ambulatoriali 357.146	Obiettivo conseguito: N. Prestazioni ambulatoriali 303.772 (allegato 5 pg 2)	15%	4,76
N. pazienti assistiti in Hospice	Rispetto dei volumi attesi a budget: obiettivo di budget n. pazienti assistiti in Hospice 23	Obiettivo conseguito: n. pazienti assistiti in Hospice 42 (allegato 6)	5%	4,76
Area percorsi diagnostico assistenziali				
Revisione sistema documentale e attivazione nuova piattaforma intranet	Completa messa in atto e completamento popolazione diverse sezioni	Obiettivo conseguito: A regime nuovo archivio documentale sistema qualità e relativa implementazione	Evidenza web	4,76
Area valutazione degli esiti				
Prevenzione controllo infezioni correlate ai reparti assistenziali	Monitoraggio micro organismi alert, consumo soluzioni alcoliche lavaggio mani e adesione a procedura lavaggio mani	Obiettivo conseguito: Evidenza reportistica (allegato 7)	Attestazione CCD	4,76
Dimensione della qualità delle cure e gestione del rischio clinico				
Area standard centrati sul paziente				
Verifica della documentazione sanitaria nel percorso di cura del paziente	Verifica compilazione cartella clinica elettronica secondo sistema di indicatori codificato	Obiettivo conseguito: Evidenza reportistica (report archiviati ufficio qualità allegato 7)	Attestazione CCD	4,76
Area standard centrati sull'organizzazione				
Adozione strumenti analisi pro attiva e reattiva del rischio	Almeno una FMEA anno e RCA per ogni evento sentinella	Obiettivo conseguito: Evidenza reportistica (Allegato 8)		4,76
Segnalazioni eventi avversi/near miss	Segnalazioni effettuate su sistema informatizzato intranet rispetto a non conformità	Obiettivo conseguito: Evidenza reportistica (allegato 7)		4,76
Area anticorruzione e trasparenza				
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	Compilazione documenti ANAC	obiettivo conseguito		
Dimensione innovazione e sviluppo				
Area ricerca				
Impact factor	Almeno mantenimento della produttività scientifica in termini quali-quantitativi	IF Obiettivo conseguito: 2019: 1592,492 2020: 1744,532	5%	4,76
N. pubblicazioni su riviste nel catalogo pubmed	Almeno mantenimento della produttività scientifica in termini quali-quantitativi	N. pubblicazioni Obiettivo conseguito: 2019: 411 2020: 468	5%	4,76
Area formazione continua e aggiornamento del personale				
Redazione e rispetto dei contenuti del Piano formativo aziendale	Rispetto del cronoprogramma	Obiettivo conseguito: Vedi relazione (allegato 9)		4,76
Crediti ECM	Rispetto del cronoprogramma	Obiettivo conseguito: Vedi relazione (allegato 9)		4,76
Dimensione dell'equilibrio economico				
Area della valorizzazione della produzione				
Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della legge 145/2019 art. 1 comma 865		Obiettivo conseguito		4,76
Area Rispetto equilibrio economico				
Salvo eventuali costi emergenti per far fronte alla pandemia che non trovano altrimenti copertura		Obiettivo conseguito		4,76
Totale punteggio				99,96

2. Valutazione della performance di struttura

Il sistema di valutazione della performance di struttura è correlato al piano di budget e riprende i macro obiettivi più significativi previsti dalla scheda predisposta per ciascuna UOC/UOSD.

Gli obiettivi sono articolati nelle seguenti prospettive:

- Processi dell'attività
- Economica finanziaria
- Obiettivi strategici, qualità e ricerca.

Il Controllo di Gestione, avvalendosi del Comitato di Budget, effettua in corso d'anno il monitoraggio costante e puntuale degli obiettivi assegnati alle strutture con le schede di budget e conclude di norma entro il mese di marzo dell'anno successivo la valutazione annuale da sottoporre all'OIV dell'Istituto.

In tabella 2 vengono riportati i punteggi conseguiti da ciascuna UOC ed UOSD, di area clinica ed amministrativa, circa i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di budget.

Ai fini della valutazione dei risultati, anche per questa area di valutazione, è stata introdotta una soglia di tolleranza fra il risultato atteso e risultato conseguito riferito ai "processi dell'attività" del 15% per le aree medica e chirurgica e del 30% per i servizi.

Per quanto riguarda le strutture dell'area tecnico-amministrativa e/o di staff, si è fatto riferimento alle singole relazioni di dettaglio riferite agli obiettivi definiti nelle rispettive schede di budget, agli atti della UOC Controllo di Gestione, Qualità e Sicurezza. La valutazione degli uffici di direzione generale, sanitaria, amministrativa e DIPS fa riferimento alla valutazione generale di azienda.

Per quanto riguarda la valutazione dei Laboratori di ricerca l'oggetto di valutazione è rappresentato dalla produttività scientifica assumendo quale indicatore il valore di Impact Factor ministeriale e attribuendo un punteggio direttamente proporzionale al valore riscontrato, fino ad un massimo del 100%.



Controllo di Gestione, Qualità e Sicurezza
Salario di risultato 2020

Unità Operative/UOSD	Punteggio conseguito
Anatomia Patologica	75
Cardiochirurgia - UOSD Team Missioni chirurgiche internazionali	70
Cardiologia - UOSD Centro di terapia sub intensiva delle cardiopatie	95
Immunoematologia e medicina trasfusionale	95
Chirurgia pediatrica - UOSD Centro di chirurgia toracica e delle vie aeree	90
Clinica pediatrica e endocrinologia	90
Dermatologia e centro angiomi	95
Genetica umana	100
Laboratorio analisi	85
Malattie infettive - Ospedale Covid	100
Medicina fisica e riabilitazione	85
Nefrologia dialisi e trapianto	90
Neurochirurgia	100
Neurologia pediatrica e malattie muscolari - UOSD Centro di miologia traslazione e sperimentale	80
Neuroradiologia - UOSD Centro di neuroradiologia e radiologia interventistica	100
Neuropsichiatria infantile	80
Oculistica	85
Odontostomatologia e ortodonzia pediatrica	95
Polo ematologico (Oncologia, Ematologia, UTMO, Neuroncologia, Emostasi e trombosi)	85
Ortopedia - UOSD Centro di chirurgia ricostruttiva e della mano	80
Ostetricia e Ginecologia	85
Otorinolaringoiatria	95
Patologia Neonatale e NIDO	100
Clinica Pediatrica e reumatologia - UOSD Centro malattie rare - UOSD Centro malattie autoinfiammatorie e immunodeficienze	90
Gastroenterologia pediatrica ed endoscopia digestiva	90
Pneumologia pediatrica ed endoscopia respiratoria	75
Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso	100
Radiologia	100
UOSD Assistenza domiciliare	95
UOSD Centro di allergologia	100
UOSD Centro di anestesia e analgesia ostetrico ginecologica	95
UOSD Centro di fibrosi cistica	90
UOSD Terapia intensiva neonatale e pediatrica	85
UOSD Centro di dialisi	95
UOSD Centro nutrizionale	95
UOSD Centro di diagnostica ginecologica e patologia feto perinatale	95
UOSD Centro di psicologia	95
UOSD Anestesiologia, terapia del dolore acuto e procedurale	100
Medicina fetale e perinatale	95
Hospice	95
Laboratori di ricerca	Punteggio conseguito
UOSID Centro Trial	72
Genetica medica	100
Laboratorio Biologia molecolare	58
Laboratorio terapie sperimentali in oncologia	56
Laboratorio di Immunologia clinica e sperimentale	54
Laboratorio di cellule staminali post natali e terapie cellulari	78
Epidemiologia e Biostatistica	100
Laboratorio di genetica e genomica della malattie rare	87
Direzioni e Servizi di Staff	Punteggio conseguito
Direzione Generale, Scientifica, Amministrativa, Centro Formazione e URP	90
Direzione sanitaria	90
Servizi amministrativi sanitari	90
DIPS	90
Controllo di gestione, qualità e sicurezza	90
Servizio Farmacia	90
Servizio Prevenzione e Protezione	90
UOC Amministrative	Punteggio conseguito
Uoc servizi tecnici	90
Uoc acquisti beni e servizi	90
Uoc bilancio contabilità e finanza	90
Uoc gestione e risorse umane	90
Uoc servizi informatici	90
Uoc affari generali e legali	90

Valutazione della performance individuale

Il sistema di valutazione della Performance individuale è finalizzato alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane ed è pertanto incentrato sulle prestazioni individuali e sui comportamenti e le competenze del singolo dirigente.

Il sistema di valutazione delle prestazioni del personale, nel periodo di riferimento che intercorre fra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ciascun anno, si configura come sistema integrato di misurazione basato sul contributo assicurato alla performance di ciascuna struttura, sulla assegnazione di specifici obiettivi individuali e sulla valutazione individuale di cui al capoverso successivo. Tutte le schede di valutazione individuale del personale sono agli atti della UOC Gestione Risorse Umane.

Ciò premesso, la presente relazione evidenzia la misura degli esiti degli obiettivi aziendali, di struttura ed individuali assegnati per l'anno 2020 ai direttori di struttura complessa, ai dirigenti responsabili di struttura semplice dipartimentale e/o articolazione delle strutture complesse, di area clinico-assistenziale, di ricerca e tecnico-amministrativa e di staff alla direzione generale.

Tutta la documentazione inerente il sistema di valutazione della performance è conservata agli atti della UOC Controllo di Gestione, Qualità e Sicurezza, fatta eccezione per le schede di valutazione individuale che, come sopra indicato, sono agli atti della UOC Gestione Risorse Umane.

Conclusioni

Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance 2020 emerge una buona tenuta delle strutture aziendali alle performance prefissate, nonostante le difficoltà e le peculiarità che hanno caratterizzato l'anno 2020 per la preminente necessità di gestire l'emergenza epidemiologica da COVID-19, ed i correttivi introdotti nel sistema di budget unitamente alle soglie di tolleranza sopra descritte.

I fattori esterni rappresentati dall'emergenza epidemiologica, il periodo di lockdown con limitazione delle attività assistenziali ai soli interventi urgenti o non differibili per esigenze cliniche, il successivo graduale riavvio delle attività a partire dal mese di maggio 2020 con una necessaria diversa organizzazione volta a garantire il controllo del contagio e la sicurezza per i pazienti, il loro care giver e gli operatori, hanno impedito il completo raggiungimento di taluni obiettivi, con riguardo ad esempio alla riduzione di attrattività conseguente alle limitazioni alla mobilità che hanno determinato una significativa riduzione del flusso di pazienti provenienti da fuori regione e da altre nazioni.

Per quanto riguarda la prospettiva della qualità delle cure e sicurezza dei pazienti l'Istituto ha garantito anche nell'anno 2020 il mantenimento ed implementazione del proprio programma integrato della qualità 2019-2021 disegnato per generare e mantenere un cultura attenta all'utenza pediatrica. I metodi e strumenti sono stati confermati con l'intento di mantenerne il consolidamento nella professionalità degli operatori, anche attraverso specifica formazione, che

ha visto per la pandemia ovviamente una modificazione nelle modalità di erogazione (webinar vs aula).

Le strutture tecnico-amministrative e di staff hanno infine orientato le loro attività alla gestione delle necessità conseguenti all'emergenza epidemiologica, quali reclutamento straordinario di personale, acquisizione di acquisizioni di beni e servizi aggiuntivi in regime di urgenza anche in un contesto di mercato e di produzione dei beni che è stato reso difficile dall'aumento esponenziale della domanda e per taluni beni dalla diminuzione della capacità produttiva dei fornitori, ne sono esempio gli acquisti di mascherini e di guanti, nonché di reagenti e tamponi per la diagnostica Covid, nonché per l'assolvimento del debito informativo richiesto da regione e ministero. E' stata rispettata la quasi totalità degli obiettivi tenuto anche conto della necessità di garantire, con riguardo in particolare ai periodi di lock down, il massimo contingentamento del personale presente in servizio e l'utilizzo di forme di lavoro flessibili consentite dal regime straordinario di smart working, avviato dal mese di marzo 2020.


IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Renato Botti)

Genova, 4 giugno 2021