

**PERFORMANCE COLLETTIVA ANNO 2023 – ANALISI GRADO DI
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET**

In data 25/07/2024 si è svolto un incontro tra l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e la Direzione dell'ISPRO, finalizzato all'analisi ed alla discussione del livello di raggiungimento degli obiettivi budgetari dei diversi Centri di Responsabilità dell'Istituto, condotta sulla base della documentazione già trasmessa all'OIV.

Il Direttore Generale apre la seduta illustrando le linee strategiche sottese alla redazione del Budget per l'anno 2023, anticipando anche le determinanti della redazione della programmazione Budgetaria per il corrente anno.

Venendo all'analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi per l'Anno 2023, dopo una prima rappresentazione di sintesi, riportata nella tabella a seguire e finalizzata ad illustrare il risultato complessivo riferito a ciascuno dei segmenti organizzativi dell'Ente, si concorda di approfondire la discussione in merito alle strutture ed agli obiettivi per i quali non sia stato conseguito il pieno raggiungimento, seguendo l'ordine espositivo delle strutture, quale riportato nella predetta tabella.

TABELLA RIEPILOGATIVA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET PER CDR ANNO 2023			
CDR	OBIETTIVO		
	RAGGIUNTO	RAGGIUNGIBILE (al netto dei non valutabili)	% CORRETTA
S.S. AREA INFERMIERISTICA	88	90	98
S.S. AREA TECNICO SANITARIO	86	100	86
S.C. SCREENING E PREVENZIONE SECONDARIA	93	100	93
S.S. CENTRO DI RIABILITAZIONE ONCOLOGICA	90	90	100
S.C. SENOLOGIA	90	90	100
S.C. LABORATORIO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA	96	100	96
S.C. CORE RESEARCH LABORATORY	100	100	100
S.S. IGIENE, ORGANIZZAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI	99	100	99
S.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO	92	100	92
S.C. EPIDEMIOLOGICA DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA	83	85	98
S.C. ATTIVITA' TECNICO AMMINISTRATIVE	70	85	82
S.S. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE RISORSE ECONOMICHE	100	100	100

La Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa procedono all'analisi degli "scostamenti" verificati a consuntivo, quali sinteticamente riportati a seguire, per ciascuna Struttura:

• **S.S. Area Infermieristica.**

L'unico obiettivo non interamente conseguito, bensì al 70%, riguarda il “*Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening*”; sulla base di parametri definiti, per il 2023 è emerso quanto segue:

- **Mammografico:** l'84% dei richiami è avvenuto entro i 28 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 93,33% (Formula: $84/90$).
- **Cervice:** il 64% dei richiami per HPV ed il 69% dei richiami per Pap Test è avvenuto entro i 60 giorni dello standard, che è pari almeno all'80%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo all'83,13% (Formula: $((64/80)+(69/80))/2$).
- **Colon:** il 29% dei richiami è avvenuto entro i 30 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 32,22% (Formula: $29/90$).

La media aritmetica dei 3 valori relativi al risultato conseguito per ciascuno dei 3 screening ($93,33 - 83,13 - 32,22$) determina il valore del complessivo raggiungimento dell'obiettivo di Budget, pari al 69,56% ed al conseguente arrotondamento all'intero valore di 70% e, quindi, **ai 3 punti attribuiti rispetto ai 5 dell'obiettivo.**

OBIETTIVI NON VALUTABILI: Sulla base di certificazione del Responsabile SS Valutazione Screening, l'indisponibilità del dato ha determinato la NON VALUTABILITA' di nr. 2 indicatori (“*Adesione colonscopia dei positivi al primo livello*” e “*Adesione approfondimenti dei positivi al primo livello*”). Sterilizzati complessivi 10 punti.

• **S.S. Area Tecnico Sanitario.**

PRIMO obiettivo non interamente conseguito, bensì al 70%, riguarda il “*Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening*”; sulla base di parametri definiti, per il 2023 è emerso quanto segue:

- **Mammografico:** l'84% dei richiami è avvenuto entro i 28 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 93,33% (Formula: $84/90$).
- **Cervice:** il 64% dei richiami per HPV ed il 69% dei richiami per Pap Test è avvenuto entro i 60 giorni dello standard, che è pari almeno all'80%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo all'83,13% (Formula: $((64/80)+(69/80))/2$).
- **Colon:** il 29% dei richiami è avvenuto entro i 30 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 32,22% (Formula: $29/90$).

La media aritmetica dei 3 valori relativi al risultato conseguito per ciascuno dei 3 screening ($93,33 - 83,13 - 32,22$) determina il valore del complessivo raggiungimento dell'obiettivo di Budget, pari al 69,56% ed al conseguente arrotondamento all'intero valore di 70% e, quindi, **ai 3 punti attribuiti rispetto ai 5 dell'obiettivo.**

SECONDO obiettivo, non interamente conseguito, bensì all'80%, riguarda la “*Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 5 procedure da aggiornare/rivalidare)*”. Delle 5 procedure, 4 sono state oggetto di revisione, pari, dunque, all' 80%. (Formula: $4/5$) e, quindi **agli 8 punti attribuiti rispetto ai 10 dell'obiettivo.**

TERZO obiettivo, non interamente conseguito, bensì allo 0%, riguarda l'“*Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza*”, finalizzato ad avere Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre. Essendosi riscontrato nr. 1 rilievo, il raggiungimento è pari, dunque, allo 0%. e, quindi **a 0 punti attribuiti rispetto ai 10 dell'obiettivo.**

• S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

PRIMO obiettivo, non interamente conseguito, bensì al 70%, riguarda il “*Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening*”; sulla base di parametri definiti, per il 2023 è emerso quanto segue:

- **Mammografico:** l'84% dei richiami è avvenuto entro i 28 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 93,33% (Formula: $84/90$).
- **Cervice:** il 64% dei richiami per HPV ed il 69% dei richiami per Pap Test è avvenuto entro i 60 giorni dello standard, che è pari almeno all'80%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo all'83,13% (Formula: $((64/80)+(69/80))/2$).
- **Colon:** il 29% dei richiami è avvenuto entro i 30 giorni dello standard, che è pari almeno al 90%. Da ciò emerge il raggiungimento dell'obiettivo al 32,22% (Formula: $29/90$).

La media aritmetica dei 3 valori relativi al risultato conseguito per ciascuno dei 3 screening ($93,33 - 83,13 - 32,22$) determina il valore del complessivo raggiungimento dell'obiettivo di Budget, pari al 69,56% ed al conseguente arrotondamento all'intero valore di 70% e, quindi, **ai 6 punti attribuiti rispetto agli 8 dell'obiettivo.**

SECONDO obiettivo, non interamente conseguito, bensì allo 0%, riguarda l'“*Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza*”, finalizzato ad avere Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre. Essendosi riscontrato nr. 1 rilievo, il raggiungimento è pari, dunque, allo 0%. (e, quindi **a 0 punti attribuiti rispetto ai 5 dell'obiettivo.**

• S.C. Centro di Riabilitazione Oncologica

OBIETTIVI NON VALUTABILI: L'obiettivo “*Attivazione del Flusso SLAR secondo il cronoprogramma regionale*” è stato ritenuto non valutabile, poiché da Regione differita la partenza del flusso all'anno 2024. Complessivi 10 punti

• S.C. Senologia

OBIETTIVI NON VALUTABILI: L'obiettivo “*Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico*” è stato ritenuto non valutabile, causa l'oggettiva difficoltà di sviluppare intese interaziendali, conseguenti ai numerosi cambi al vertice delle Direzioni nel corso dell'anno. Sterilizzati Complessivi 10 punti

• S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

L'unico obiettivo non interamente conseguito, bensì al 45%, riguarda l'“*IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni*”. Dal momento che l'impact factor del 2023 è stato pari a 21,30 ed il medio degli ultimi 3 anni era pari a 47,41, il rapporto tra i due valori determina quello del complessivo raggiungimento dell'obiettivo di Budget, pari al 44,93% ed al conseguente arrotondamento all'intero valore di 45% e, quindi, **ai 4 punti attribuiti rispetto agli 8 dell'obiettivo.**

• S.S. Igiene, organizzazione e governo dei servizi sanitari

L'unico obiettivo non interamente conseguito, bensì al 93%, riguarda la “*Collaborazione alla definizione del piano pluriennale di indirizzo*” ed alla relativa Redazione Bozza Piano Regionale di Indirizzo entro novembre 2023. La Bozza è stata redatta con 22 giorni di ritardo rispetto al termine stabilito, con una “*eccedenza*”, dunque del 7%, che ha comportato il raggiungimento al 93% ($100\%-7\%$) e, quindi, **ai 14 punti attribuiti rispetto ai 15 dell'obiettivo.**

• **S.C. Epidemiologia Clinica e di Supporto al Governo Clinico**

L'unico obiettivo non interamente conseguito, bensì al 47%, riguarda il “*Completamento inserimento Registro Tumori Anno 2019 (100%) e avvio inserimento Anno 2020 (almeno 20%)*”, obiettivo il cui indicatore specifico consisteva nel rapporto tra inserimenti effettuati/casi da inserire dell'anno 2019 e 2020. Il dato a consuntivo ha fatto registrare il 53% degli inserimenti per l'anno 2019 (*versus il 100% atteso*) ed il 3% degli inserimenti per l'anno 2020 (*versus il 20% atteso*). Da ciò deriva il 46,67% di raggiungimento dell'obiettivo di Budget ed il conseguente arrotondamento al 47% (*Formula: (53+3)/120*) e, quindi, **ai 7 punti attribuiti rispetto ai 15 dell'obiettivo.**

• **S.C. Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita**

L'unico obiettivo non interamente conseguito, bensì al 63%, riguarda l'“*IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni*”. Dal momento che l'impact factor del 2023 è stato pari a 334,85 ed il medio degli ultimi 3 anni era pari a 531,35, il rapporto tra i due valori determina quello del complessivo raggiungimento dell'obiettivo di Budget, pari al 63,02% ed al conseguente arrotondamento all'intero valore di 63% e, quindi, **ai 3 punti attribuiti rispetto ai 5 dell'obiettivo.**

OBIETTIVI NON VALUTABILI: L'obiettivo “*Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico*” è stato ritenuto non valutabile, causa l'oggettiva difficoltà di sviluppare intese interaziendali, conseguenti ai numerosi cambi al vertice delle Direzioni nel corso dell'anno. Sterilizzati Complessivi 15 punti

• **S.C. Attività Tecniche Amministrative**

PRIMO obiettivo non interamente conseguito, bensì al 50%, riguarda la “*Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)*”. Delle 2 procedure, 1 è stata oggetto di revisione, pari, dunque, al 50%. (*Formula: 1/2*) e, quindi **ai 5 punti attribuiti rispetto ai 10 dell'obiettivo.**

SECONDO obiettivo non interamente conseguito, bensì allo 0%, riguarda la “*Predisposizione indicatori di valutazione sull'applicazione della procedura AP005*”. Non sono stati prodotti gli indicatori attesi e, dunque, ne consegue lo 0%, quindi **0 punti attribuiti rispetto ai 10 dell'obiettivo.**

OBIETTIVI NON VALUTABILI: Sulla base di certificazione del Referente Qualità ed Accredimento, gli obiettivi “*Aggiornamento deliberazione 210/2021 in coerenza con quanto richiesto dai requisiti aziendali sul modello organizzativo della rete qualità e sicurezza*” e “*Collaborazione alla stesura job description per le figure della rete qualità e sicurezza con quota oraria dedicata*” sono da considerare non valutabili, causa messa a punto e definizione strutturale della Rete Qualità e Sicurezza. Sterilizzati Complessivi punti 15.

Il Direttore Generale - Avv. Katia Belvedere _____

Il Direttore Sanitario - Dr. Roberto Gusinu _____

Il Direttore Amministrativo – Dr. Enrico Volpe _____

L'Organismo Indipendente di Valutazione – Avv. Marco Lovo _____