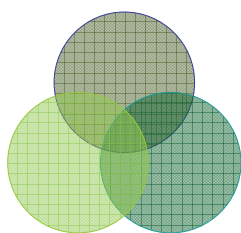


IRCCS - ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”



**PIANO DELLA PERFORMANCE
2019- 2021**

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO E FINALITÀ – FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI *STAKEHOLDER*

2.1 CHI SIAMO

2.2 COSA FACCIAMO

2.3 COME OPERIAMO

3. IDENTITÀ E FUNZIONAMENTO

3.1 LE ATTIVITÀ CARATTERISTICHE

3.2 L'ORGANIZZAZIONE E L'ASSETTO POSTI LETTO

3.3 L'IRCCS IN "CIFRE" – ANDAMENTO PRODUZIONE E INDICATORI DI ATTIVITÀ BIENNIO 2017-2018

4. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

4.1 ANALISI DEL CONTESTO E MATRICE SWOT

4.2 ALBERO DELLA *PERFORMANCE*

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI – TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI 2019

6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

6.1 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA - PROCESSO DI BUDGET

6.2. SISTEMA DI MISURAZIONE

6.3 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

7. INTEGRAZIONE TRA CICLO DELLA PERFORMANCE E PROCESSI DI TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

8. AGGIORNAMENTO DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

1. Presentazione del Piano e Finalità

Il Piano della *performance* è il documento programmatico, previsto dall'art. 10 del d.lgs 150/2009, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento alle risorse presenti, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Istituto. Da questo documento discendono quindi gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori. Il Piano della Performance assume rilevanza sul piano strategico, assumendo al contempo una funzione di pianificazione, programmazione, monitoraggio e valutazione.

Il Piano della Performance si integra con il Piano per la Trasparenza e prevenzione della corruzione, individuando specifici obiettivi comuni, mediante l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

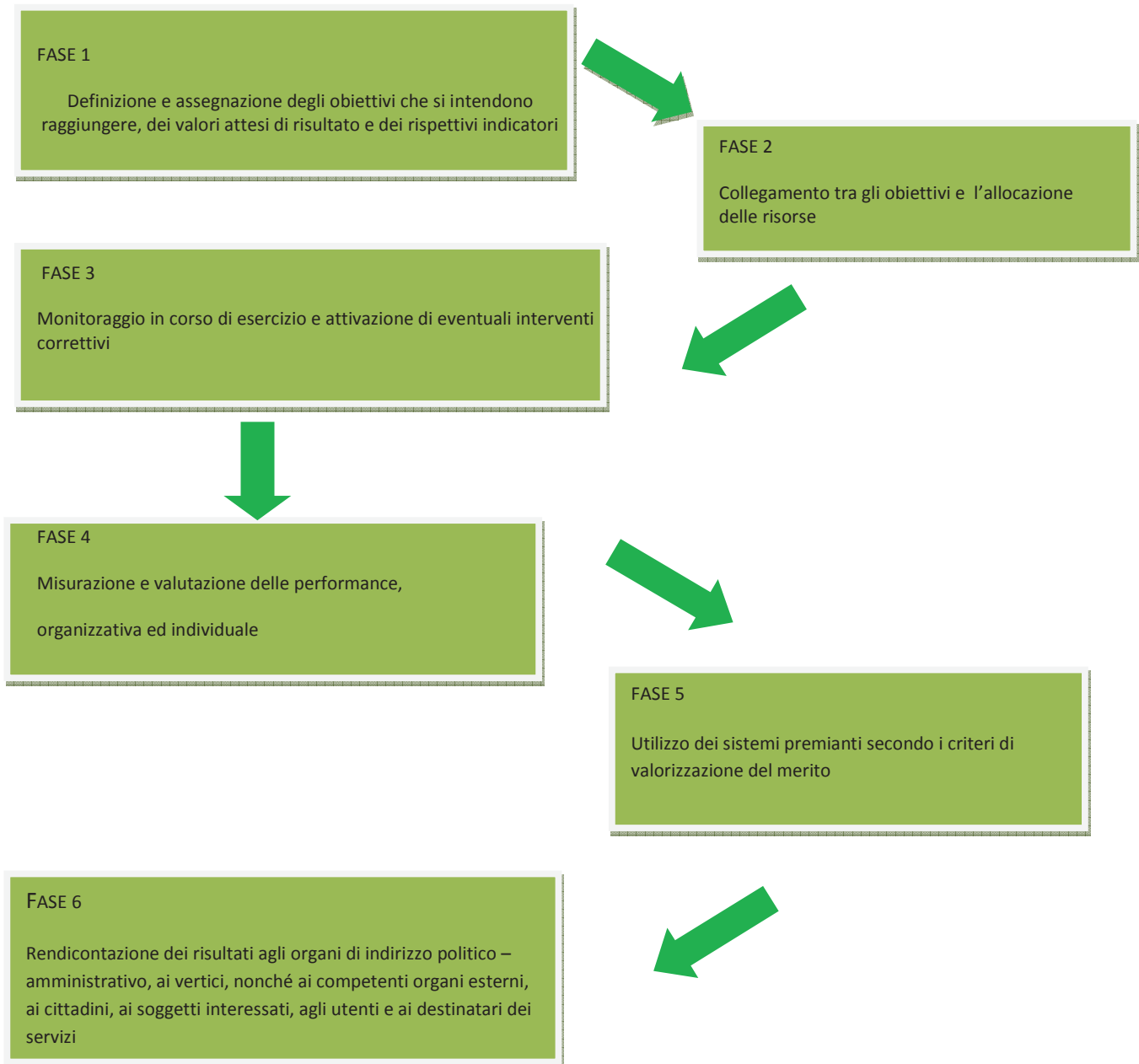
Il Piano tiene conto dei seguenti riferimenti normativi:

- Delibera CIVIT n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance"
- D.lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- L.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Il Piano della Performance 2019-2021 tiene conto dell'ultimo assetto della Direzione Strategica sancito con DDG n. 626/2018 e richiama gli obiettivi generali di assistenza e di ricerca fissati con i precedenti Piani della Performance 2017-2019 e 2018-2020.

Tanto in considerazione della scadenza dell'incarico del C.I.V. dell'IRCCS, non ancora ricostitutosi, che per espressa previsione della L.R. n.17 del 29/5/2017 (disciplina in materia di organizzazione e funzionamento degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Puglia), assegna al C.I.V. il compito di definire annualmente gli obiettivi di ricerca e assistenza.

FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE



2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder

2.1 Chi siamo

L'**ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II** è un **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**.

Ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 è Istituto di diritto pubblico a rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, confermato con DM 27 febbraio 2006 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.54/2006 e atti successivi, nella specializzazione della "ONCOLOGIA".

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori, istituito con Decreto Prefettizio del 19 gennaio 1933, n. 264243.

Senza interruzioni di continuità, tale Ente ha continuato a svolgere le sue funzioni fino al 20 maggio 1976, quando, con Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 1058, è stato costituito come "Ente Ospedaliero" e definito Ospedale Provinciale Specializzato in Oncologia.

Con Decreto Interministeriale del 13 maggio 1985, l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto quale I.R.C.C.S..

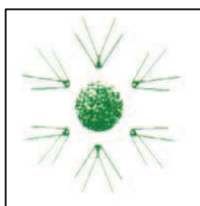
L'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi regionali n. 12 e 14/2006 in attuazione del d.lgs. n. 288/2003 e s.m.i., nonché dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie. Con L.R. n.17 del 29 maggio 2017 la Regione Puglia ha disciplinato, a norma del D.lgs. 288/2003 e dell'Intesa Stato Regioni 2004 e s.m.i., l'organizzazione e il funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione.

L'IRCCS è stato riconosciuto "Clinical Cancer Centre (2015-2020)" dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI), con Delibera n. 146 del 2015, che recepisce il documento OECI che estende tale certificazione fino al 2020.

La sede legale dell'Istituto è in Viale Orazio Flacco 65 – 70124 BARI, dove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca. Previa stipula di accordi ad hoc, l'ITB può esercitare attività presso altre sedi.

L'indirizzo del sito web dell'Istituto è <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>

Il logo dell'Istituto è rappresentato dalla seguente immagine che rappresenta una cellula tumorale "aggredita dalla terapia"; il logo intende esprimere graficamente la mission aziendale.



Nessun logo diverso da quello formalmente approvato può essere utilizzato nella documentazione ufficiale dell'Istituto. È possibile la compresenza, purché autorizzata, del logo di Agenzie o Aziende o Istituzioni nazionali o internazionali, nonché di eventuali sponsor pubblici e privati, purché connesse a iniziative e progetti specifici che coinvolgono l'ITB.

Il patrimonio dell'Istituto è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile.

La partita IVA dell'ITB è la seguente: 0072727020

L'ITB adotta la contabilità economico-patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa inerente alle aziende sanitarie regionali. L'ITB è finanziato sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa tra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante accordi di programma. L'ITB può inoltre beneficiare degli accordi promossi dalla Regione Puglia con altre Regioni, sulla base dei quali sia ritenuto rilevante il coordinamento dell'attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto stesso ovvero il suo inserimento nelle attività previste dai predetti accordi. L'Istituto accetta inoltre donazioni liberali ed usufruisce dei benefici economici previsti dalla norma che disciplina il finanziamento del cosiddetto "5 x mille".

Con DGR 895/2016 avente ad oggetto: "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari" che ha previsto il trasferimento del Servizio di Anatomia Patologica, dell' Unità Operativa di Chirurgia Toracica e del Servizio di Oncologia Medica, si è dato avvio al progetto di rilancio dell'Istituto Tumori, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale.

Tale progetto di rilancio, è stato peraltro confermato da quanto previsto dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 28/02/2017 ad oggetto: "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.)— Approvazione modello organizzativo e principi generali di funzionamento. Recepimento Accordo Stato — Regioni concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il Burden del cancro — Anni 2014-2016", che consacra questo Istituto ad hub della Rete Oncologica Pugliese (ROP).

2.2 Cosa facciamo

L'IRCCS svolge la propria attività nel campo delle patologie oncologiche sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e assistenza secondo un principio di stretto collegamento, perseguendo finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari. Compito fondamentale di questo Istituto Oncologico è contribuire alla definizione del modello di Rete Assistenziale Oncologica, producendo linee guida per la successiva condivisione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) da adottare all'interno della Rete Oncologica Pugliese (ROP).

2.3 Come operiamo

L'IRCCS opera nel rispetto di principi e valori riassumibili come segue:

- **EQUITA'**: nell'accesso alle cure e presa in carico dell'utente viene garantito il principio dell'imparzialità, senza alcuna discriminazione. L'imparzialità regola l'intera azione amministrativa.
- **RISPETTO**: della dignità di ogni individuo.
- **CENTRALITA' DELLA PERSONA**: ogni individuo viene valutato nella sua interezza e nella sua specificità. A tal fine, l'IRCCS adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico.
- **APPROPRIATEZZA**: intesa come insieme di azioni e strumenti messi in campo allo scopo di perseguire le finalità di ricerca e assistenza in modo da garantire risultati qualitativamente validi ed un'economicità nell'impiego delle risorse.
- **TRASPARENZA**: l'IRCCS pone la trasparenza quale valore fondante dell'agire gestionale e dell'organizzazione aziendale; gli adempimenti in materia di trasparenza vengono inseriti negli obiettivi aziendali di budget.
- **SICUREZZA E QUALITA'**: l'IRCCS pone in essere azioni, strumenti e procedure finalizzati alla massima tutela degli utenti e degli operatori.
- **INTEGRAZIONE**: l'IRCCS pone in essere azioni finalizzate all'integrazione tra assistenza e ricerca e tra operatori di diverse discipline (multidisciplinarietà)

3. Identità e Funzionamento

3.1 Le attività caratteristiche

L'Assistenza Clinica

L'ITB svolge la propria attività di assistenza clinica nell'ambito della programmazione Nazionale e Regionale.

In tale contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

L'ITB si colloca come polo oncologico di altissima specializzazione, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche, le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate, inoltre, da prestazioni innovative, qualora riconosciute tali dal Comitato Etico dell'Istituto.

L'ITB adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi-professionale e multi-disciplinare, attraverso la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati al livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.

La Ricerca

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto.

Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, attività di ricerca e di assistenza, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base.

La ricerca si distingue in corrente e finalizzata: è **ricerca corrente** l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica; è **ricerca finalizzata** quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale.

Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente sono definite ed approvate annualmente dal Ministero della Salute.

La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private ed anche nell'effettuazione di ricerche sponsorizzate.

Per la descrizione analitica delle modalità e delle procedure con cui vengono attivate ed autorizzate le iniziative connesse con la Ricerca si rinvia al Regolamento delle attività scientifiche ed al Regolamento Organizzativo dell'Istituto.

La Formazione e la Didattica

La formazione, promossa e gestita in Istituto ha lo scopo di sviluppare le risorse umane sul piano professionale e relazionale, promuovere l'integrazione organizzativa, migliorare la qualità e fornire un'immagine aziendale positiva.

L'Istituto è sede di didattica in ambito oncologico mediante collaborazioni organizzate con Università ed altre Istituzioni, sia con riferimento ai Corsi di Laurea che alle Scuole di Specializzazione e di Formazione Universitaria di II Livello.

Attività di Sperimentazione

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'ITB, e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazione possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e no profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico.

Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto è adottato apposito regolamento in materia di sperimentazioni.

Prodotti delle attività di ricerca

Il D.Lgs. 16 ottobre 2003 n.288 che recita "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico" sancisce espressamente che gli IRCCS "...perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari..." e possono "stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca.

Al fine di un'adeguata gestione dei rapporti con i propri dipendenti – nonché degli eventuali rapporti con soggetti terzi – in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, l'Istituto si dota di opportuno regolamento aziendale.

3.2 L'Organizzazione e l'assetto posti Letto

L'Organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17-bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'ITB. Peraltro il Piano Regionale di Salute della Puglia (Legge Regionale n.23/2008) ha sancito la centralità dell'organizzazione dipartimentale, con l'obiettivo di garantire il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria.

L'organizzazione dell'ITB è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti
- Strutture Complesse (S.C)
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Aree di Ricerca

Si precisa che il termine generico Unità Operativa accorpa in sé sia le strutture complesse che le strutture semplici.

I **Dipartimenti** sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono comuni finalità e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Il funzionamento dei Dipartimenti è disciplinato da apposito Regolamento di Dipartimento, e formalmente adottato ai sensi del presente Atto. Il Direttore del Dipartimento viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di struttura complessa e conserva la direzione della propria Struttura; dura in carica, di norma, 2 anni ed è gerarchicamente sovraordinato ai Direttori di Struttura.

Le Strutture Complesse (SC) sono articolazioni interne al dipartimento con specifico riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specificità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

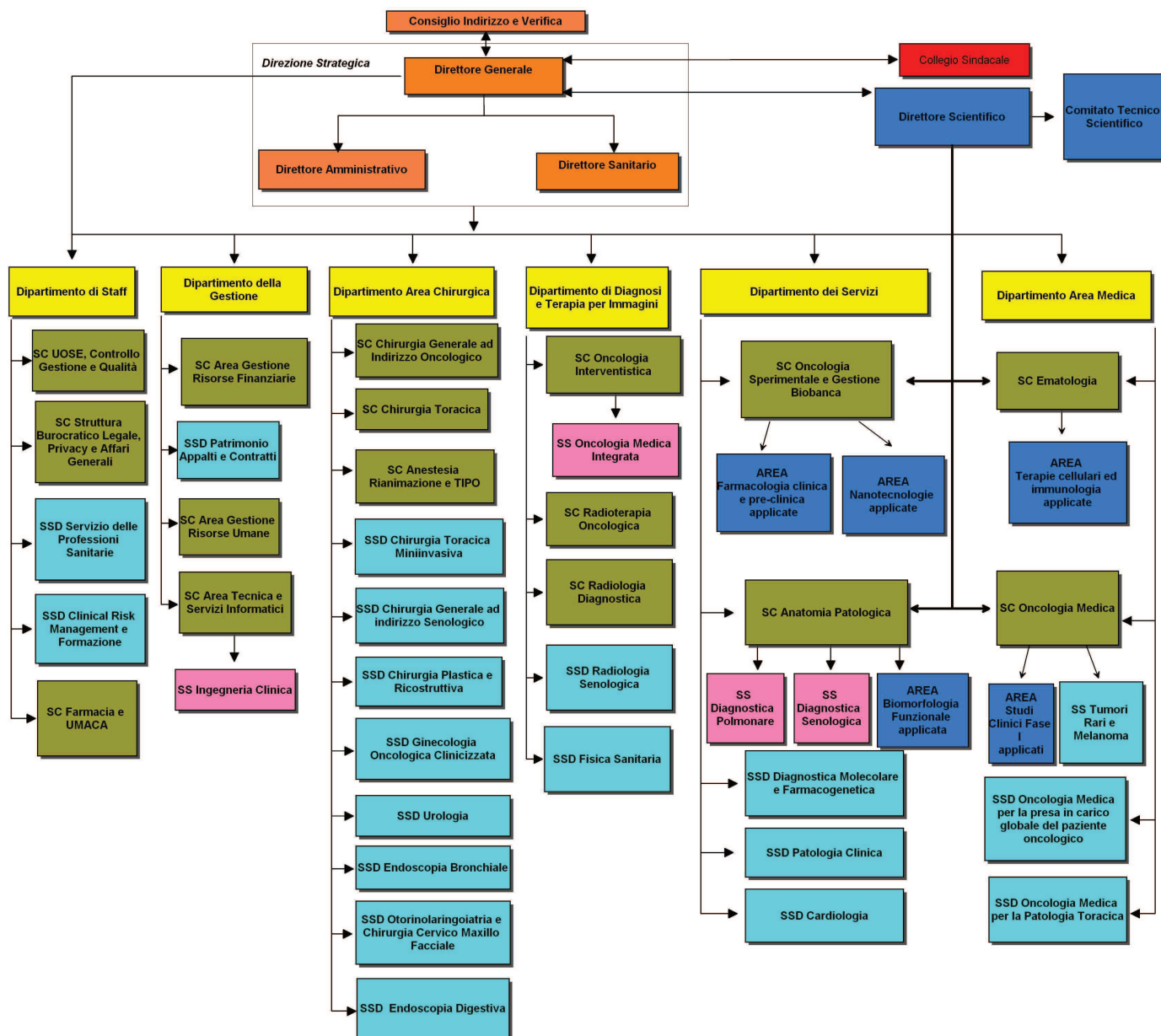
Le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (S.S.D.) sono strutture che in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse).

Le Strutture Semplici (S.S) sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla SS; il conseguimento degli obiettivi della SS e della SC di riferimento concorre alla valutazione individuale e alla definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma, corrisponde ad un unico centro di costo.

Le Aree di ricerca sono aree di attività di norma affidate a professionisti con incarichi professionali di coordinamento la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi.

In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza; tali principi sono sanciti nel Piano Regionale di Salute della Puglia (L.R. n.23/2008).

Le Strutture Organizzative dell'ITB sono, ad oggi, individuate secondo il seguente Organigramma, approvato con provvedimento deliberativo n.626 del 2.08.2018 :



L'ITB è presente nella rete ospedaliera regionale, con 156 posti letto per acuti. Tale dotazione è confermata con DGR n. 1933 del 30 novembre 2016 e successiva DGR n. 53/2018.

ASSETTO POSTI LETTO IRCCS ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"	
UNITÀ OPERATIVA	POSTI LETTO
CHIRURGIA GENERALE	42
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	6
CHIRURGIA TORACICA	16
UROLOGIA	8
ONCOLOGIA	44
TERAPIA INTENSIVA	4
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO MAXILLO FACCIALE	8
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	14
EMATOLOGIA	14
TOTALE POSTI LETTO	156

Annualmente, anche al fine di elaborare correttamente i report di funzionalità, con atto ricognitivo viene definito il numero dei posti-letto attivi, che viene aggiornato tempestivamente anche sulla base delle esigenze epidemiologiche della popolazione di riferimento, della disponibilità della logistica e delle risorse umane e professionali e del rispetto dei criteri di appropriatezza. In tale ottica anche la qualificazione di posti-letto (ordinari o di D-H) può essere variata nel rispetto del numero totale stabilito a livello regionale. Tale flessibilità risponde alla peculiarità del settore di assistenza che deve essere caratterizzato dalla capacità di adattarsi a mutate esigenze assistenziali.

3.3 L'IRCCS in "cifre" – Andamento Produzione e Indicatori di attività Biennio 2017-2018

Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2017 e 2018

L'attività assistenziale dell'Istituto nel corso del 2018 risulta in rilevante incremento rispetto al 2017 sia in termini numerici che di fatturato.

Si riporta di seguito (tab. 1) il dettaglio dell'attività assistenziale 2018 a confronto con l'anno 2017:

Tabella 1 - dettaglio dell'attività assistenziale 2018 a confronto con l'anno 2017

ATTIVITA' ASSISTENZIALE	2017 (nr)	2018 (nr)	Differenza (%)
RICOVERI	3.594	4.272	+18,86
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	532.569	628.226	+17,97

In termini di fatturato (tab. 2) si rileva quanto segue:

Tabella 2 - dettaglio della produzione 2018 a confronto con l'anno 2017

PRODUZIONE	2017(€)	2018 (€)	Differenza (%)
RICOVERI	16.264.340,00	21.916.870,76	+34,75%
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	9.576.396,13	13.849.799,76	+44,62%
TOTALE PRODUZIONE	25.840.736,13	35.766.670,52	+38,41%

L'attività di ricovero presenta un incremento del 34,75% (€ 5.652.530,76) mentre l'attività ambulatoriale presenta un incremento del 44,62% (€ 4.273.403,63) rispetto all'anno precedente.

In riferimento all'attività di ricovero per singola UU.OO. si riportano le seguenti informazioni:

Tabella 3 – attività di ricovero per singola U.O.

REPARTO	ANNO 2017 N° ricoveri <i>Day Hospital</i>	ANNO 2018 N° ricoveri <i>Day Hospital</i>	ANNO 2017 N° <i>Ordinari</i>	ANNO 2018 N° <i>Ordinari</i>
CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO T.I.P.O.	107		402	420
			3	8
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	79	59	320	375
CHIRURGIA GENERALE IND. ONCOLOGICO	53	52	398	438
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	131	92	546	553
EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	2		295	290
GINECOLOGIA ONC. CLINICIZZATA	9	7	145	132
OTORINOLARINGOIATRIA	137		133	119
ONCOLOGIA MEDICA	-	-	407	423
CHIRURGIA TORACICA	-	-	176	547
UROLOGIA	-	5	78	235
ONCOLOGIA MEDICA PER LA PAT. TORACICA	-	-	173	227
TOTALE	518	502	3076	3767

Dalla tabella dei dati di attività in regime di ricovero si evidenzia un complessivo incremento dei ricoveri ordinari (da n. 3.076 nel 2017 a n. 3.767 nel 2018) connesso all'incremento dell'attività di quasi tutte le unità operative, nonché all'avvio a regime delle attività delle unità operative attivate nel corso del 2017 (SC Chirurgia Toracica, SSD Urologia e della SSD Oncologia Medica per la Patologia Toracica).

Contestuale è la riduzione dei ricoveri in regime di Day Hospital, per effetto della continua attenzione rivolta a garantire l'appropriatezza dei ricoveri.

Si riporta di seguito il dettaglio del valore dell'attività produttiva intra-regionale (tab. 4) ed extra-regionale (tab. 5)); tale attività, in crescita rispetto al passato, risulta ancora in fase di compensazione e, pertanto, suscettibile di variazione.

Tabella 4 – mobilità intra regionale

Prestazioni	Produzione 2017 (€)	Produzione 2018 (€)	Differenza (%)
Ricoveri	15.622.640	20.986.452	+34,33
Ambulatoriale	9.302.375	13.549.843	+45,66
Totale	20.177.825	34.536.295	+71,15

Tabella 5 – Mobilità extra regionale

Prestazioni	Produzione 2017 (€)	Produzione 2018 (€)	Differenza (%)
Ricoveri	561.654	864.048	+53,84
Ambulatoriale	236.108	267.820	+13,43
Totale	797.762	1.131.868	+41,88

Desta particolare interesse l'incremento del valore della mobilità extraregionale segnale che manifesta chiaramente un rilancio della capacità di attrazione non solo a livello regionale, ma anche extraregionale, quale Hub della Rete Oncologica Pugliese.

Di seguito si riporta il dettaglio degli indicatori di attività realizzati nell'ultimo biennio 2017 – 2018

INDICATORI DI ATTIVITA' DI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO

INDICATORI	ANNO 2017	ANNO 2018
N° RICOVERI	3.076	3.767
DEGENZA MEDIA	7,98	7,61
OCCUPAZIONE POSTI LETTO (%)	82,22	85,02
PESO MEDIO	1,57	1,71

Gli indicatori attestano:

- Un incremento dell'attività di ricovero in regime ordinario pari al +22%;
- Una riduzione dell'indice di degenza media che simboleggia una maggiore appropriatezza dei ricoveri conseguente all'attivazione del percorso del pre-ricovero ospedaliero;
- Un aumento dell'indice di occupazione dei posti letto che simboleggia una migliore performance organizzativa;
- L'aumento dell'indice di complessità della casistica trattata.

4. Mandato istituzionale e missione

L'IRCCS, attraverso le attività di ricerca e di assistenza, si pone le seguenti finalità:

- Consolidamento e sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito oncologico.
- Valorizzazione della didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie oncologiche.
- Orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del S.S.R. e le Università.
- Partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale anche tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete sanitarie e di ricerca.
- Partecipazione alla rete italiana dei centri di eccellenza, nonché a network associativi nel settore oncologico.
- Assunzione del ruolo di Hub all'interno della rete oncologica pugliese (ROP)
- Svolgimento di attività di sperimentazione orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazione possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione.

4.1 Analisi del contesto e MATRICE SWOT

Al fine di definire gli obiettivi operativi alla base del Piano della Performance, è opportuno eseguire una valutazione del contesto con il metodo SWOT.

Tale metodica consente di rilevare i fattori endogeni, interni, suscettibili di modificazioni anche immediate, da quelli esogeni, esterni e quindi come tali potenzialmente dannosi o potenzialmente di ausilio.

Attraverso tale metodica si rappresentano pertanto i punti di forza (*Strengths*), i punti di debolezza (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce - (*Threats*), allo scopo di individuare strategie per migliorare la performance dell'Istituto. I punti di forza sono gli elementi su cui far leva, i punti di debolezza individuano le criticità interne da affrontare, le opportunità individuano gli elementi esterni su cui far leva, le minacce, infine, gli elementi esterni da gestire.

Da una valutazione del contesto si rileva che i continui cambi di vertice dell'IRCCS negli ultimi anni hanno provocato una forte discontinuità nell'orientamento delle scelte strategiche.

A ciò si è aggiunta una insufficiente capacità di integrazione tra le diverse strutture organizzative.

Il piano di rilancio aziendale avviato nel corso del 2016, a seguito di deliberazione di Giunta Regionale n. 895 del 22.06.2016, costituisce senza dubbio un'occasione per riorganizzare l'intera struttura in termini di offerta sanitaria elevandola a punto di riferimento dell'intera rete assistenziale dell'Area Metropolitana di Bari in campo oncologico.

La scelta strategica operata dalla Regione di assegnare all'IRCCS il ruolo di HUB nella Rete Oncologica Pugliese (ROP) rappresenta un ulteriore presupposto per incrementare la capacità di attrazione e ridurre al contempo la mobilità passiva regionale.

Con decorrenza 1.09.2017, in esecuzione della predetta DGR n. 895/2016, è avvenuto il trasferimento delle Unità Operative dell'ASL di Bari di Chirurgia Toracica, di Anatomia Patologica e di Oncologia Medica, potenziando in tal modo l'offerta sanitaria dell'IRCCS "Giovanni Paolo II".

La comunicazione assume in questa fase un ruolo di grande importanza sia per diffondere le scelte di politica sanitaria e di ricerca dell'IRCCS, sia per sviluppare processi di partecipazione per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi.

Il processo di riorganizzazione della struttura prevede un incremento della pianificazione e realizzazione dei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici), un incremento delle attività ambulatoriali grazie all'attivazione dei day service, una ripianificazione dei reparti di degenza che risponda al modello dell'intensità di cura e che sia orientata all'appropriatezza dell'offerta.

MATRICE SWOT



4.2 Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche e obiettivi strategici, fornendo una rappresentazione sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. L'Albero della performance rappresenta graficamente il piano strategico ed operativo dell'Istituto attraverso la declinazione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi nell'ambito delle aree strategiche individuate, evidenziandone la coerenza e il ruolo strumentale rispetto al perseguimento della mission aziendale e del mandato istituzionale.

Il piano delle performance ed il conseguente albero delle performance è elaborato sulla base delle indicazioni regionali del Piano Sanitario Regionale, degli obiettivi di mandato per il Direttore Generale, degli Indirizzi elaborati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, degli obiettivi regionali. L'insieme di questi elementi sono tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi gestionali (budget operativo) assegnati a ciascun responsabile di CdR. Il Budget Operativo è lo strumento di programmazione di breve periodo attraverso il quale, annualmente, gli indirizzi strategici e le finalità aziendali vengono trasformati in specifici obiettivi, articolati rispetto alle dotazioni di risorse umane e strumentali ed alla disponibilità di risorse economico-finanziarie. Il presente piano richiama gli obiettivi generali di assistenza e di ricerca fissati dal CIV per il triennio 2017-2019. In prima istanza sono state individuate le aree strategiche e nell'ambito di ciascuna area sono definiti gli obiettivi strategici poi articolati in più obiettivi operativi.

Aree Strategiche

L'IRCCS si propone di intervenire sulle seguenti aree strategiche:

- Assistenza: riorganizzazione dell'assistenza secondo il principio dell'intensità delle cure, attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e nel rispetto delle procedure di appropriatezza come definite a livello regionale.
- Ricerca: potenziamento della ricerca Traslazionale in ambito oncologico per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oncologiche, sviluppo delle reti, certificazioni di qualità/OECI .
- Quality Assurance, Innovazione e Sviluppo: Assunzione e sviluppo del ruolo di HUB, incremento degli standard qualitativi dei percorsi assistenziali e, in generale, dell'organizzazione dei servizi e delle prestazioni erogate.

Obiettivi Strategici

Gli obiettivi strategici riassunti nell'albero della Performance si riferiscono a tutte le macrostrutture aziendali e le strutture titolari di budget e si caratterizzano per essere:

- Coerenti rispetto alle finalità strategiche aziendali
- Chiari, misurabili e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della performance aziendale
- Riferibili ad un preciso arco temporale
- Perseguibili rispetto alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Obiettivi Operativi

Dagli obiettivi strategici si passa agli obiettivi operativi che saranno oggetto di negoziazione di budget con i responsabili dei Cdc. In fase di negoziazione di budget, dinnanzi a situazioni specifiche, gli obiettivi operativi definiti potranno subire variazioni e contestuali adattamenti.

In attuazione di quanto disposto con DGR n. 1159/2018 *“Documento Indirizzo Economico Funzionale 2017 del Servizio Sanitario Regionale. Presa d'atto del Riparto FSR Definitivo 2017 e rimodulazione programmazione progettuale per il biennio 2018-2019”* e DGR 2416/2018 *“Linee guida regionali per l'adozione dei Piani triennali del fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del SSR”*. L'IRCCS, per l'anno 2019, si pone l'obiettivo di realizzare il mantenimento della produzione economica conseguita nel precedente periodo. Tanto in ragione della difficoltà di assecondare il trend di crescita visto il tetto di spesa per le dotazioni organiche definito con tali DGR che non consente di acquisire ulteriori risorse umane e professionali.

ALBERO DELLA PERFORMANCE

MANDATO ISTITUZIONALE - MISSION

L'IRCCS PONE L'INTEGRAZIONE QUALE VALORE FONDANTE DEL SUO AGIRE; INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA E RICERCA, INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO, INTEGRAZIONE TRA LE DIVERSE DISCIPLINE (MULTIDISCIPLINARIETA'). SU TALI PRESUPPOSTI L'ISTITUTO SI CANDIDA A DIVENTARE IL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE, PERSEGUENDO LA QUALITA' DELLE CURE ED IL RAPIDO TRASFERIMENTO DEI PRODOTTI DELLA RICERCA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE.

AREA STRATEGICA 1

ASSISTENZA SANITARIA

OBIETTIVI STRATEGICI

RISPONDERE ALLE RICHIESTE DELL'UTENZA E CONTRASTARE LE FUGHE PER PATOLOGIA ONCOLOGICA

RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA

INTEGRAZIONE INTRA-OSPEDALIERA
RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE

AUMENTO DELL'EFFICIENZA EROGATIVA DEI FARMACI

CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

AREA STRATEGICA 2

RICERCA

OBIETTIVI STRATEGICI

SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DELLA BIOBANCA

ACCREDITAMENTO OECD – CERTIFICAZIONE DI QUALITA' (OTTENIMENTO /MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE)

SVILUPPO DELLA RICERCA TRASLAZIONALE

PROGETTAZIONE RICERCA PER ACCESSO AI FONDI PRIVATI ED EUROPEI

PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEL TECNOPOLO PER LA MEDICINA DI PRECISIONE

PARTECIPAZIONE ALLA RETE "AMORE"

AREA STRATEGICA 3

INNOVAZIONE , SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'

OBIETTIVI STRATEGICI

ASSUNZIONE DI UN RUOLO DI COORDINAMENTO NELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)

TRASPARENZA NELLA GESTIONE DEI SETTORI DELLA RICERCA, ASSISTENZA E AMMINISTRATIVI

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT

ATTIVAZIONE PROCEDURE DI ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE

IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO PDT INTEGRATI
(PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI)

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (CONTENIMENTO – CONTROLLO E PREVENZIONE)

5. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

TABELLA RIEPILOGO GENERALE - OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2019

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
ASSISTENZA SANITARIA	RISPONDERE ALLE RICHIESTE DELL'UTENZA E CONTRASTARE LE FUGHE PER PATOLOGIA ONCOLOGICA	MANTENIMENTO DELL'OFFERTA SANITARIA	N° PRESTAZIONI SANITARIE (RICOVERI E ATTIVITA' AMBULATORIALE)	REPORT ATTIVITA' SANITARIA
ASSISTENZA SANITARIA	RISPETTO ASSOLUTO DELL'APPROPRIATEZZA	MANTENIMENTO/ MIGLIORAMENTO DEI VALORI DI APPROPRIATEZZA	VALORI APPROPRIATEZZA	FLUSSI SDO /ATTIVITA' AMBULATORIALE
ASSISTENZA SANITARIA	AUMENTO DELL'EFFICIENZA EROGATIVA DEI FARMACI	OTTIMIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	RAPPORTO TRA CONSUMI PER FARMACI E PRESIDI E VALORE DELLA PRODUZIONE NON DEVE SUPERARE IL VALORE REGISTRATO NELL'ANNO PRECEDENTE	RAPPORTO SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' / FARMACIA
ASSISTENZA SANITARIA	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	RIPROGRAMMAZIONE AGENDE AMBULATORI	DEFINIZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'URGENZA	ACQUISIZIONE NUOVA PROCEDURE SULLE PRIORITA' - FLUSSO DATI ATTIVITA' AMBULATORIALE
ASSISTENZA SANITARIA	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	RIPROGRAMMAZIONE AMBULATORI IN RAPPORTO ALLA DOTAZIONE ORGANICA AGGIORNATA, MEDIANTE L'IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA DETERMINAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO	IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO SPERIMENTALE PER LA DETERMINAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO	VALUTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
ASSISTENZA SANITARIA	INTEGRAZIONE INTRA-OSPEDALIERA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE	PERCORSO DI PRE-RICOVERO CHIRURGICO	VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2019 ≤ VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2018	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' – FLUSSO DRG
ASSISTENZA SANITARIA	INTEGRAZIONE INTRA-OSPEDALIERA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE	TEMPI D'ATTESA PER TC E RMN PER PAZIENTI RICOVERATI	VALORE 2019 INFERIORE A VALORE 2018	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' – FLUSSO DRG
ASSISTENZA SANITARIA	INTEGRAZIONE INTRA-OSPEDALIERA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE	AVVIO A REGIME DELLA WEEK SURGERY	AVVIO A REGIME DELLA WEEK SURGERY	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
RICERCA	SVILUPPO ATTIVITA' DELLA BIOBANCA	AVVIO A REGIME DELLE PROCEDURE DI BIOBANCA	ATTIVAZIONE PROCEDURE OPERATIVE STANDARD E PREDISPOSIZIONE MODULISTICA	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA/DIREZIONE GENERALE
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI PRIVACY	ATTIVAZIONE PROCEDURE DI ALLINEAMENTO NORMATIVO	PROCEDURA OPERATIVA	DIREZIONE GENERALE
RICERCA	ACCREDITAMENTO OECS – CERTIFICAZIONE DI QUALITA' (OTTENIMENTO /MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE	CERTIFICAZIONE DI QUALITA' DI ALCUNE UU.OO.	CERTIFICAZIONE DI QUALITA'	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
RICERCA	PROGETTAZIONE RICERCA PER ACCESSO FONDI PRIVATI ED EUROPEI	PREDISPOSIZIONE DI PROGETTI PER ACCESSO AI FONDI PRIVATI ED EUROPEI	N° DI PROGETTI PREDISPOSTI PER ACCEDERE AI FONDI PRIVATI ED EUROPEI	REPORT / ATTESTAZIONE DIREZIONE SCIENTIFICA
RICERCA	ACCREDITAMENTO OECI – CERTIFICAZIONE DI QUALITA' (OTTENIMENTO /MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE)	MESSA IN ATTO DELLE AZIONI PREVISTE NELL’ACTION PLAN OECI	IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO DELLE AZIONI PREVISTE NELL’ACTION PLAN OECI	N° PROCEDURE ATTIVATE (VALUTAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DI PROGETTO OECI)
RICERCA	SVILUPPO DELLA RICERCA TRASLAZIONALE	MANTENIMENTO / SUPERAMENTO DEI VALORI DI IF NORMALIZZATO NEL RISPETTO DEI CRITERI MINISTERIALI	VALORE IF NORMALIZZATO 2019 ≥ VALORE IF NORMALIZZATO 2018	REPORT PRODUZIONE SCIENTIFICA
RICERCA	PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEL TECNOPOLO PER LA MEDICINA DI PRECISIONE	PARTECIPAZIONE AI LAVORI DEI GRUPPI COSTITUITI NELL'AMBITO DEL TECNOPOLO PER LA MEDICINA DI PRECISIONE	N. DI INCONTRI VERBALIZZATI	REPORT DIREZIONE SCIENTIFICA
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE D'INTERVENTO PREVISTE NEL PIANO DI ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT	N° AZIONI INTRAPRESE NELL'ANNO 2019	REPORT SSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	IMPLEMENTAZIONE AZIONI VOLTE ALLA REVISIONE DELLA MODULISTICA DEL CONSENSO INFORMATO	N° REVISIONI ATTUATE	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
CAPACITA' DI SVILUPPARE IL LAVORO IN RETE	COORDINAMENTO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)	PARTECIPAZIONE ALLE RIUNIONI DEGLI ORGANISMI DI GESTIONE DELLA ROP	N. DI INCONTRI VERBALIZZATI	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
CAPACITA' DI SVILUPPARE IL LAVORO IN RETE	COORDINAMENTO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)	PRODUZIONE DI DOCUMENTI UTILI AD IMPLEMENTARE IL LAVORO IN RETE	DOCUMENTI PRODOTTI	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
CAPACITA' DI SVILUPPARE IL LAVORO IN RETE	COORDINAMENTO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)	ASSUNZIONE DEL RUOLO DI COORDINAMENTO HUB DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE	AZIONI E LINEE D'INTERVENTO AZIENDALI	ATTESTAZIONE DIREZIONE GENERALE
CAPACITA' DI SVILUPPARE IL LAVORO IN RETE	PARTECIPAZIONE ALLA RETE “AMORE”	PARTECIPAZIONE ALLE RIUNIONI DEGLI ORGANISMI DI GESTIONE DELLA RETE “AMORE”	N. INCONTRI VERBALIZZATI	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
CAPACITA' DI SVILUPPARE IL LAVORO IN RETE	PARTECIPAZIONE ALLA RETE “AMORE”	PRODUZIONE DI DOCUMENTI UTILI AD IMPLEMENTARE IL LAVORO IN RETE	DOCUMENTI PRODOTTI	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO PDTA INTEGRATI	APPLICAZIONE DEI PDTA APPROVATI	MISURAZIONE DEGLI INDICATORI DI PROCESSO DEFINITI IN CIASCUN PDTA (VERIFICA A CAMPIONE SU DOCUMENTAZIONE CLINICA)	RESOCONTO AUDIT CLINICO
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO PDTA INTEGRATI	COSTRUZIONE E REDAZIONE DI NUOVI PDTA /REVISIONE DI PDTA APPROVATI	PDTA CON PUNTUALE DEFINIZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI DA PARTE DEI TEAM MULTIDISCIPLINARI PREVISTI PER SINGOLA PATOLOGIA	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE STRATEGICA
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE E PROMOZIONE DELLA MULTIDISCIPLINARIETA'	PREDISPOSIZIONE DI UNA SCHEDA DI INGRESSO PER LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VALUTAZIONE CLINICA, VALUTAZIONE DEL DOLORE, VALUTAZIONE DEI	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA

			BISOGNI,ECC)	
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA CARTELLE CLINICHE EX DM 10.12.2009	TRASMISSIONE DELLE RISULTANZE NEI TEMPI E SECONDO LE MODALITA' STABILITE DALLA NORMATIVA VIGENTE	FLUSSO EDOTTO / RAPPORTO UVAR
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA EDOTTO PER LA REDAZIONE DEI PIANI TERAPEUTICI E DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE	% UTIZZO SUL TOTALE DELLE ABILITAZIONI RILASCIATE AI MEDICI PRESCRITTORI	FLUSSO EDOTTO
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	ATTIVITA' PROGETTUALE IN TEMA DI UMANIZZAZIONEDELLE CURE (FORMAZIONE DEL PERSONALE / CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI)	ATTIVAZIONE DI SPECIFICHE PROCEDURE ORGANIZZATIVE / CORSI DI FORMAZIONE INERENTI LA COMUNICAZIONE E/O RAPPORTI INTERPERSONALI	DIREZIONE GENERALE
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	ULTERIORE DIFFUSIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	N° PRESCRIZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA EFFETTUATE NEL 2019 ≥ 2018	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA'
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI FLUSSI INFORMATIVI	GARANZIA DEL RISPETTO DEL CORRETTO, COMPLETO E TEMPESTIVO ADEMPIMENTO DEL DEBITO INFORMATIVO CON RIFERIMENTO AI DATI ECONOMICI E SANITARI	ATTESTAZIONE FLUSSI NEI TEMPI PRESCRITTI DALLA NORMATIVA VIGENTE	FLUSSO REGIONALE DEBITI INFORMATIVI
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI DAY SERVICE	IMPLEMENTAZIONE DEI PACCHETTI DAY SERVICE PER UU.OO.	% DI PRESTAZIONI DAY SERVICE PER SINGOLA UU.OO	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI FLUSSI INFORMATIVI	RIDUZIONE DEL TEMPO TRA DIMISSIONE E CHIUSURA SDO	90 % DI CHIUSURA SDO ENTRO 10 GG DALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA'
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	TRASPARENZA NELLA GESTIONE DEI SETTORI DELLA RICERCA, ASSISTENZA E AMMINISTRATIVI	OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE ANTICORRUTTIVE	ATTESTAZIONE	RPCT / DIREZIONE AMMINISTRATIVA

6. Il processo seguito e le azioni di miglioramento

6.1 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria - Processo di budget

Il Piano della Performance rappresenta in modo schematico il collegamento tra le linee di indirizzo Nazionali, Regionali e Aziendali, così da rendere evidente la performance attesa.

Il piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che sulla base delle indicazioni strategiche della Direzione Generale, coinvolge a cascata le direzioni delle strutture aziendali, i dirigenti responsabili e tutto il restante personale.

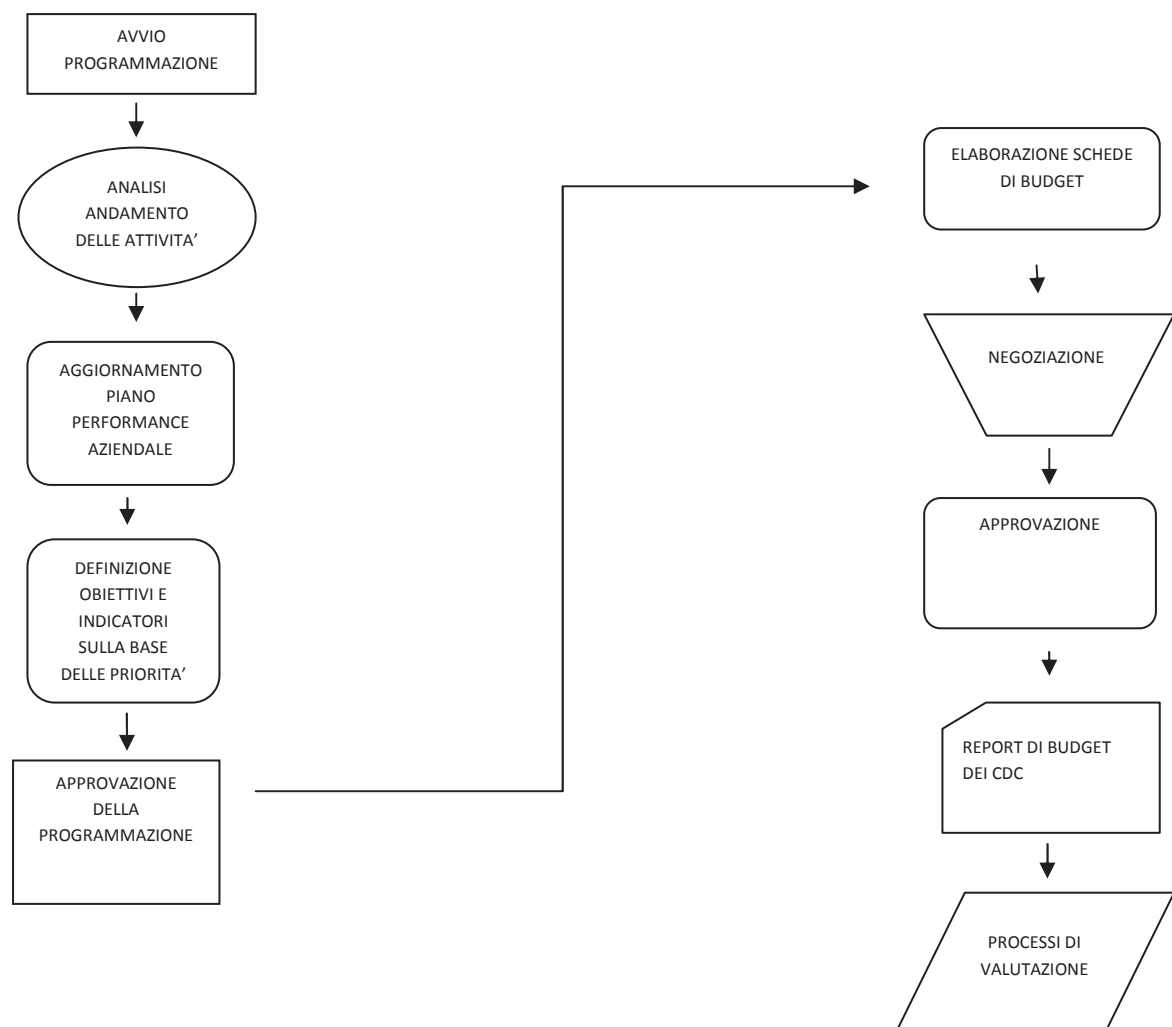
La pianificazione della performance si collega e si integra con coerenza con la programmazione economico-finanziaria dell'IRCCS.

La coerenza tra il ciclo della performance e la programmazione economica viene assicurata attraverso l'analisi dell'attività svolta nell'anno precedente. Nel corso dell'anno vengono svolte attività periodiche di monitoraggio della produzione e dei costi e qualora si rilevino scostamenti significativi rispetto ai valori attesi, vengono poste in essere opportune azioni correttive. Tale valutazione viene effettuata dall'U.O. Controllo di gestione e dall'Area Gestione Risorse Finanziarie.

Dagli obiettivi strategici si passa agli obiettivi operativi di budget che vengono assegnati alle strutture con CdC. La loro definizione avviene in maniera integrata con la programmazione economico finanziaria, in linea con il principio per cui gli obiettivi devono essere congrui con le risorse disponibili. Gli obiettivi operativi di budget sono utilizzati per la valutazione del personale dirigente e sono dettagliati nelle schede sottoscritte e approvate con successivo provvedimento. Ai fini della valutazione finale, in fase di rendicontazione i dirigenti dovranno riportare nella relazione sull'attività, i dati quantitativi dell'attività svolta relativamente agli obiettivi assegnati.

In fase di negoziazione di budget, dinnanzi a situazioni specifiche, gli obiettivi operativi definiti potranno subire variazioni e contestuali adattamenti.

PROCESSO DI BUDGET



Gli obiettivi operativi di budget sono analiticamente rappresentati attraverso le schede di budget.

Ciascuna scheda di budget è costituita dai seguenti elementi:

- La descrizione sintetica dell'obiettivo
- La prospettiva alla quale ciascun obiettivo è collegato. L'istituto ha individuato 4 prospettive (A - UTENTE, B - ECONOMICO FINANZIARI, C - INTERNI ORGANIZZATIVI, D - PERFORMANCE, INNOVAZIONE E APPRENDIMENTO)
- Il peso di ogni singolo obiettivo
- L'individuazione del relativo indicatore
- Il target che si deve raggiungere
- Gli obiettivi generali di cui sono espressione analitica

È previsto, indicativamente, un set di 10 obiettivi per ogni Struttura, per un peso complessivo tendenzialmente omogeneo.

Gli obiettivi sono:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda e della Regione;
- misurabili, pertinenti e chiaramente descritti;
- rapportati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili;
- tali da determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi; comparabili, quando possibile, con i risultati raggiunti nei periodi precedenti e commisurati a valori standard definiti a livello regionale o a valutazioni ottenute tramite la comparazione con strutture aziendali che svolgono attività omologhe.

6.2.Sistema di misurazione

La misurazione della performance organizzativa è un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance sia organizzativa che individuale.

Il conseguimento degli obiettivi operativi di budget, misurato con un criterio di proporzionalità, costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa aziendale, nel rispetto dei principi stabiliti nel D. Lgs. n.150/2009, nel D. Lgs. n.74/2017, nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della dirigenza e del comparto e nella regolamentazione aziendale.

L'IRCCS ha adottato un sistema di valutazione della performance individuale e organizzativa con Deliberazione del Direttore Generale n. 186/2014 e successiva DDG n.43 /2015.

6.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

L'OIV – Organismo Indipendente di Valutazione, coadiuvato dalla Struttura Tecnica permanente, collabora nelle attività di verifica del sistema complessivo di valutazione e della trasparenza.

L'OIV diagnostica il livello di evoluzione del ciclo di gestione della performance e fa in modo che gli organi di indirizzo politico-amministrativo e i dirigenti siano responsabili dell'attuazione di specifiche azioni volte al suo miglioramento.

L'individuazione della situazione di partenza e delle aree di miglioramento costituisce la base su cui l'OIV definirà una proposta di miglioramento da trasformare poi in obiettivi operativi che saranno inseriti nel Piano della Performance.

Ai sensi della vigente normativa, l'OIV valida la relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale.

7. Integrazione tra ciclo della performance e processi di trasparenza e anticorruzione

In ottemperanza alle disposizioni normative vigenti per cui viene richiesto un collegamento tra il ciclo della performance e gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione, l'IRCCS prevede un esplicito collegamento tra gli obiettivi indicati nel piano della Performance e quelli indicati nel Piano della Trasparenza e anticorruzione. Gli obiettivi per l'anno 2019 sono così declinati :

- obblighi di pubblicazione (trasmissione e pubblicazione documenti in Amministrazione Trasparente)
- stato attuazione misure anticorruptive (rendicontazione e applicazione misure nel portale dell'anticorruzione).

8. Aggiornamento del Piano della Performance

Il Piano della Performance verrà aggiornato annualmente, nell'ambito del triennio di riferimento, compatibilmente con l'avvenuta assegnazione degli obiettivi assistenziali e della ricerca.