



ISTITUTO TUMORI " GIOVANNI PAOLO II"
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
Unità Operativa Complessa di Statistica ed Epidemiologia
Controllo di Gestione e Qualità
Via Orazio Flacco,65 -70124 Bari

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2018

Presentazione

La presente relazione rappresenta lo strumento mediante il quale l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari spiega ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il Ciclo della Performance.

Pertanto, il presente documento ha lo scopo di fornire elementi di valutazione in ordine all'andamento della gestione aziendale, con riferimento alle dinamiche economiche e gestionali relative al perseguimento degli obiettivi strategici, dei piani operativi e degli obiettivi delle singole UU.OO. oltre che alle attività erogate e le strategie perseguite nel corso del 2018.

Finalità e principi generali della relazione sulla performance

La Relazione sulla Performance delle Pubbliche Amministrazioni rappresenta l'ultimo movimento del "ciclo di gestione della Performance", che l'art.4 del D.lgs. n.150/2009 disciplina nei seguenti termini:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo di sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e destinatari dei servizi.

La legge pertanto prevede, all'art.10 comma 1 lett. b) del D.lgs. n.150/2009, che la Relazione sulla Performance evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti dall'Istituto nel corso dell'anno precedente, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno.

In tale prospettiva, la relazione rappresenta il momento principale di verifica circa il raggiungimento degli obiettivi fissati negli atti di indirizzo politico-istituzionale emanati dalla Regione Puglia e di conseguenza nei documenti di indirizzo politico e di programmazione della Direzione Strategica Aziendale.

Ai sensi dell'art.27 comma 2 del D.lgs. n.150/2009 , la Relazione deve anche attestare, al fine dell'erogazione di premi di efficienza, gli eventuali risparmi derivanti dai processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione portati a compimento in seno all'Istituto, e contenenti infine il bilancio degli interventi in materia di pari opportunità (cd. "bilancio di genere") condotti dalla stessa.

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Istituto Tumori di Bari, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

Il D.lgs.150/2009 pronuncia quindi un concetto fondamentale e cioè che la performance si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato la performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il "ciclo integrato" della programmazione è disposto dalla norma "ciclo delle performance" e, la definizione dei tempi e delle scadenze del processo risulta essere un elemento essenziale e qualificante dello stesso.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti;
- Rendicontazione dei risultati alla Direzione .

La misurazione e la valutazione della performance non può prescindere dalla redazione del Piano della Performance, così come definito dall'art.10 comma 1 lettera a) del D.lgs. n.150/2009, che individua nel predetto Piano, lo strumento di programmazione direzionale, ovvero il documento nel quale si descrivono le linee guida, gli obiettivi strategici triennali, le attività e i tempi in cui si svolgono le relative fasi.

L'Istituto è tenuto a giudicare ed a valutare le performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del "ciclo delle performance" articolato nelle seguenti fasi:

1. Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. Misurazione e valutazione delle performance, organizzativa e individuale;
5. Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dotato di personalità giuridica di Diritto Pubblico, con D.M. 31 Marzo 1982, ed è tuttora confermato in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali. L'Istituto costituisce ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dal D.lgs. di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

L'IRCCS svolge la propria attività nel campo dei tumori sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di stretto collegamento, perseguendo, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e S.M.I., e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi (DIEF annuali) con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità dell'attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione.

L'IRCCS, nella realizzazione della sua attività, ha prodotto una rete di relazioni. I soggetti della rete, sono i numerosi ed eterogenei portatori di interessi dell'Istituto. Per comprendere che tipo di rapporto esiste tra IRCCS e ciascun stakeholder, si è innanzitutto analizzato se questo contribuisce alla definizione dell'azione dell'Istituto (stakeholder di input) o se ne risulta destinatario (stakeholder di output). Nel primo caso si è poi individuato il tipo di contributo apportato, classificandolo a seconda che riguardi la programmazione delle attività (input di programmazione), l'apporto finanziario (input di finanziamento), o il processo di realizzazione del servizio (input di produzione).

STAKEHOLDER DI INPUT

Di Programmazione

Soggetti pubblici

- Regione "Assessorato Salute"
- Ministero della Salute
- Università
- Enti di Ricerca
- Comunità scientifica

Soggetti privati

- Associazioni di categoria

Di Finanziamento

Soggetti pubblici

- Regione
- Ministero Salute
- Altri soggetti pubblici

Soggetti privati

- Aziende
- Cittadini

Di Produzione

Soggetti pubblici

- Aziende di Servizi alla Persona

Soggetti privati

- Fornitori
- Dipendenti

STAKEHOLDER DI OUTPUT

Servizi Resi a:

Soggetti pubblici

- Regione "Assessorato Salute"
- Ministero della Salute
- Università
- Enti di Ricerca
- Comunità scientifica

Soggetti privati

- Cittadini
- Enti ed associazioni
- Comunità scientifica

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale assistenziale erogando servizi sanitari promuovendo ed attuando la ricerca mediante l'attività dei propri servizi di ricerca sperimentale e clinica, igienico - organizzativi ed amministrativo-contabili, ai quali sovra intendono, per le rispettive competenze, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Il Ciclo della Performance per l'anno 2018, ha avuto inizio con la predisposizione degli obiettivi adottati con Deliberazione D.G. n. 583/2018, alla luce degli obiettivi di salute e funzionamento dell'Istituto Tumori di Bari assegnati dalla Regione Puglia, e si conclude con la presente Relazione sulla Performance anno 2018, rappresentando uno stimolo alla realizzazione di un percorso di miglioramento fondato su di processo di valutazione, che assicuri il coinvolgimento dei valutati e degli stakeholder, individuando nell' Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del sistema di misurazione e valutazione della performance.

Il sistema degli obiettivi assegnati alle UU.OO. dalla Direzione Strategica dell'Istituto Tumori di Bari con Deliberazione D.G. n. 583/2018 per l'anno 2018 afferisce a quattro principali aree di risultato:

- obiettivi economici
- obiettivi sanitari e organizzativi
- obiettivi di qualità
- obiettivi scientifici.

Successivamente, la Direzione Strategica ha contrattato con i Direttori di strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici, gli obiettivi per l'anno 2017, articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da conseguire e risorse da utilizzare, definendo i relativi indicatori di soglia di risultato e target di riferimento.

Il potenziamento della riorganizzazione ospedaliera ha comportato il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- miglioramento dei livelli di appropriatezza nei *setting* assistenziali favorendo i passaggi dal ricovero ordinario alla erogazione di prestazioni ambulatoriali con particolare ricorso alla erogazione a pieno regime di *day service*;
- miglioramento della qualità nell'assistenza ospedaliera con riduzione della degenza media preoperatoria ed una riduzione dei ricoveri ripetuti;
- implementazione delle procedure per la sicurezza dei pazienti nell'ambito del Rischio Clinico attraverso la formazione continua e la revisione e l'aggiornamento delle procedure.

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

Si riporta di seguito il dettaglio dell'attività assistenziale 2018 a confronto con l'anno 2017: numero ricoveri

| ATTIVITA' ASSISTENZIALE | 2018 (nr) | 2017 (nr) | Differenza 2018-2017 (nr) | Differenza 2018-2017 (%) |
|--------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|
| RICOVERI REGIME ORDINARIO | 3.768 | 3.076 | 692 | 18,4% |
| RICOVERI REGIME DIURNO | 504 | 518 | -14 | - 2,7% |
| Totale Ricoveri | 4.272 | 3.594 | 678 | 18,9% |
| ATTIVITA' AMBULATORIALE | 631.580 | 532.569 | 99.011 | 18,6% |

In termini di fatturato si rileva quanto segue:

| PRODUZIONE | 2018 (€) | 2017 (€) | Differenza 2018-2017 (€) | Differenza 2018-2017 (%) |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| RICOVERI REGIME ORDINARIO | 22.028.380 | 16.264.340 | 5.764.040 | 35% |
| ATTIVITA' AMBULATORIALE | 11.351.238 | 9.576.396 | 1.774.842 | 18,5% |
| Totale Produzione | 33.379.618 | 25.840.736 | 7.538.882 | 29,2% |

L'attività di ricovero presenta un incremento del 35% (€ 5.764.040) e l'attività ambulatoriale presenta un incremento del 18,5% (€ 1.774.842) rispetto all'anno precedente.

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

| REPARTO | ANNO 2018 N° ricoveri Day Hospital | ANNO 2017 N° ricoveri Day Hospital | ANNO 2018 N° ricoveri Ordinari | ANNO 2017 N° ricoveri Ordinari |
|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO | 144 | 107 | 420 | 402 |
| CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA | 59 | 79 | 375 | 320 |
| ONCOLOGIA INTERVENTISTICA | 94 | 131 | 554 | 546 |
| EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE | 0 | 2 | 290 | 295 |
| GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA | 7 | 9 | 132 | 145 |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 143 | 137 | 119 | 133 |
| ONCOLOGIA MEDICA | 0 | 0 | 423 | 407 |
| CHIRURGIA GENERALE IND. ONCOLOGICO | 52 | 53 | 438 | 398 |
| CHIRURGIA TORACICA | 0 | 0 | 547 | 176 |
| UROLOGIA | 0 | 0 | 235 | 78 |
| ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA | 0 | 0 | 227 | 173 |
| T.I.P.O. | 0 | 0 | 8 | 3 |
| TOTALE | 504 | 518 | 3.768 | 3.076 |

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. 3.768 nel 2018) connesso all'incremento dell'attività di quasi tutte le unità operative, nonché all'attivazione, nel corso del 2017 delle nuove unità operative di 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 maggiore attenzione posta a garantire l'appropriatezza dei ricoveri.

Si segnala, in particolare, l'incremento dell'attività in regime di ricovero ordinario della UU.OO. di:

- Urologia (passati da n. 78 nel 2017 a n. 235 nel 2018);
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (passati da n. 320 nel 2017 a n. 375 nel 2018);
- Chirurgia Toracica (passati da n. 176 nel 2017 a n. 547 nel 2018).

Si riporta di seguito il dettaglio per Unità Operativa dell'attività ambulatoriale esterna:

RIEPILOGO ATTIVITA' AMBULATORIALE ESTERNA

| AMBULATORIO | N° PREST. 2018 | N° PREST. 2017 | DIFFERENZA (N) | DIFFERENZA % |
|--|----------------|----------------|----------------|--------------|
| CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO | 1.732 | 1.575 | 157 | 10% |
| CHIRURGIA GENERALE IND. ONCOLOGICO | 1.300 | 1.396 | - 96 | - 6,9% |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 5.827 | 5.583 | 244 | 4,4% |
| RADIODIAGNOSTICA SENOLOGIA | 29.811 | 24.333 | 5.478 | 22,5% |
| GINECOLOGIA | 6.387 | 5.907 | 480 | 8,1% |
| EMATOLOGIA | 27.103 | 16.679 | 10.424 | 62,5% |
| RADIOTERAPIA | 42.659 | 37.064 | 5.595 | 15,1% |
| RADIODIAGNOSTICA AVANZATA | 18.847 | 16.918 | 1.929 | 11,4% |
| LABORATORIO ANALISI | 348.793 | 305.928 | 42.865 | 14,1% |
| CARDIOLOGIA | 9.879 | 9.192 | 687 | 7,5% |
| GASTROENTEROLOGIA | 2.528 | 4.499 | -1.971 | - 43,8% |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 18.026 | 16.913 | 1.113 | 6,6% |
| ONCOLOGIA INTERVENTISTICA | 2.082 | 7.734 | -5.652 | - 73,1% |
| ONCOLOGIA MEDICA | 37.728 | 46.549 | -8.821 | - 18,9% |
| ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA | 10.052 | 9.554 | 498 | 5,2% |
| CHIRURGIA PLASTICA | 8.959 | 8.623 | 336 | 3,9% |
| ONCOLOGIA MEDICA SPERIMENTALE E BIOBANCA | 2.298 | 1.236 | 1.062 | 85,9% |
| UROLOGIA | 1.546 | 333 | 1.213 | 364,3% |
| CHIRURGIA TORACICA | 1.471 | 507 | 964 | 190,1% |
| CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA | 146 | 21 | 125 | 595,2% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 244 | 40 | 196 | 510% |
| ENDOSCOPIA BRONCHIALE | 1.003 | 280 | 723 | 258,2% |
| ONCOLOGIA MEDICA INTEGRATA | 9.837 | 3.333 | 6.504 | 195,1% |
| DIAGNOSTICA MOLECOLARE E FARMACOGEN. | 6.470 | 1.038 | 5.432 | 523,3% |

| | | | | |
|---|----------------|----------------|--------|--------|
| TUMORI RARI E MELANOMA | 6.245 | 2.075 | 4.170 | 201% |
| ONCOLOGIA MEDICA PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO | 21.051 | 3.145 | 17.906 | 569,3% |
| ONCOLOGIA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA | 9.556 | 2.162 | 7.394 | 342% |
| TOTALE GENERALE | 631.580 | 532.617 | | |

L'attività ambulatoriale esterna si presenta complessivamente in incremento rispetto all'anno precedente.

Si riporta, di seguito, il dettaglio del valore dell'attività produttiva intra-regionale, extra-regionale.

Tab. 1 Mobilità Infraregionale

| Prestazioni | Produzione 2018 | Produzione 2017 | Differenza 2018 - 2017 (€) | Differenza (%) |
|--------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|----------------|
| Ricoveri (*) | 21.071.510 | 15.415.267 | 5.656.343 | 36,7% |
| Ambulatoriale (**) | 10.666.795 | 8.854.690 | 1.812.105 | 20,5% |
| Totale | 31.738.305 | 24.269.957 | 7.468.348 | 30,8% |

(*) Il valore è al lordo dell'inappropriatezza

(**) Il Valore è al netto del ticket

L'attività in regime di ricovero infraregionale alla data del 31 dicembre 2018 è in aumento rispetto all'anno precedente (+ € 5.656.343; + 36,7%) così come aumenta il valore dell'attività in regime ambulatoriale (+ € 1.812.105; + 20,5%).

Si riporta di seguito il valore delle prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale a pazienti non residenti nel territorio regionale nell'anno 2018 a confronto con l'anno precedente.

Tab. 2 Mobilità extraregionale e nazionale

| Prestazioni | Produzione 2018 | Produzione 2017 | Differenza 2018-2017 (€) | Differenza (%) |
|--------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| Ricoveri(*) | 956.868,00 | 717.545,00 | 239.323 | 33,4% |
| Ambulatoriale (**) | 299.955,00 | 225.712,00 | 74.243 | 32,9% |
| Totale | 1.256.8233,00 | 943.257,00 | 313.566 | 33,2% |

(*) Il valore è al lordo dell'inappropriatezza

(**) Il Valore è al netto del ticket

L'attività in regime di ricovero extraregionale alla data del 31 dicembre 2018 è in incremento rispetto all'anno precedente (+ € 239.323; +33,4%) così come è incremento l'attività in regime ambulatoriale (+ € 74.243; +32,9%).

A) Obiettivi di Attività dell'esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

Per quel che riguarda i flussi finanziari si ricorda che la principale voce di ricavo che caratterizza il "Valore della Produzione" è rappresentata dai contributi assegnati all'Istituto dalla Regione Puglia per il finanziamento delle attività di assistenza.

L'obiettivo assegnato all'Istituto era di rispondere in maniera sempre maggiore ai bisogni dei cittadini pugliesi affetti da malattie oncologiche; tale obiettivo è stato perseguito con successo, incrementando l'assistenza in maniera progressiva ed aumentando, ulteriormente, l'efficienza della gestione, così come avvenuto nei due esercizi precedenti.

| | MOBILITA' REGIONALE | MOBILITA' EXTRAREGIONE NALE | SOMMINISTRA ZIONE DIRETTA DI FARMACI REGIONALE | EMERGENZA ED ALTRE FUNZIONI NON TARIFFATE | FINANZIA MENTO ESCLUSIVIT A' | TOTALE |
|---|------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|-------------------|
| ASSEGNAZION E FSR ANNO 2018 - <i>Determina dirigenziale n. 36 del 09/05/20179</i> | 31.739.000 | 1.870.000 | 33.119.000 | 18.150.000 | 22.377 | 89.900.377 |
| ASSEGNAZION E FSR 2017 - <i>Nota prot. AAO_168/PRO T /27/04/2018/3 75</i> | 24.270.000 | 1.335.000 | 21.434.000 | 13.700.000 | 22.045 | 60.761.045 |
| DIFFERENZA 2017-2016 | 7.469.000 | 535.00 | 11.685.000 | 4.450.000 | 332 | 24.139.332 |

L'assegnazione complessiva riconosciuta nell'anno 2018, segue l'andamento della produzione e, pertanto, è maggiore rispetto a quella riconosciuta nell'anno precedente, per €/mgl 24.139.332, per l'effetto combinato dei maggiori finanziamenti per mobilità regionale (+ €/mgl 7.469), dei finanziamenti per mobilità extraregionale (+ €/mgl 535) e dei maggiori finanziamenti riconosciuti a titolo di rimborso per i farmaci in somministrazione diretta, correlati ai costi sostenuti dall'Istituto (+ €/mgl 11.685) e per emergenza e altre funzioni non tariffate (+ €/mgl 4.450). Tale assegnazione è maggiore in termini assoluti, ma inferiore del 5,14% rispetto agli aumentati valori di produzione; pertanto è evidente che, se fosse stata riconosciuta, per le prestazioni non tariffate, la stessa percentuale sul totale assegnata per l'esercizio 2017, il bilancio non avrebbe registrato alcuna perdita.

È opportuno ribadire, come, sin dall'entrata in vigore del D. Lgs. n. 502/1992, il sistema di finanziamento riservato agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico è basato sulle tariffe attribuite ai ricoveri ed alle prestazioni ambulatoriali; tali tariffe sono state determinate nel 1997 e mai aggiornate in relazione all'aumento dei costi di produzione registratosi negli ultimi anni ed alle innovazioni terapeutiche introdotte in campo oncologico. Tale sistema di finanziamento ha di certo inciso sul disequilibrio economico della gestione.

Al finanziamento determinato sulla base delle tariffe è stato associato il finanziamento per "funzioni", riferibile sia alle prestazioni non remunerabili sulla base di tariffe prestabilite (attività sanitaria inclusa nei LEA sebbene non correlata ad alcuna tariffa, quali ad esempio i tumori rari), sia a prestazioni finanziate con tariffe non remunerative, secondo i principi dettati dall'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/1992.

Inoltre, l'Istituto, per fine istituzionale, è obbligato alla sperimentazione di terapie innovative in campo oncologico, che sono contemporaneamente prestazioni di eccellenza, e non trovano diretta remunerazione nella tariffa per DRG e ambulatoriali.

Si consideri anche che questo Istituto quale Centro di riferimento regionale per la cura del melanoma e tumori rari prende in carico pazienti provenienti da tutta la Regione Puglia e da altre Regioni, ai quali vengono somministrati farmaci ad altissimo costo (quali ad esempio l'ipilimumab) non rimborsato dalla Regione se somministrato in regime di ricovero. Questa limitazione comporta un maggiore impegno organizzativo per le prestazioni ambulatoriali a favore dei pazienti affetti da melanoma.

Lo stesso dicasi per alcuni farmaci somministrati a pazienti con patologie oncoematologiche per i quali si è resa necessaria l'importazione dall'estero di molecole non ancora registrate dall'AIFA, nonché l'utilizzo per l'Oncologia Medica e per l'Ematologia di terapie innovative con farmaci CNN che restano a totale carico del bilancio aziendale.

Va detto infine che l'Istituto ha ottemperato alla normativa vigente che prevede la centralizzazione della preparazione delle terapie antitumorali in una struttura dedicata tecnologicamente avanzata (U.Ma.C.A.), con una serie di costi fissi di gestione nonché costi imputabili al personale, dispositivi di protezione individuale ed alle procedure per la sicurezza del paziente che non vengono riconosciuti nell'ambito del rimborso regionale per la somministrazione diretta dei farmaci.

È ormai noto che le prestazioni eseguite da questo Istituto determinano inevitabilmente uno squilibrio economico tra le tariffe applicate per la remunerazione delle prestazioni stesse ed i costi sostenuti per erogarle, e che questo disequilibrio rende necessario un intervento da parte della Regione attraverso il riconoscimento di un "Contributo per il riequilibrio economico".

Sarebbe utile e necessario che la Regione riconoscesse, a valere sugli appositi accantonamenti per la ricerca a norma della Legge Regionale n. 38 del 1994, l'adeguamento delle tariffe di competenza, coerente con l'applicazione di protocolli diagnostico/terapeutici innovativi, anche per l'utilizzo di farmaci chemioterapici ad alto costo in regime di ricovero ordinario, i cui costi non risultano coperti dagli attuali DRG.

L'attuale Direzione Strategica, insediatasi il 1 Febbraio 2016, ha progettato in tempi ristretti un programma di rilancio dell'Istituto attraverso l'adozione delle seguenti politiche fondamentali:

- Riduzione dei costi in applicazione del D.Lgs 6 luglio 2012, n. 95 convertito in Legge 132 del 7 agosto 2012 (c.d. Spending Review) e dell'art. 9 ter D.lgs 78/2015 convertito in legge 125/2015;
- Migliore allocazione delle risorse attraverso il potenziamento degli strumenti per la determinazione ed utilizzazione dei costi standard per supportare le scelte strategiche aziendali;
- Aumento dell'attività produttiva.

La politica di riduzione dei costi in applicazione a quanto previsto dal art. 9 ter D.lgs. 19 settembre 2015, n. 78, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, recante: «*Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*», si sta avviando attraverso la rinegoziazione dei contratti in essere, nonché attraverso l'avvio di nuove gare di appalto per la fornitura di beni e servizi, finalizzate a realizzare una riduzione dei costi delle forniture.

L'Istituto ha, inoltre, avviato un percorso di formazione volto alla introduzione della metodica dei costi standard attraverso l'inserimento nel Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard, degli indicatori e dei risultati (N.I.San), come strumento di gestione strategica innovativa che consenta, attraverso la determinazione dei costi effettivi di produzione e la

possibilità di confrontarsi con altre realtà italiane, una migliore allocazione delle scarse risorse a disposizione, nonché un utile strumento che possa essere in grado di rispondere all'evoluzione legislativa in atto.

Attraverso l'adesione al N.I.San (Network Italiano Sanitario), questo Istituto potrà dare un sempre più importante contributo al legislatore regionale e nazionale per la rideterminazione delle tariffe dei DRG, sulla base della determinazione dei costi effettivi di produzione per singolo episodio di ricovero, rilevati applicando la metodica dell'"ABF". In questo modo si potranno adeguare le tariffe e le procedure all'evolversi delle potenzialità terapeutiche in ambito oncologico contribuendo all'azzeramento dell'attuale disequilibrio economico tra le tariffe applicate per la remunerazione delle prestazioni ed i costi sostenuti per erogarle.

L'attività di contenimento dei costi e di adeguata allocazione delle risorse sarà accompagnata da un prevedibile incremento dell'attività produttiva da realizzarsi anche attraverso l'attivazione di nuove Unità Operative sia nell'Area Medica che dell'Area Chirurgica, con conseguente incremento del numero di posti letto che, come previsto dalla DGR n°265/2016 avente ad oggetto *"Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del DM n°7 0/2015 e della Legge di Stabilità 28 Dicembre 2015, n° 208. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015. Rettifica"*, passeranno da n. 81 a n. 141.

Il particolare, il progetto di rilancio dell'Istituto è approvato dalla Regione Puglia con D.G.R. n. 895 del 22/06/2016 ed 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, e prevede il trasferimento dalla Asl Ba all'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di:*

- ✓ Servizio Anatomia Patologia dell'Ospedale "San Paolo" di Bari;
- ✓ Unità Operativa di Chirurgia Toracica del San Paolo (16 posti letto);
- ✓ Servizio di Oncologia Medica dell'Ospedale "Di Venere" di Bari.

Tale attività di rilancio, è stata confermata 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.

Gli effetti positivi di tali politiche hanno determinato un significativo incremento della produzione e dell'efficienza, e sono visibili a partire dall'anno 2018, con l'avvio a pieno regime dell'attività "produttiva".

Ricerca

L'IRCCS, in linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Tutte le Unità Operative dell'Istituto svolgono attività di ricerca sia attraverso progetti istituzionali interni sia attraverso progetti finanziati da soggetti esterni (Ministero della Salute, Regione Puglia, Charities, ecc.).

Le attività di ricerca si basano sulla valutazione analitica e clinica di diverse tecnologie innovative che le Unità Operative cliniche quotidianamente svolgono.

L'Istituto è dotato di 6 laboratori dedicati specificamente alla ricerca (Invasione e Metastatizzazione, Genetica Molecolare Applicata, Farmacologia Clinica e Preclinica, Biomorfologia Funzionale, GMP - Facility Centro Avanzato di terapie Cellulari, Caratterizzazione cellulare) e diversi servizi prevalentemente destinati alla ricerca.

L'Istituto partecipa a diversi Programmi di Screening:

- **Screening regionale per il tumore alla mammella** - L'Unità Operativa Radiologia Senologica dell'Istituto rientra nel programma di screening regionale per il tumore alla mammella come struttura di II e III livello, ossia per approfondimenti diagnostici e caratterizzazione istologica delle lesioni sospette;
- **Screening carcinoma mammario ereditario-familiare** (Progetto Regione Puglia) - nell'ambito del progetto promosso dalla Regione Puglia per la definizione del rischio genetico di insorgenza del carcinoma della mammella e dell'ovaio, l'Istituto è capofila del network di centri di consulenza genetica oncologica, con la ASL Lecce Polo Oncologico "Vito Fazzi" e con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Foggia;
- **Screening carcinoma colon retto** - dal 2012 l'Unità Operativa Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Istituto è uno dei centri di riferimento regionale per lo screening del cancro del colon retto per pazienti con Sangue Occulto nelle Feci positivo e per familiari di primo grado di pazienti affetti da neoplasia.

A) Confronto Dati di Attività scientifica degli Esercizi 2018 e 2017

Si riporta, di seguito il valore delle risorse per la ricerca incassate nel periodo 2018-2017, distinte tra finanziamenti pubblici, privati, donazioni ed altri finanziamenti.

| | 2017 | 2018 | Differenza |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Totale contributi pubblici | 1.404.452 | 3.085.620 | 1.681.168 |
| Italiani | 1.346.152 | 2.881.223 | 1.535.071 |
| Stranieri | 58.300 | 204.396 | 146.096 |
| Totale contributi privati | 143.496 | 450.741 | 307.245 |
| Italiani | 85.196 | 246.345 | 161.149 |
| Stranieri | 58.300 | 204.396 | 146.096 |
| Donazioni da privato | 11.468 | 33.013 | 21.545 |
| Contributi per sperimentazioni cliniche | 550.899 | 556.339 | 5.440 |
| TOTALE FONDI | 1.914.713 | 4.125.713 | 2.211.000 |

Si specifica nella tabella di seguito riportata la quota di contributi pubblici assegnati per competenza a questo istituto dal Ministero della Salute.

| Oggetto | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Ricerca Corrente | 1.576.157,50 | 1.110.287,88 | 1.359.272,90 |
| Euronanomed II (Del. 228/2017) | 103.950,00 | 103.950,00 | |
| Totale | 1.680.107,50 | 1.214.237,88 | 1.359.272,00 |

Nell'anno 2017 il Ministero della Salute ha assegnato a questo Istituto minori finanziamenti per la ricerca corrente, sulla base della riduzione dell'attività di ricerca dell'Istituto in termini di Impact factor e numero di pubblicazioni registrate nell'anno precedente. Tale riduzione è stata conseguente alla decisione assunta con delibera n. 190/2017 di non inserire la tipologia di pubblicazione scientifica identificata come review su riviste internazionali con Impact factor nella report inviato al Ministero. Tali pubblicazioni sono inserite nel report 2018.

(Fonte Direzione Scientifica)

B) Attività dell'esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

Al 2018 risultano attivi, come da sistema telematico ministeriale workflow della ricerca, 15 progetti di ricerca corrente divisi per le 6 linee di ricerca con il coinvolgimento di tutto il personale dipendente dell'Istituto e dei ricercatori a contratto.

Dati relativi alle pubblicazioni anno 2018 e ai trials clinici

L'Impact Factor normalizzato per l'anno 2018 è pari a 289,32 ottenuto da n. 71 pubblicazioni, mentre il numero dei pazienti reclutati in trials clinici nel 2018 è 232. *(Fonte Direzione Scientifica)*

Mission dell'Istituto

L'Istituto persegue la propria Mission attraverso le seguenti azioni:

- agire in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo e coordinamento generali emanati dalla Regione Siciliana e nel rispetto dei principi di informazione, concertazione e consultazione previsti dai contratti collettivi di lavoro sanità e dagli accordi collettivi di categoria;
- definire in modo chiaro, condiviso, adeguato ed efficiente gli assetti organizzativi, le responsabilità e i relativi contenuti;
- gestire le risorse che gli sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità favorendo la partecipazione degli operatori sanitari e delle persone nella definizione delle scelte nella valutazione dei risultati;
- concorrere, in collaborazione con altri soggetti, istituzionali e non, per la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento;
- definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi previo un continuo monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti;
- modellare la propria attività a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- definire e sviluppare interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
- promuovere lo sviluppo permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.

L'Istituto organizza il livello quali - quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo attraverso lo sviluppo di specifici progetti di ricerca particolare attenzione alle determinanti socio economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima; persegue obiettivi di promozione della salute anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva.

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione: privati, organismi istituzionali, enti e associazioni a vocazione sociale, forme di associazionismo strutturato, gruppi occasionali e spontanei.

L'IRCCS in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale. L'Istituto promuove lo scambio di informazioni e buone prassi con altre realtà e organismi nazionali e internazionali per costruire reti di collaborazione, e la partecipazione a progetti e bandi di ricerca multicentrici.

E' inoltre orientato a sviluppare un modello sinergico di rete al fine di realizzare e sviluppare iniziative, progetti ed interventi volti all'ottimizzazione delle attività nell'ambito dei Servizi Sanitari Regionali, attraverso il confronto dei piani di lavoro per l'individuazione dei diversi possibili livelli di collaborazione con altre aziende anche al fine di acquisire informazioni e valutazioni per la condivisione delle tecniche sanitarie in atto impiegate e per i processi sanitari utilizzati.

Tale attività è anche finalizzata all'individuazione delle tecnologie e degli interventi sanitari, da affrontare in modo collaborativo, al fine di evitare eventuali duplicazioni, con l'implementazione e l'adozione a livello regionale, di interventi sanitari e tecnologie già esistenti a livello nazionale ed internazionale. Nella propria attività assistenziale l'Istituto assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione.

Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie e dell'Istituto, come declinate dagli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

L'Istituto individua nell'integrazione fra ricerca traslazionale e le attività sanitarie un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta.

Attraverso l'integrazione ricerca- assistenza l'Istituto tende a realizzare:

- una maggiore efficacia assistenziale, consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multi professionali e interdisciplinari, favorendo un uso più efficiente delle risorse umane mediante il superamento di settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- un approccio integrato, al fine di ridurre il disagio delle persone superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata a cura di équipes dei diversi percorsi diagnostici- terapeutici che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse e di diversa appartenenza sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, per la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione di salute, la creazione e il funzionamento di "reti della salute".

Sulla base degli indirizzi definiti dagli atti di programmazione regionale, opera in rete con le altre aziende sanitarie al fine di garantire, anche attraverso il sistema telematico, il collegamento e il coordinamento delle funzioni assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione, anche protetta.

Obiettivi generali : descrizione sintetica del processo

Così come già anticipato, nell'allegato 2 del regolamento di budget, di cui alla deliberazione n.388/2015 sono riportati gli obiettivi generali definiti come "prioritari", cui la Direzione Strategica ha voluto dare maggiore enfasi. Essi sono lo strumento di budget, attraverso il quale sono concordati gli obiettivi di Dipartimento/U.O., coerentemente con le risorse umane e strumentali ed alla disponibilità di risorse economico-finanziarie.

Gli obiettivi di budget sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale, sulla base dell'istruttoria svolta dal Comitato di Budget, ed i Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali. I predetti obiettivi devono essere coerenti con gli obiettivi generali aziendali.

Il conseguimento degli obiettivi, 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 CCNL della dirigenza e del comparto e della regolamentazione aziendale.

Una volta concordato gli obiettivi, il Dirigente Responsabile della struttura ha l'obbligo di illustrarli a tutto il personale della struttura e di predisporre il relativo Piano Operativo con l'assegnazione al personale dei singoli obiettivi da raggiungere che, deve essere sottoscritto da tutto il personale assegnato alla Struttura che sarà oggetto di valutazione.

Il sistema di valutazione delle prestazioni del personale dipendente, utilizzato dall'Istituto Tumori di Bari, è strutturato in conformità al quadro normativo e contrattuale vigente (si veda il D.lgs n. 286/1999, il D.lgs n. 150/2009, CCNLL della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza S.P.T.A. e del personale del Comparto).

In coerenza con l'impostazione di tale quadro normativo, la valutazione dei risultati nell'Istituto Tumori di Bari delinea un processo direzionale "a cascata" per l'intera struttura organizzativa aziendale.

Il processo, ispirandosi ad un modello di gestione per obiettivi, si configura come un sistema integrato di quotazione che rileva due distinti profili di valutazione:

- a) il livello di conseguimento degli obiettivi concordati con il dirigente responsabile della Struttura (complessa o a valenza dipartimentale);
- b) il livello di professionalità espresso da ogni singolo operatore nell'attività di servizio.

Dalla duplice valutazione analitica dei risultati complessivi della Struttura Organizzativa e del grado di partecipazione dei singoli dipendenti si perviene a una valutazione di sintesi della prestazione individuale direttamente connessa ai fini della gestione del sistema premiante.

Il presupposto fondante dell'intero processo valutativo è la relazione partecipativa che si instaura tra Valutatore e Valutato sugli obiettivi ed azioni gestionali per il loro perseguimento in un ambito relazionale fondato sulla chiarezza e sulla trasparenza.

Il sistema di valutazione, pertanto, assumerà le seguenti caratteristiche:

- 1) condivisione con la Direzione Strategica degli obiettivi da perseguire con valenza prioritaria
piena responsabilità della Dirigenza sulla valutazione dei collaboratori e sul grado di partecipazione ai risultati;
- 2) conoscenza diretta dell'attività del Valutato da parte del Valutatore;
- 3) partecipazione attiva al procedimento da parte del Valutato attraverso la conoscenza/partecipazione/condivisione/contraddittorio;
- 4) previsione di un doppio grado di valutazione, ovvero di un valutatore di primo grado e di un valutatore di secondo grado (Organismo Indipendente di Valutazione)
- 5) periodicità annuale del processo;
- 6) collegamento diretto della Valutazione al Sistema premiante.

Esso si fonda sui seguenti principi:

- adeguatezza dei livelli di prestazione;
- rispetto degli ambiti e delle competenze professionali;
- trasparenza del percorso seguito;
- informazione corretta;
- imparzialità ed autonomia di giudizio.

Il sistema e la metodologia utilizzata realizza anche una serie di obiettivi di miglioramento e sviluppo delle

modalità di gestione delle risorse umane aziendali, ossia:

- 1) la realizzazione di uno strumento univoco e condiviso di direzione e coordinamento del contributo gestionale/professionale delle risorse dirigenziali;
- 2) la strutturazione di un patrimonio informativo sulle caratteristiche qualitative delle risorse umane tutte ai fini della programmazione di eventuali processi di valorizzazione e sviluppo;
- 3) l'erogazione graduata e selettiva della retribuzione collegata al sistema premiante;

- 4) il collegamento metodologico con il processo di conferimento degli incarichi;
- 5) la gestione degli effetti sanzionatori previsti dai CCNLL della dirigenza.

Il sistema di valutazione dell'Istituto Tumori di Bari, delle Strutture Organizzative e dei risultati dei singoli dipendenti è annuale e si applica a tutto il personale dirigente e di comparto in servizio, con contratto a tempo indeterminato e determinato.

Non si applica ai dipendenti comandati presso altre amministrazioni o Enti.

La performance individuale è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi tesi al raggiungimento della mission dell'Istituto e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; gli obiettivi sono attribuiti alla struttura di appartenenza, il dirigente superiore informa opportunamente tutti i collaboratori in via preventiva. Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno e dell'azione professionale messe a disposizione dell'organizzazione. La performance organizzativa e la performance individuale sono correlate ed integrate nel ciclo della performance.

La performance individuale viene riportata su un'apposita scheda e redatta annualmente dal Responsabile dell'U.O. di assegnazione nel rispetto delle regole e dei principi previsti nel Regolamento approvato dall'Istituto Tumori di Bari con deliberazione nn. 43/2015 e 186/2014.

Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

Entro il 30 giugno, sulla base delle risultanze, la STP sulla base dei dati forniti ed elaborati dall'U.O. C. Controllo di Gestione redige la Relazione sulla Performance nella quale sono illustrati a consuntivo i risultati ovvero la performance organizzativa di tutti i CdC.

La suddetta relazione espone il grado di effettivo conseguimento dei singoli obiettivi programmati, le risorse concretamente impiegate rispetto a quelle previste, le cause che hanno eventualmente prodotto uno scostamento dai risultati attesi.

La suddetta relazione viene avvallata dalla Direzione Generale e trasmessa per l'espressione del parere di competenza all'OIV.

In continuità con quanto previsto con la DGR n. 930 del 06.05.15 ad oggetto "Criteri di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016", il Governo Regionale con DGR n. 161 del 29/02/2016 ha approvato il "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. Modifica ed integrazione del Regolamento regionale n.14/2015."

Il provvedimento rimodula la dotazione di posti letto regionale, e quindi, di ogni singola struttura ospedaliera pubblica e privata, in linea con le disposizioni di cui all'art.15, c.13, lett. c), del D.L. 06/07/2012 n. 95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 07/08/2012 n. 135, nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera individuati nell'Allegato 1 del D.M. n.70/2015, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, correlata al contenimento della relativa spesa coerentemente con le risorse programmate per il SSR.

Tanto sostanzia la validità dell'azione strategica della Direzione Strategica dell'Istituto Tumori di Bari, in piena sintonia con linee programmatiche regionali, tese al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, correlata al contenimento della relativa spesa coerentemente con le risorse programmate per il SSR.

Per il 2019 sarà necessario proseguire sulle azioni intraprese nel corso dell'esercizio 2016 al fine di agire sul processo di cambiamento organizzativo contrastandone l'inerzia sistemica. In particolare:

1. proseguire nell'analisi delle procedure aziendali e di bilancio, al fine di rimuovere le numerose criticità rilevate in fase di redazione del Bilancio di esercizio;
2. migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera connessa al contenimento della relativa spesa attraverso l'implementazione delle linee guida regionali sul Piano di Riordino di cui alla D.G.R. n.161 del 29.02.2016;
3. potenziare le infrastrutture e l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari attraverso la programmazione dei fondi FESR 2014-2020;
4. definire il ruolo della dirigenza nel processo di cambiamento organizzativo attuando quanto previsto dalla Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" in materia di rotazione dei dirigenti;
5. progressiva realizzazione del Piano degli investimenti e aggiornamento di tutte le gare sugli acquisti;
6. implementare le procedure per la sicurezza dei pazienti nell'ambito del Rischio Clinico attraverso la formazione continua e la revisione e l'aggiornamento delle procedure.

Obiettivi generali : descrizione sintetica del processo

Così come già anticipato, negli allegati del regolamento di budget, di cui alla deliberazione n. 583/2018 sono riportati gli obiettivi generali definiti come "prioritari", cui la Direzione Aziendale ha voluto dare maggiore enfasi. Essi sono lo strumento di budget, attraverso il quale sono concordati gli obiettivi delle UU.OO., coerentemente con le risorse umane e strumentali ed alla disponibilità di risorse economico-finanziarie. Gli obiettivi di budget sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale, sulla base dell'istruttoria svolta dal Comitato di Budget, ed i Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali.

I predetti obiettivi devono essere coerenti con gli obiettivi generali aziendali.

Il conseguimento degli obiettivi, 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 CCNL della dirigenza e del comparto e della regolamentazione aziendale.

Una volta concordati gli obiettivi, il Dirigente Responsabile della struttura ha l'obbligo di illustrarli a tutto il personale della struttura e di predisporre il relativo **Piano Operativo** con l'assegnazione al personale dei singoli obiettivi da raggiungere che, deve essere sottoscritto da tutto il personale assegnato alla Struttura che sarà oggetto di valutazione.

Il sistema di valutazione delle prestazioni del personale dipendente, utilizzato dall'Istituto Tumori di Bari, è strutturato in conformità al quadro normativo e contrattuale vigente (si veda il d.lgs n. 286/1999, il d.lgs n. 150/2009, CCNLL della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza S.P.T.A. e del personale del Comparto). In coerenza con l'impostazione di tale quadro normativo, la valutazione dei risultati nell'Istituto Tumori di Bari delinea un processo direzionale "a cascata" per l'intera struttura organizzativa aziendale.

Il processo, ispirandosi ad un modello di gestione per obiettivi, si configura come un sistema integrato di valutazione che rileva due distinti profili di valutazione:

- a) il livello di conseguimento degli obiettivi concordati con il dirigente responsabile della Struttura (complessa o a valenza dipartimentale);
- b) il livello di professionalità espresso da ogni singolo operatore nell'attività di servizio.

Dalla duplice valutazione analitica dei risultati complessivi della Struttura Organizzativa e del grado di partecipazione dei singoli dipendenti si perviene a una valutazione di sintesi della prestazione individuale direttamente connessa ai fini della gestione del sistema premiante.

Il presupposto fondante dell'intero processo valutativo è la relazione partecipativa che si instaura tra Valutatore e Valutato sugli obiettivi ed azioni gestionali per il loro perseguimento in un ambito relazionale fondato sulla chiarezza e sulla trasparenza.

Il sistema di valutazione, pertanto, assumerà le seguenti caratteristiche:

- condivisione con la Direzione Strategica degli obiettivi da perseguire con valenza prioritaria
- piena responsabilità della Dirigenza sulla valutazione dei collaboratori e sul grado di partecipazione ai risultati;
- conoscenza diretta dell'attività del Valutato da parte del Valutatore;
- partecipazione attiva al procedimento da parte del Valutato attraverso la conoscenza e/o partecipazione e/o condivisione e/o contraddittorio;
- previsione di un doppio grado di valutazione, ovvero di un valutatore di primo grado e di un valutatore di secondo grado (Organismo Indipendente di Valutazione)
- periodicità annuale del processo;
- collegamento diretto della Valutazione al Sistema premiante.

Esso si fonda sui seguenti principi:

- adeguatezza dei livelli di prestazione;
- rispetto degli ambiti e delle competenze professionali;
- trasparenza del percorso seguito;
- informazione corretta;
- imparzialità ed autonomia di giudizio.

Il sistema e la metodologia utilizzata realizza anche una serie di obiettivi di miglioramento e sviluppo delle modalità di gestione delle risorse umane aziendali, ossia:

- la realizzazione di uno strumento univoco e condiviso di direzione e coordinamento del contributo gestionale/professionale delle risorse dirigenziali;
- la strutturazione di un patrimonio informativo sulle caratteristiche qualitative delle risorse umane tutte ai fini della programmazione di eventuali processi di valorizzazione e sviluppo;
- l'erogazione graduata e selettiva della retribuzione collegata al sistema premiante;
- il collegamento metodologico con il processo di conferimento degli incarichi;
- la gestione degli effetti sanzionatori previsti dai CCNNLL della dirigenza.

Il sistema di valutazione dell'Istituto Tumori di Bari, delle Strutture Organizzative e dei risultati dei singoli dipendenti è annuale e si applica a tutto il personale dirigente e di comparto in servizio, con contratto a tempo indeterminato e determinato, nel periodo di riferimento presso l'Istituto Tumori di Bari. Non si applica ai dipendenti comandati presso altre amministrazioni o Enti.

La performance individuale è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi tesi al raggiungimento della mission dell'Istituto e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder; gli obiettivi sono attribuiti alla struttura di appartenenza, il dirigente superiore informa opportunamente tutti i collaboratori in via preventiva.

Ad ogni operatore compete l'attribuzione di una valorizzazione correlata con appositi criteri di differenziazione dell'impegno e dell'azione professionale messe a disposizione della organizzazione.

La performance organizzativa e la performance individuale sono correlate ed integrate nel ciclo della performance. La performance individuale viene riportata su un'apposita scheda e redatta annualmente dal Responsabile dell'U.O. di assegnazione nel rispetto delle regole e dei principi previsti nel Regolamento approvato dall'Istituto Tumori di Bari con deliberazione n. 186/2014.

Tabelle "Obiettivi Strategici"

Per quanto riguarda l'analisi dei processi di programmazione strategica dell'Istituto, e conseguentemente la declinazione degli obiettivi assegnati ad ogni UU.OO. dalla Direzione Strategica, la seguente tabella fornisce la rappresentazione della performance delle varie UU.OO. nell'anno 2018.

VALUTAZIONE PERFORMANCE OBIETTIVI ANNO 2018

| Numero Progressivo | Unità Operativa Esaminata | Responsabile | Valore assegnato | Valutazione OIV |
|--------------------|--|------------------------------|------------------|-----------------|
| 1 | U.O. Anestesia Rianimazione e Tipo | Dott. Giuseppe Caravetta | 100,00 | 100,00 |
| 2 | U.O. Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico | Dott. Michele Simone | 100,00 | 100,00 |
| 3 | U.O. Ematologia | Dott. Attilio Guarini | 100,00 | 90,00 |
| 4 | U.O. Oncologia Medica | Dott. Vito Lorusso | 100,00 | 85,00 |
| 5 | U.O. Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale | Dr. Gaetano Achille | 100,00 | 75,00 |
| 6 | U.O. Anatomia Patologica | Dr. Alfredo Zito | 100,00 | 100,00 |
| 7 | U.O. Oncologica Interventistica | Dr. Cosmo Damiano Gadaleta | 100,00 | 95,00 |
| 8 | U.O. Chirurgia Generale ad Indirizzo Senologico | Dr. Sergio Diotaiuti | 100,00 | 85,00 |
| 9 | U.O. Cardiologia | Dr Stefano Oliva | 100,00 | 85,00 |
| 10 | U.O. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | Dr. Cosmo Maurizio Ressa | 100,00 | 85,00 |
| 11 | U.O. Radiologia Diagnostica | Dr.ssa Maria Pia Perrotti | 100,00 | 86,00 |
| 12 | U. O. Endoscopia Digestiva | Dr. Ippazio Ugenti | 100,00 | 85,00 |
| 13 | U.O. Ginecologia Oncologica Clinicizzata | Dr. Giulio Gargano | 100,00 | 85,00 |
| 14 | U.O. Oncologia Sperimentale e Gestione Biobanca | Dr. Angelo Virgilio Paradiso | 100,00 | 92,50 |
| 15 | U.O. Patologia Clinica | Dr.ssa Ines Abbate | 100,00 | 90,00 |
| 16 | U.O. Radiodiagnostica Senologica | Dr.ssa Rosalba Dentamaro | 100,00 | 90,00 |
| 17 | U.O. Radioterapia Oncologica | Dr. Marco Lioce | 100,00 | 75,00 |
| 18 | U.O. Fisica Sanitaria | Dr. Vittorio Didonna | 100,00 | 100,00 |
| 19 | U.O. Farmacia e UMaCA | Dr.ssa Patrizia Nardulli | 100,00 | 92,50 |
| 20 | U.O. Area Gestione Tecnica e Servizi Informatici | Ing. Giancarlo Salomone | 100,00 | 90,00 |
| 21 | SC Area Gestione Risorse Finanziarie | Ing. Giancarlo Salomone | 100,00 | 90,00 |
| 22 | SSD Area Patrimonio Appalti e Contratti | Dr. Filippo Tragni | 100,00 | 90,00 |
| 23 | U.O. S.E. Controllo di Gestione e Qualità e Clinical Risk Management | Dr. Pietro Milella | 100,00 | 100,00 |
| 24 | SSD Servizio delle Professioni Sanitarie e Formazione | Dr. Vincenzo D'Addabbo | 100,00 | 100,00 |
| 25 | U.O. Oncologia Medica per la presa in carico globale del paziente oncologico | Dr. Gennaro Palmiotti | 100,00 | 80,00 |
| 26 | SC Struttura Burocratico Legale, Privacy e Affari Generali | Avv. Maria Grimaldi | 100,00 | 100,00 |
| 27 | U.O. Area Gestione Risorse Umane | Dott. Donato Madaro | 100,00 | 100,00 |
| 28 | U.O. Chirurgia Toracica | Dr. Paolo Sardelli | 100,00 | 100,00 |
| 29 | SSD Endoscopia Bronchiale | Dr. Marco Luigi Cisternino | 100,00 | 100,00 |
| 30 | SSD Urologia | Dr. Gianfranco Giocoli Nacci | 100,00 | 85,00 |
| 31 | SSD Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica | Dr.ssa Stefania Tommasi | 100,00 | 100,00 |
| 32 | U.O. Oncologia Medica per la Patologia Toracica | Dr. Domenico Galetta | 100,00 | 100,00 |
| Totale complessivo | | | 3.200,00 | 2.931,00 |

VALUTAZIONE PERFORMANCE OBIETTIVI ANNO 2018

| Numero Progressivo | Dipartimento | Responsabile | Valore assegnato | Valutazione OIV |
|---------------------------|---|----------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1 | Dipartimento di Staff | Dr. Pietro Milella | 100 | 100,00 |
| 2 | Dipartimento della Gestione | Ing. Giancarlo Salomone | 100 | 90,00 |
| 3 | Dipartimento Area Chirurgica | Dr. Paolo Sardelli | 100 | 100,00 |
| 4 | Dipartimento di Diagnosi e Terapia per Immagini | Dr. Cosmo Damiano Gadaleta | 100 | 100,00 |
| 5 | Dipartimento dei Servizi | Dr. Alfredo Zito | 100 | 100,00 |
| 6 | Dipartimento Area Medica | Dr. Attilio Guarini | 100 | 100,00 |
| | | | 600 | 590,00 |

Per quanto riguarda i "Documenti del ciclo", il sistema di misurazione e valutazione della performance e gli standard di qualità dei servizi, la seguente tabella fornisce i dati dei documenti in oggetto.

Tabella: Documenti del ciclo

| Documento | Data di approvazione | Data di pubblicazione | Data ultimo aggiornamento | Link documento |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| Sistema di misurazione e valutazione della performance | 27 marzo 2014 | 27 marzo 2014 | 20 gennaio 2015 | https://www.sanita.puglia.it/web/ircc-a-di-misurazione-e-valutazione-della-performance |
| Piano della performance | 12 maggio 2017 | 12 maggio 2017 | 9 agosto 2017 | https://www.sanita.puglia.it/web/ircc-della-performance |
| Programma triennale per la trasparenza e l'integrità | 21 febbraio 2014 | 21 febbraio 2014 | 10 febbraio 2017 | https://www.sanita.puglia.it/web/ircc/amministrazione-trasparente |
| Standard di qualità dei servizi | Lettera prot. del 15 settembre 2016 | Lettera prot. del 15 settembre 2016 | Lettera prot. del 21 marzo 2017 | https://www.sanita.puglia.it/c/documentlibrary/get_file?uuid=3fb34f0f-7fe7-49d4b-1e8534a19ce2&groupId=36096 |

Per quanto riguarda i dati sintetici sulla valutazione individuale effettuata nel corso dell'anno di riferimento, vengono richieste informazioni riguardanti i seguenti ambiti:

1. categorie di personale oggetto della valutazione individuale,
2. peso dei criteri di valutazione,
3. distribuzione del personale per classi di punteggio finale,
4. collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo,
5. obblighi dirigenziali.
- 6.

Tabella: Categorie di personale oggetto della valutazione individuale

| | Personale valutato (valore assoluto) | Periodo conclusione valutazioni | | Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore (Indicare con "X" una delle tre opzioni) | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|----------|----|
| | | Mese e anno (mm/aaaa) | Valutazione ancora in corso (SI/NO) | 50% - 100% | 1% - 49% | 0% |
| Dirigenti di I fascia e assimilabili | 157 | 09/2018 | NO | X | | |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | 13 | 09/2018 | NO | X | | |
| Non Dirigenti | 433 | 09/2018 | NO | X | | |

Tabella: Peso (%) dei criteri di valutazione

| | Contributo alla performance complessiva dell'amm.ne | Obiettivi organizzativi della struttura | Capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori | Obiettivi individuali | Obiettivi di gruppo | Contributo alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza | Competenze e/o comportamenti professionali organizzativi posti in essere |
|---------------------------------------|---|---|--|-----------------------|---------------------|--|--|
| Dirigenti di I fascia e assimilabili | 23 | 31 | //////// | 10 | XXXXXX | XXXXXXXXXX | 36 |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | 16 | 33 | //////// | 41 | XXXXXX | XXXXXXXXXX | 10 |
| Non Dirigenti | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | 20 | //////// | 35 | 45 |

Tabella: Distribuzione del personale per classi di punteggio finale

| | Personale per classe di punteggio (valore assoluto) | | |
|---------------------------------------|---|-----------|----------------------|
| | 100% - 90% | 89% - 60% | Inferiore al 60% |
| Dirigenti di I fascia e assimilabili | 154 | 2 | 1 |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | 12 | 1 | //////////////////// |
| Non Dirigenti | 420 | 7 | 6 |

Tabella: Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto integrativo

| | Sì (indicare con "X") | No (indicare con "X") | (se sì) indicare i criteri | (se no) motivazioni | Data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Dirigenti e assimilabili | X | | | | Delibera n. 287 del 07/05/2015 |
| Non Dirigenti | X | | | | Delibera n. 288 del 07/05/2015 |

Tabella: Obblighi dirigenziali

I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?

| Si (indicare con "X") | No (indicare con "X") |
|--|--|
| X | |