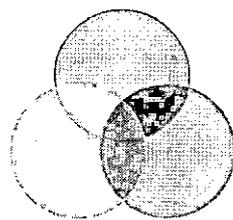


**IRCCS - ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"**



**PIANO DELLA PERFORMANCE  
2018- 2020**

## **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'organigramma e assetto posti letto
  - 3.3 L'IRCCS in "cifre" – Andamento Produzione e Indicatori di attività Biennio 2016-2017
- 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 2018**
- 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:

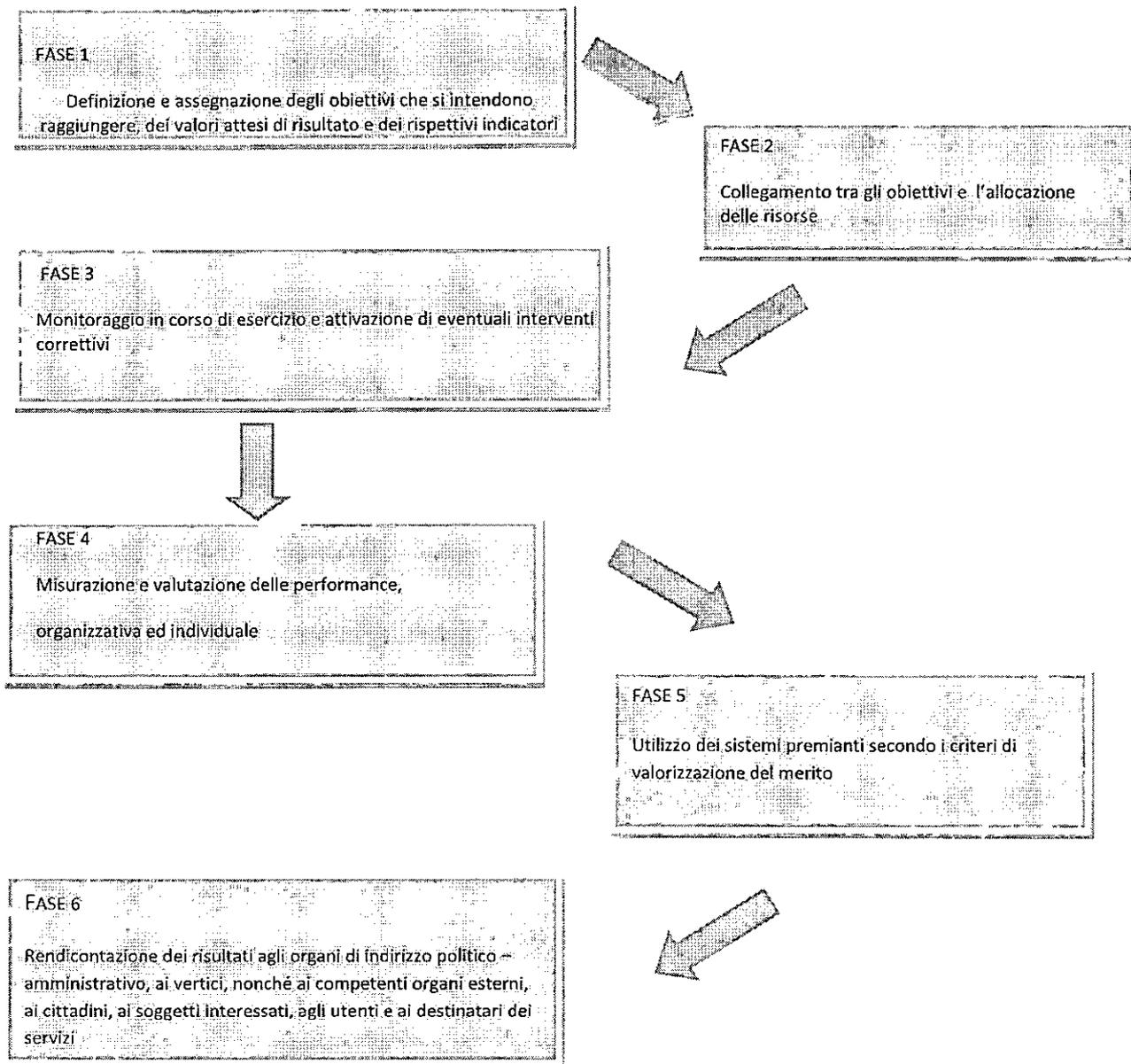
- Delibera CIVIT n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance"
- D.lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- L.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione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

Il Piano della Performance 2018-2020 tiene conto dell'ultimo assetto della Direzione Strategica sancito con DDG 798/2017 e richiama gli obiettivi generali di assistenza e di ricerca fissati con il precedente Piano della Performance 2017-2019.

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, nonché dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie.

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.

Con DGR 895/2016 è stato avviato il piano di rilancio dell'Istituto attraverso il potenziamento delle attività dell'IRCCS, indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale.

La Regione Puglia ha inoltre riconosciuto l'IRCCS quale Hub all'interno della Rete Oncologica Pugliese (ROP).

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.

### 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.

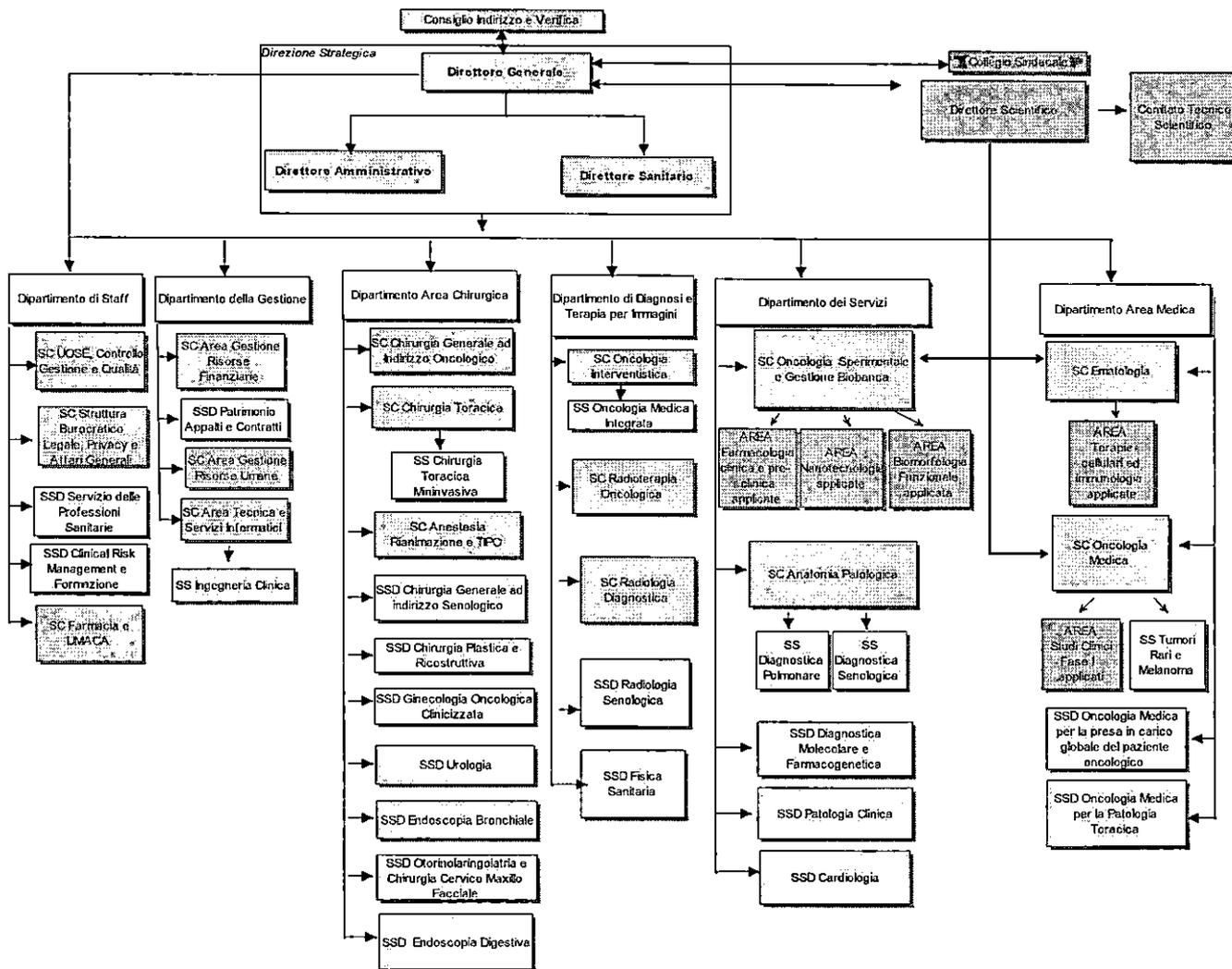


## **Prodotti delle attività di ricerca**

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'Organigramma e Assetto posti Letto



L'organigramma riportato è stato approvato con provvedimento deliberativo n.798/2017 di approvazione dell'Atto Aziendale.

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"**

<b>UNITÀ OPERATIVA</b>	<b>POSTI LETTO</b>
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
<b>Totale Posti Letto</b>	<b>156</b>

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.

### 3.2 L'IRCCS in "cifre" – Andamento Produzione e Indicatori di attività Biennio 2016-2017

#### Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2017 e 2016

L'attività assistenziale dell'Istituto nel corso del 2017 risulta in rilevante incremento rispetto al 2016 sia in termini numerici che di fatturato.

Si riporta di seguito il dettaglio dell'attività assistenziale 2017 a confronto con l'anno 2016:

Tabella 1 - dettaglio dell'attività assistenziale 2017 a confronto con l'anno 2016: numero di ricoveri

ATTIVITA' ASSISTENZIALE	2016 (n°)	2017 (n°)	Differenza 2017-2016 (n°)	Differenza 2017-2016 (%)
RICOVERI REGIME ORDINARIO	2408	3076	668	28%
RICOVERI REGIME DIURNO	726	518	-208	-29%
<b>Totale Ricoveri</b>	<b>3134</b>	<b>3594</b>	<b>460</b>	
<b>ATTIVITA' AMBULATORIALE</b>	<b>492.538</b>	<b>532.569</b>	<b>40.031</b>	<b>8%</b>

In termini di fatturato si rileva quanto segue:

Tabella 2 - dettaglio dell'attività assistenziale 2017 a confronto con l'anno 2016: fatturato

PRODUZIONE	2016 (€)	2017 (€)	Differenza 2017-2016 (€)	Differenza 2017-2016 (%)
ATTIVITA' DI RICOVERO	13.118.584	16.132.812	3.014.228	23%
ATTIVITA' AMBULATORIALE	7.868.477	9.080.402	1.211.924	15%
<b>Totale Produzione</b>	<b>20.987.061</b>	<b>25.213.214</b>	<b>4.226.152</b>	<b>20%</b>

\* valore al netto del ticket

L'attività di ricovero presenta un incremento del 23% (€ 3.014.228) e l'attività ambulatoriale presenta un incremento del 15% (€ 1.211.924) 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	ANNO2016 N° ricoveri Day Hospital	ANNO2017 N° ricoveri Day Hospital	ANNO2016 N° ricoveri Ordinari	ANNO2017 N° ricoveri Ordinari
CHIRURGIA GENERALE IND. SENOLOGICO T.I.P.O.	136	107	472	402
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	76	79	190	320
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO	129	53	410	398
ONCOLOGIA INTERVENTISTICA	110	131	422	546
EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	1	2	254	295
GINECOLOGIA ONCOLOGICA CLINICIZZATA	69	9	29	145
OTORINOLARINGOIATRIA	205	137	83	133
ONCOLOGIA MEDICA			548	407
CHIRURGIA TORACICA				176
UROLOGIA				78
ONCOLOGICA MEDICA PER LA PATOLOGIA TORACICA				173
<b>TOTALE</b>	<b>726</b>	<b>518</b>	<b>2408</b>	<b>3076</b>

Dalla tabella dei dati di attività in regime di ricovero si evidenzia un complessivo incremento dei ricoveri ordinari (da n. 2.408 nel 2016 a n. 3.076 nel 2017) 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 continua attenzione rivolta a garantire l'appropriatezza dei ricoveri.

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

- Oncologia Interventistica (ricoveri da n. 422 nel 2016 a n. 546 nel 2017);
- Chirurgia Plastica e ricostruttiva (ricoveri da n. 190 nel 2016 a n. 320 nel 2017);
- Ginecologia Oncologica clinicizzata (ricoveri da n. 29 nel 2016 a n. 116 nel 2017).

Si riporta di seguito il dettaglio del valore dell'attività produttiva intra-regionale, extra-regionale, così come validata dalla Regione Puglia – Dipartimento delle Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, con nota prot. AOO\_168/PROT/27/04/2018/375 avente ad oggetto: "Assegnazioni indistinte e vincolate FSN 2017".

Tabella 4 – mobilità intra regionale

Prestazioni	Produzione 2016 (€)	Produzione 2017 (€)	Differenza 2017- 2016 (€)	Differenza (%)
Ricoveri (*)	12.481.654	15.415.267	2.933.613	23,5%
Ambulatoriale (**)	7.696.171	8.854.690	1.158.519	15,1%
<b>Totale</b>	<b>20.177.825</b>	<b>24.269.957</b>	<b>4.092.132</b>	<b>20,3%</b>
(*) Il valore è al lordo della inappropriatazza				
(**) il Valore è al netto del ticket				

Il fatturato dell'attività in regime di ricovero a favore dei pazienti residenti nella regione Puglia, alla data del 31 dicembre 2017 è in aumento rispetto all'anno precedente (+€ 2.933.613, +17,2%) così come aumenta il valore dell'attività in regime ambulatoriale (+€ 1.158.519, +15,1%).

Si riporta di seguito il valore delle prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale a pazienti **non** residenti nel territorio regionale nell'anno 2017 a confronto con l'anno precedente.

Tabella 5 – Mobilità extra regionale e nazionale

Prestazioni	Produzione 2016 (€)	Produzione 2017 (€)	Differenza 2017-2016 (€)	Differenza (%)
Ricoveri(*)	636.930,00	717.545	80.615	12,7%
Ambulatoriale (**)	172.306,19	225.712	53.406	31,0%
<b>Totale</b>	<b>809.236,19</b>	<b>943.257</b>	<b>134.021</b>	<b>16,6%</b>

(\*) Il valore è al lordo della inappropriatezza

(\*\*) il Valore è al netto del ticket

L'attività in regime di ricovero a favore di pazienti provenienti da altre Regioni alla data del 31 dicembre 2017 è in incremento rispetto all'anno precedente (+€ 80.615, +12.7%) così come è incremento l'attività in regime ambulatoriale (+€ 53.406, +31.0%).

**INDICATORI DI ATTIVITA' DI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO**

INDICATORI	ANNO 2016	ANNO 2017
N° RICOVERI	2.408	3.076
DEGENZA MEDIA	9,15	7,98
OCCUPAZIONE POSTI LETTO (%)	83,58	82,12
PESO MEDIO	1,57	1,57

Gli indicatori attestano:

- Un incremento della dotazione dei posti letto
- Un incremento dell'attività di ricovero in regime ordinario pari al +28%
- Una riduzione dell'indice di degenza media che simboleggia una maggiore appropriatezza dei ricoveri conseguente all'attivazione del percorso del pre-ricovero ospedaliero
- Una riduzione dell'indice di occupazione dei posti letto determinata in parte dall'aumento dell'attività ambulatoriale, in parte dal processo di de-ospedalizzazione avviato
- Il mantenimento 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.

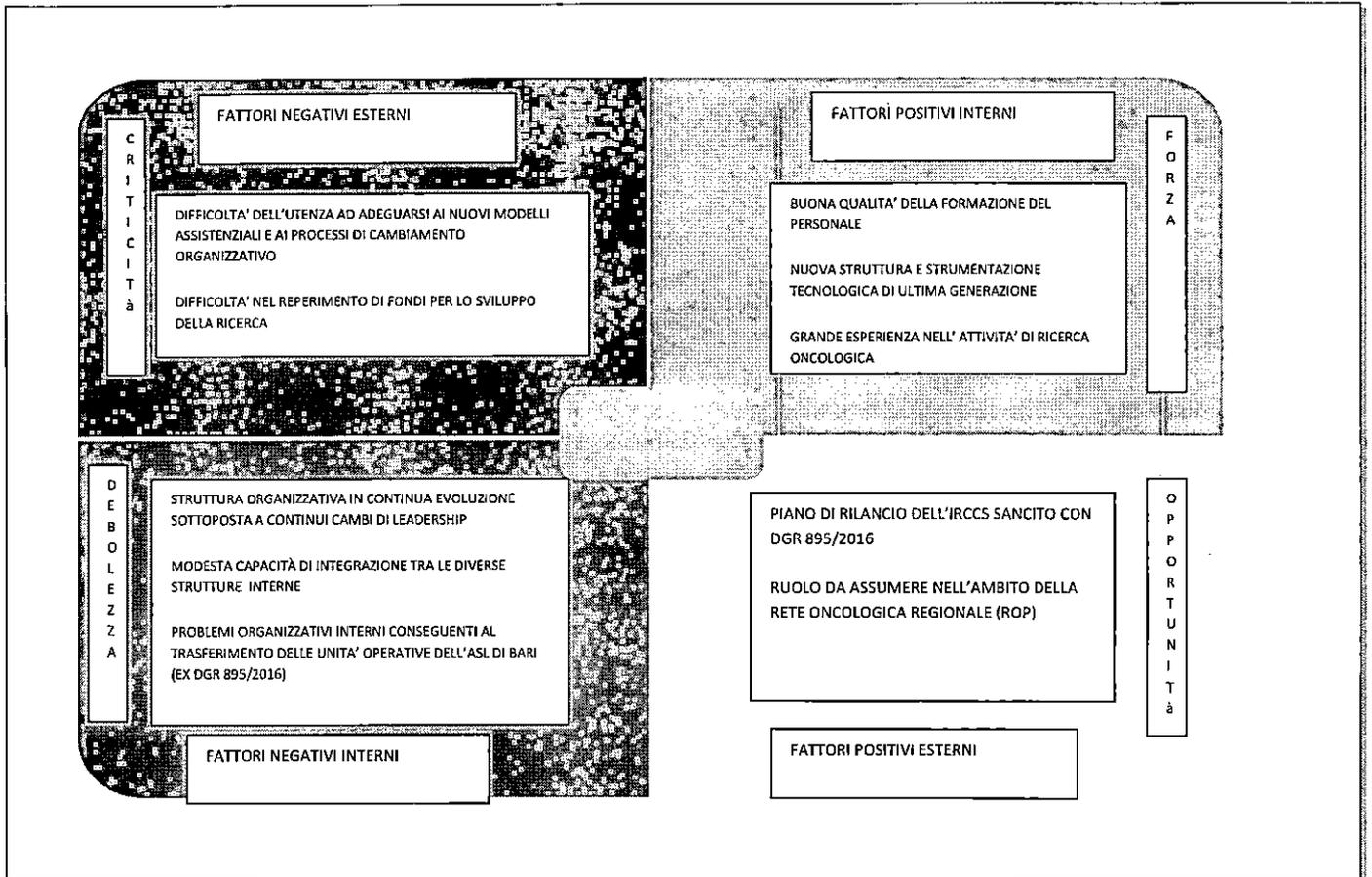
Con decorrenza 1.09.2017, in esecuzione della predetta DGR n. 895/2016, è avvenuto il trasferimento delle Unità Operative dell'ASL di Bari di Chirurgia Toracica, di Anatomia Patologica e di Oncologia Medica, potenziando in tal modo l'offerta sanitaria dell'IRCCS "Giovanni Paolo II".

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 con il precedente Piano della Performance 2017-2019. In prima istanza sono state individuate le aree strategiche in cui l'Istituto intende operare, nel triennio 2018-2020 e nell'ambito di ciascun area sono definiti gli obiettivi strategici che sono poi stati 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: potenziare la ricerca Traslazionale in ambito oncologico per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie oncologiche.
- Quality Assurance, Innovazione e Sviluppo: Assunzione 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 arco temporale annuale
- 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.



# ALBERO DELLA PERFORMANCE

MANDATO ISTITUZIONALE - MISSION

IRCCS DI STUDI E PRATICA ONCOLOGICA VALEVA CON BANCA DI SUE ATREVE INTERAZIONI  
 TRA ASSISTENZA E RICERCA IN ASSERZIONE CON IL TERRITORIO INTEGRAZIONE TRALE  
 DIVERSE DISCIPLINE (MULTIDISCIPLINARE) SU TAMPRESORPOSTO ISTRITTO SCANDIA  
 A ONBANTE IL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE  
 PER SEGUIRE LA QUALITÀ DELL'ATTRE DELLA RICERCA E ASSISTENZA DEI PAZIENTI  
 DELLA PUGLIA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

AREA STRATEGICA 1                      AREA STRATEGICA 2                      AREA STRATEGICA 3

ASSISTENZA SANITARIA

RICERCA

INNOVAZIONE - SVILUPPO SISTEMA QUALITÀ

OBIETTIVI STRATEGICI

OBIETTIVI STRATEGICI

OBIETTIVI STRATEGICI

PIANO DI RILANCIO DELL'IRCCS SANCITO CON DGR 895/2016

SVILUPPO DELLE ATTIVITÀ DELLA BIOBANCA

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

AUMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA

ACCREDITAMENTO OEI (OTTENIMENTO /MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE)

TRASPARENZA NELLA GESTIONE DEI SETTORI DELLA RICERCA, ASSISTENZA, E AMMINISTRATIVI

RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITÀ DELLE CURE

SVILUPPO DELLA RICERCA TRASLAZIONALE

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT

OTTIMIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE ATTRAVERSO L'ANALISI DEL RAPPORTO COSTI/PRODUZIONE

PROGETTAZIONE RICERCA PER ACCESSO AI FONDI PRIVATI ED EUROPEI

ATTIVAZIONE PROCEDURE DI ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE

CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

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 2018

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
ASSISTENZA SANITARIA	PIANO DI RILANCIO DELL'IRCCS SANCTO CORADOR 2015/2018	AUMENTO OFFERTA SANITARIA	N° PRESTAZIONI SANITARIE (RICOVERI E ATTIVITA' AMBULATORIALE)	REPORT ATTIVITA' SANITARIA
ASSISTENZA SANITARIA	AUMENTO DELLA PRODUTTIVITA' NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA	AUMENTO DELLA PRODUTTIVITA' NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA	VALORE PRODUZIONE ECONOMICA 2018 > AL VALORE PRODUZIONE ECONOMICA 2017, AL NETTO DELL'INAPPROPRIATEZZA EX DGR N. 1442 DEL 4/8/2009	FLUSSI SDO /ATTIVITA' AMBULATORIALE
ASSISTENZA SANITARIA	OTTIMIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE ATTRAVERSO L'ANALISI DEL RAPPORTO COSTI/PRODUZIONE	OTTIMIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	RAPPORTO TRA CONSUMI PER FARMACI E PRESIDII E VALORE DELLA PRODUZIONE NON DEVE SUPERARE IL VALORE REGISTRATO NELL'ANNO PRECEDENTE	RAPPORTO SC USOE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' / FARMACIA
ASSISTENZA SANITARIA	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	RIPROGRAMMAZIONE AGENDE AMBULATORI	AUMENTO N. PRESTAZIONI OFFERTE SETTIMANALMENTE	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	RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE	PERCORSO DI PRE-RICOVERO CHIRURGICO	VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2018 ≤ VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2017	REPORT SC USOE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' - FLUSSO DRG
ASSISTENZA SANITARIA	RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SECONDO IL PRINCIPIO DELL'INTENSITA' DELLE CURE	ATTIVAZIONE MODALITA' DI RICOVERO IN REGIME WEEK SURGERY	ATTIVAZIONE DELLA MODALITA' DI RICOVERO IN REGIME WEEK SURGERY	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
RICERCA	SVILUPPO ATTIVITA' DELLA BIOMANCA	AVVIO A REGIME DELLE PROCEDURE DI BIOMANCA	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

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 OECE (OTTENIMENTO / MANTENIMENTO / CERTIFICAZIONE)	MESSA IN ATTO DELLE AZIONI PREVISTE NELL'ACTION PLAN OECE	IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO DELLE AZIONI PREVISTE NELL'ACTION PLAN OECE	N° PROCEDURE ATTIVATE (VALUTAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DI PROGETTO OECE)
RICERCA	SVILUPPO DELLA RICERCA TRASLAZIONALE	MANTENIMENTO / SUPERAMENTO DEI VALORI DI IF NORMALIZZATO NEL RISPETTO DEI CRITERI MINISTERIALI	VALORE IF NORMALIZZATO 2018 ≥ VALORE IF NORMALIZZATO 2016	REPORT PRODUZIONE 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 2018	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
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	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
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 BISOGNI, ECC)	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA
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	% UTILIZZO SUL TOTALE DELLE ABILITAZIONI RILASCIATE AI MEDICI PRESCRITTORI	FLUSSO EDOTTO
INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT	ATTIVITA' PROGETTUALE IN TEMA DI UMANIZZAZIONE (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 2018 ≥ N° PRESCRIZIONI 2017	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA'

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
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 CIASCUNA UU.OG	% 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'

## 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.

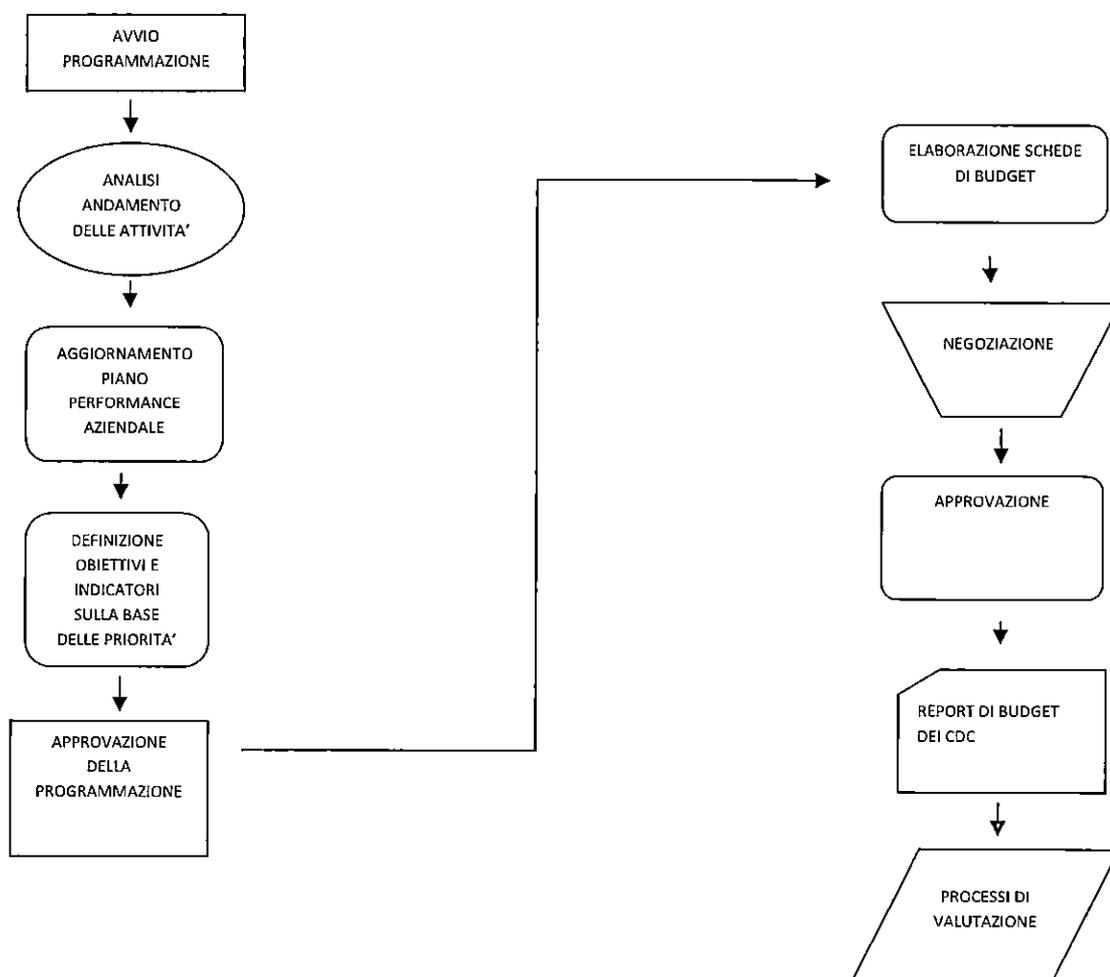
La pianificazione della performance si collega e si integra con coerenza con la programmazione economico-finanziaria dell'IRCCS.

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 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 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



## **6.2.Sistema di misurazione**

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

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.

## **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.

