

**ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
ENTE OSPEDALIERO “S. DE BELLIS”
SPECIALIZZATO IN GASTROENTEROLOGIA**

**PIANO DELLA PERFORMANCE 2018 – 2020
(art. 10 D.lgs 27 ottobre 2009 n. 150)**

Indice

1. Presentazione del Piano e finalità
2. Contenuti e principi di redazione del piano
3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder
 - 3.1 Chi siamo
 - 3.2 Cosa facciamo
 - 3.3 Come operiamo
4. Identità e funzionamento
 - 4.1 La Governance e i protagonisti
 - 4.2 Mandato istituzionale e Missione
 - 4.3 Vision
 - 4.4 Albero delle performance
5. Analisi del contesto e SWOT analysis
 - 5.1 Analisi del contesto esterno
 - 5.2 Analisi del contesto interno
6. Obiettivi di mandato e strategici
7. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
 - 7.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale
 - 7.2 Sistemi di valutazione
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
 - 8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
 - 8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - 8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
9. Garanzia della trasparenza
10. Allegati tecnici

1) Presentazione del Piano e finalità

Il Piano delle performance è un documento che ha proiezione triennale e che, come prevede la norma viene adottato, “... *in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori*”.

Il presente Piano risponde ai principi generali di redazione fissati nella delibera CiVIT n. 112/2010, tra cui quelli di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità/verificabilità e partecipazione, e tiene conto dei suggerimenti riportati nella delibera CiVIT n. 1/2012 che costituisce una linea guida per il miglioramento dei Piani della *performance* delle amministrazioni pubbliche italiane viene adottato in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 “*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*”, che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato Piano della Performance che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi. Nel Piano della *performance* sono definiti dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* dell'intero IRCCS.

Il Piano delle performance ha la finalità di rendere partecipe gli Stakeholders degli obiettivi che l'IRCCS si è prefissata per il triennio 2018-2020 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni. Esso esplicita, coerentemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi di mandato in tema di salute e di ricerca traslazionale, gli indicatori ed i targets su cui sarà misurata, valutata e rendicontata la performance organizzativa ed individuale.

Il Piano prevede una programmazione triennale (2018-20) che è suscettibile di adattamento annuale il relazione agli obbiettivi definiti a livello Regionale e Nazionale in tema di programmazione sanitaria e di ricerca traslazionale, l'IRCCS dovrà di conseguenza adattare alle nuove esigenze l'organizzazione ed il funzionamento delle proprie strutture. Tali adattamenti troveranno puntuale riscontro durante le procedure di aggiornamento del Piano stesso, che di principio assume un carattere dinamico e flessibile.

2) Contenuti e principi di redazione del piano

Nel presente in particolare sono stati ben evidenziati i seguenti elementi:

- a) descrizione dell'IRCCS tendente ad esplicitare le informazioni utili agli stakeholders su che cos'è un IRCCS specializzato in gastroenterologia e cosa fa;
- b) analisi delle prescrizioni normative dettate dal Dlgs 150/2009:
 1. Il sistema della pianificazione strategica, che sintetizza contenuti e processi di redazione del **piano della performance**;
 2. Il **sistema di misurazione della performance**, in termini di principi, ambiti, elementi e strumenti per l'adozione di un sistema di misurazione;
 3. Il sistema della trasparenza, ovvero gli obblighi per assicurare la necessaria trasparenza informativa dell'Istituto con riferimento alle proprie attività, organizzazione e performance, che trovano formalizzazione nel **programma triennale per l'integrità e la trasparenza**.

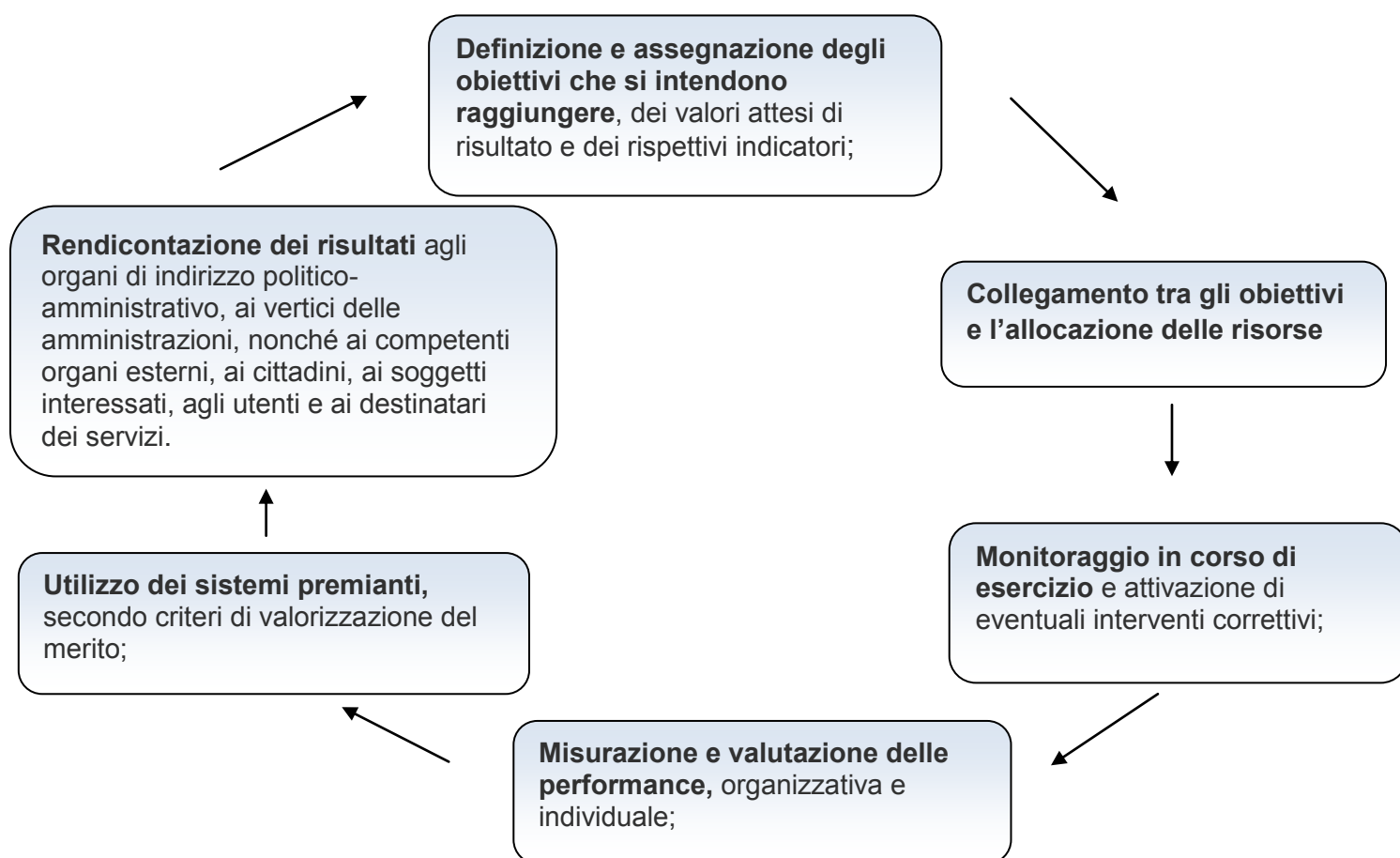
Considerato che è in corso la stesura del nuovo “Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS” in coerenza con i recenti aggiornamenti legislativi che interessano specificatamente gli IRCCS con particolare riguardo alla composizione e ruoli rivestiti da CIV, Direttore Scientifico e Collegio di Direzione, Revisori ed organismi di controllo, i contenuti del presente documento sono

da considerare suscettibili di modifica sulla base delle eventuali osservazioni/modifiche che questi ultimi richiederanno all'Amministrazione.

3) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'IRCCS, 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.

L'IRCCS è tenuto a misurare 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:



3.1 Chi siamo

L'Ente Ospedaliero "S. de Bellis" specializzato in Gastroenterologia 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 succ. modifiche ed integrazioni e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

3.2 Cosa facciamo

L'IRCCS svolge la propria attività nel campo delle "Malattie Gastroenterologiche" 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. Di rilievo è il recente orientamento di sviluppare attività clinica e di ricerca ampliando e facendo propri i concetti di "medicina partecipata, quella di precisione e soprattutto la predittiva/preventiva" che prevede un allargamento delle competenze anche al territorio. 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.

3.3 Come operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti avviene nel rispetto dei principi di comportamento ispirati da fondamentali Principi e valori che possiamo riassumere come segue:

- EGUAGLIANZA: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- PARTECIPAZIONE: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- RISPETTO della dignità umana;
- EQUITÀ' e imparzialità vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- CENTRALITÀ DELLA PERSONA: il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico;
- UMANIZZAZIONE: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico, nel rispetto dell'intercultura e comunicazione tra i cittadini di diverse culture e lingue.
- DIRITTO DI SCELTA: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;
- EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA: i servizi sanitari pubblici devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido ed un'economicità nell'impiego delle risorse;
- CONTINUITÀ': Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo;
- TRASPARENZA: i cittadini e le associazioni di rappresentanza hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico;
- APPROPRIATEZZA: intesa come insieme di strumenti, di tempi, di azioni agite da professionisti competenti, supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute, capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi scelti come priorità dall'azienda;
- SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO, intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi
- FORMAZIONE: inteso come rispetto, in qualità di provider ECM nazionale, degli obiettivi Nazionali stabiliti dalla Conferenza Permanente Stato-Regione e province autonome.

MAPPATURA DEGLI STAKEHOLDER

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	STAKEHOLDER DI OUTPUT
<p>Di programmazione</p> <p>Soggetti pubblici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Regione "Assessorato Salute"- Ministero della Salute- Università- Enti di Ricerca- Comunità scientifica <p>Soggetti privati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Associazioni di categoria <p>di finanziamento</p> <p>Soggetti pubblici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Regione- Ministero Salute- Altri soggetti pubblici <p>Soggetti privati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aziende- Cittadini <p>di produzione</p> <p>Soggetti pubblici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aziende di Servizi alla Persona <p>Soggetti privati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fornitori- Dipendenti	<p>Servizi resi a</p> <p>Soggetti pubblici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Regione "Assessorato Salute"- Ministero della Salute- Università- Enti di Ricerca- Comunità scientifica <p>Soggetti privati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cittadini- Enti ed associazioni- Comunità scientifica

4. Identità e funzionamento

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 Scientifico e il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

4.1 La Governance e i protagonisti

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Sono organi dell'Istituto: a) il Consiglio di Indirizzo e Verifica; b) il Direttore Generale; c) il Direttore Scientifico; d) il Collegio Sindacale.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) ha il compito di:

- definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;
- esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio, sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione e funzionamento, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- nominare i componenti del Comitato tecnico-scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;
- svolgere le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati.

Il Direttore Generale

è il Legale Rappresentante dell'IRCSS ed è responsabile della gestione complessiva che si esercita attraverso la definizione dei programmi e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi impartiti. Il Direttore generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine dell'ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi di dipartimento e di struttura, alla definizione di strutture, funzioni e posizioni ed alla valutazione dei dirigenti. Il Direttore Generale, altresì, esercita le proprie funzioni con atti di diritto privato o, nei casi previsti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi.

Il Direttore Scientifico

promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca di cui all'art.12 bis del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche e con il Programma di Ricerca della Regione. Il Direttore Scientifico gestisce il budget della ricerca, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica. Il Direttore Scientifico, presiede il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni e sulle delibere inerenti le attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo di personale medico e sanitario non medico come esplicitate di seguito nel presente paragrafo e nel successivo articolo relativo al CTS. Inoltre è il responsabile della promozione e gestione dell'attività di ricerca, in coerenza con quanto previsto dall'art. 12 bis del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche, dal D.Lgs. 288 del 2003. Il Direttore Scientifico è delegato alla valutazione dell'attività scientifica sia delle Strutture che del singolo ricercatore, in collaborazione con il CTS. Svolge anche una funzione di fundraising, relativamente alla ricerca, ed è responsabile della gestione dei finanziamenti della ricerca, dei quali negozia annualmente il budget con il Direttore Generale.

Il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'IRCCS sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

- riferisce all'Assessorato regionale della sanità, anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è il fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Istituto al Consiglio di Indirizzo e Verifica agli organi competenti;
- svolge altre funzioni al medesimo attribuite dalla legge nazionale e regionale.

Il Collegio di Direzione:

concorre al governo delle attività dell'Istituto, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore Generale;

concorre alla pianificazione delle attività dell'Istituto con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, all'attività di formazione e alle soluzioni organizzative dell'attività libero-professionale intra-moenia;

esprime parere obbligatorio sull'atto di organizzazione relativa alle attività cliniche, sul piano annuale della formazione e del rischio clinico;

partecipa alle definizioni dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni;

esprime parere di coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca.

LA DIMENSIONE FINANZIARIA

L'Istituto è finanziato in applicazione delle disposizioni nazionali e regionali nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa fra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante intese di programma pluriennali per stabilire:

- la programmazione degli obiettivi e dell'attività di ricerca e la relativa copertura finanziaria;
- l'attività di assistenza sanitaria coerente con la programmazione sanitaria regionale, funzionale all'attività di ricerca;
- il sistema tariffario e il correlato finanziamento dell'attività assistenziale che consideri la connessione tra ricerca e assistenza nell'attività svolta dall'Istituto;
- la programmazione degli investimenti e la relativa copertura finanziaria;
- ogni altro oggetto che, congiuntamente, le parti ritengano di sottoporre a intesa.

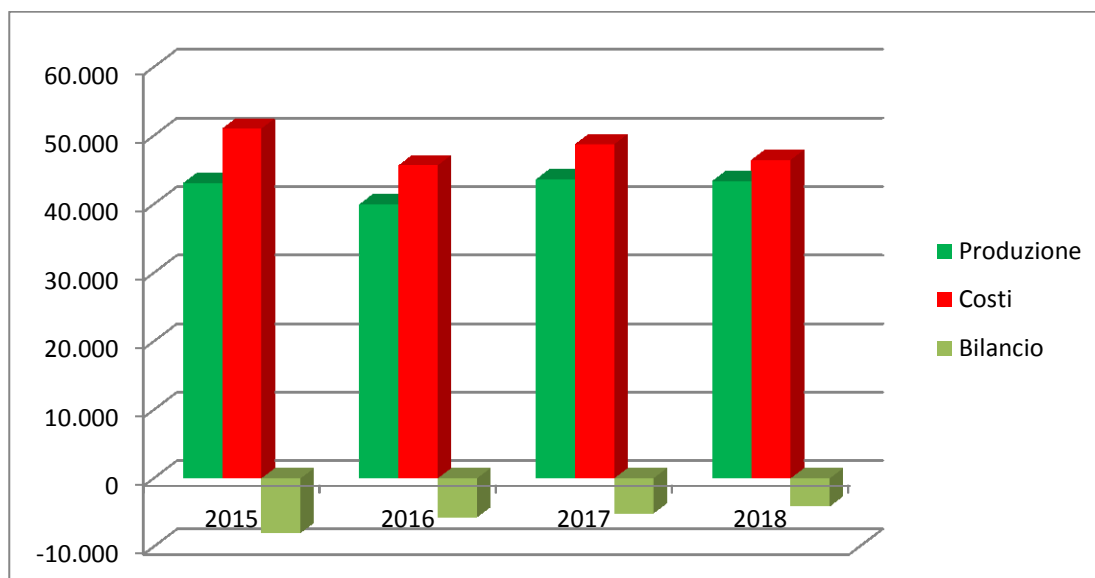
Costituiscono ricavi dell'Istituto:

- proventi derivanti dall'esercizio delle attività istituzionali ed eventuali finanziamenti pubblici e privati;
- i frutti e le rendite generati dai beni non direttamente utilizzati per le finalità istituzionali;
- i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dagli organi competenti e non imputati a patrimonio.

Tabella della dimensione finanziaria in Migliaia di € (andamento 2015-18)

voci di riferimento	2015	2016	2017	Prev. 2018
valore della produzione	42.727	37.692	41.882	41.900
costi della produzione	49.759	44.324	47.294	45.000
altre voci di bilancio	344	2.312	1.735	1.480
imposte sul reddito-oneri	1.297	1.372	1.463	1.477
totale costi	51.050	45.696	48.757	46.477
risultato d'esercizio	-7.986	-5.692	-5.140	-4.097

Il grafico mostra l'andamento della produzione, dei costi e dei bilanci 2015-2018



Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anno 2018

Macro aggregati costi bilancio	Valore (in migliaia)	Incidenza % su totale dei costi
Acquisti di beni sanitari	18.200	39,16%
Acquisti di beni non sanitari	168	0,36%
Acquisti di servizi sanitari	1.600	3,44%
Acquisti di servizi non sanitari	2.903	6,25%
Manutenzione e riparazione	2.326	5,00%
Godimento di beni di terzi	202	0,43%
Costi del personale	18.200	39,16%
Oneri diversi di gestione	930	2,00%
Ammortamenti	1.728	3,72%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0,00%
Variazione delle rimanenze	0	0,00%
Accantonamenti	220	0,47%
totale costi della produzione	46.477	100,00%

Andamento del costo in migliaia di € del personale dipendente 2014-2020

Profilo professionale	2014	2015	2016	2017	2018 (provv)	2019 (prev)	2020 (prev)
Ruolo sanitario	14.331	14.506	14.600	14.674	14.800	16.120	16.120
Ruolo professionale	93	92	92	94	0	180	180
Ruolo tecnico	2.131	2.089	2.100	1.811	2.050	2.600	2.600
Ruolo amministrativo	887	945	970	1.224	1.350	1600	1600
TOTALI	17.442	17.632	17.762	17.803	18.200	20.500	20.500

4.2 Mandato istituzionale e Missione

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 Puglia 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.

4.3 Visione

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.

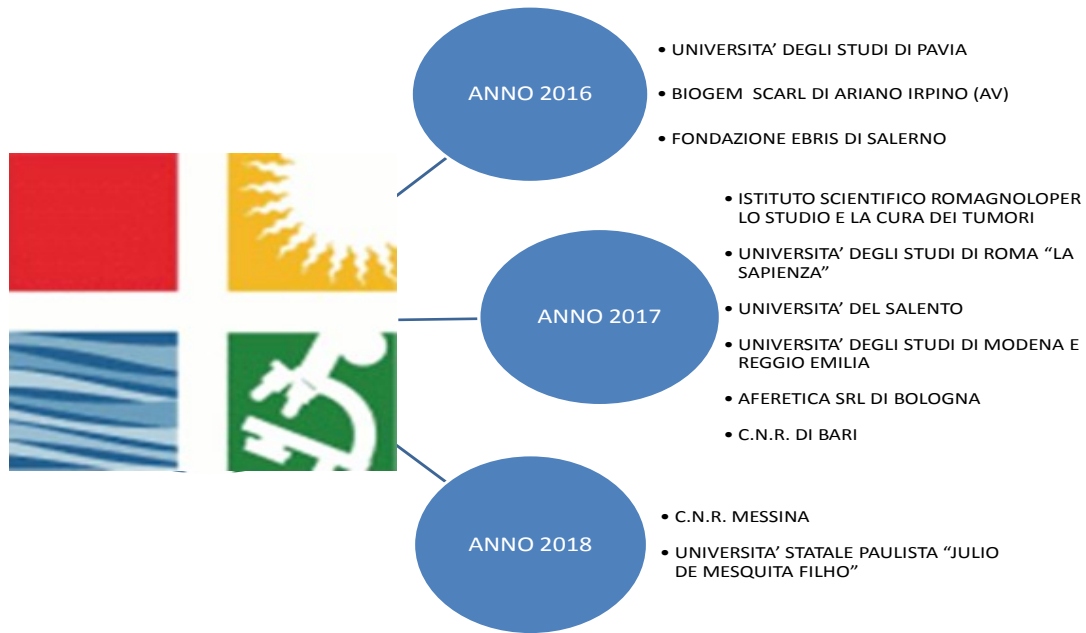
L'IRCCS in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale. L'Istituto promuove lo scambio di informazioni e buone prassi 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 e 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.

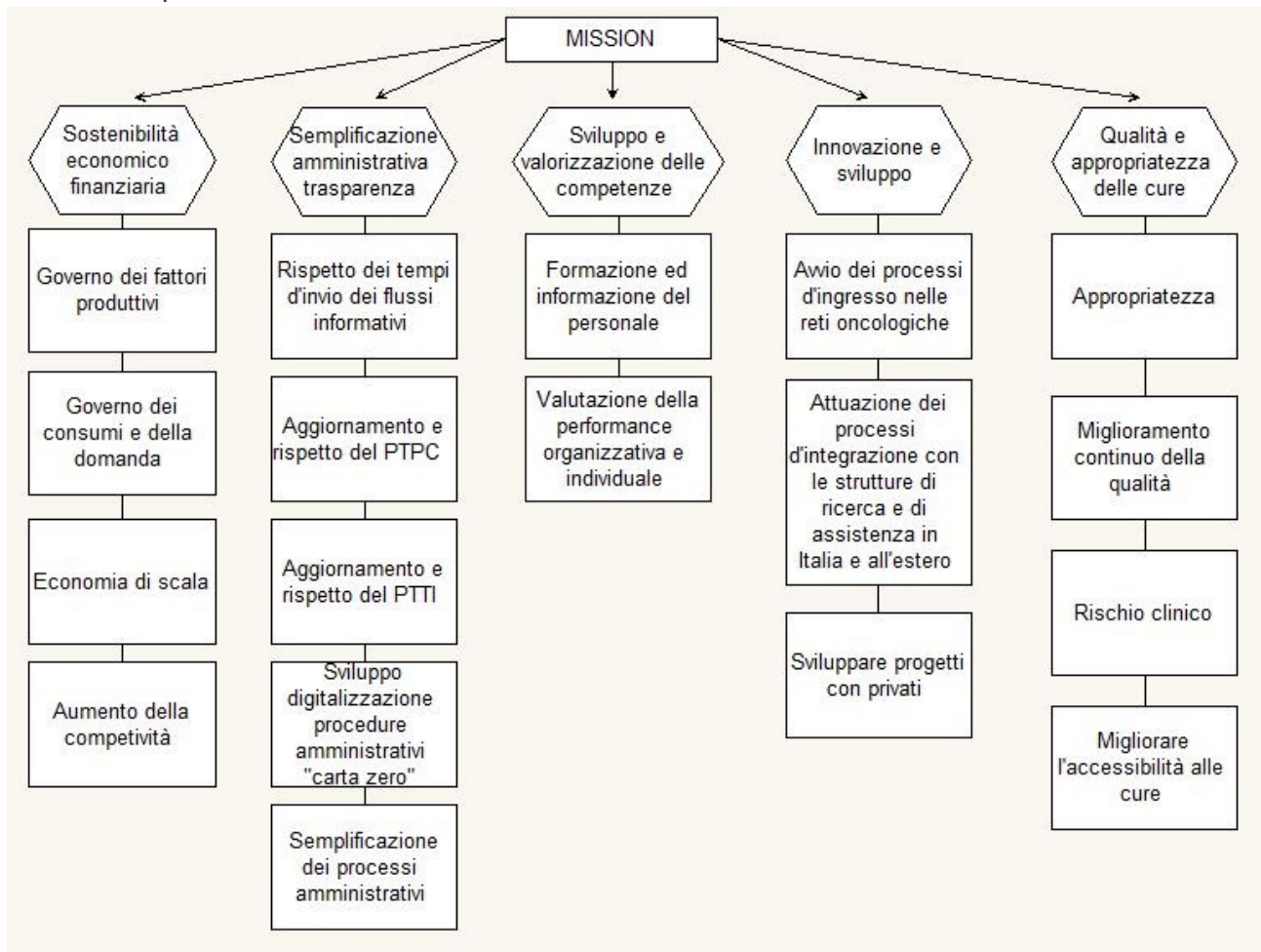
Attraverso l'integrazione ricerca- assistenza l'Istituto tende a realizzare:

- 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 diagnostico-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, favorendo progetti di telemedicina.



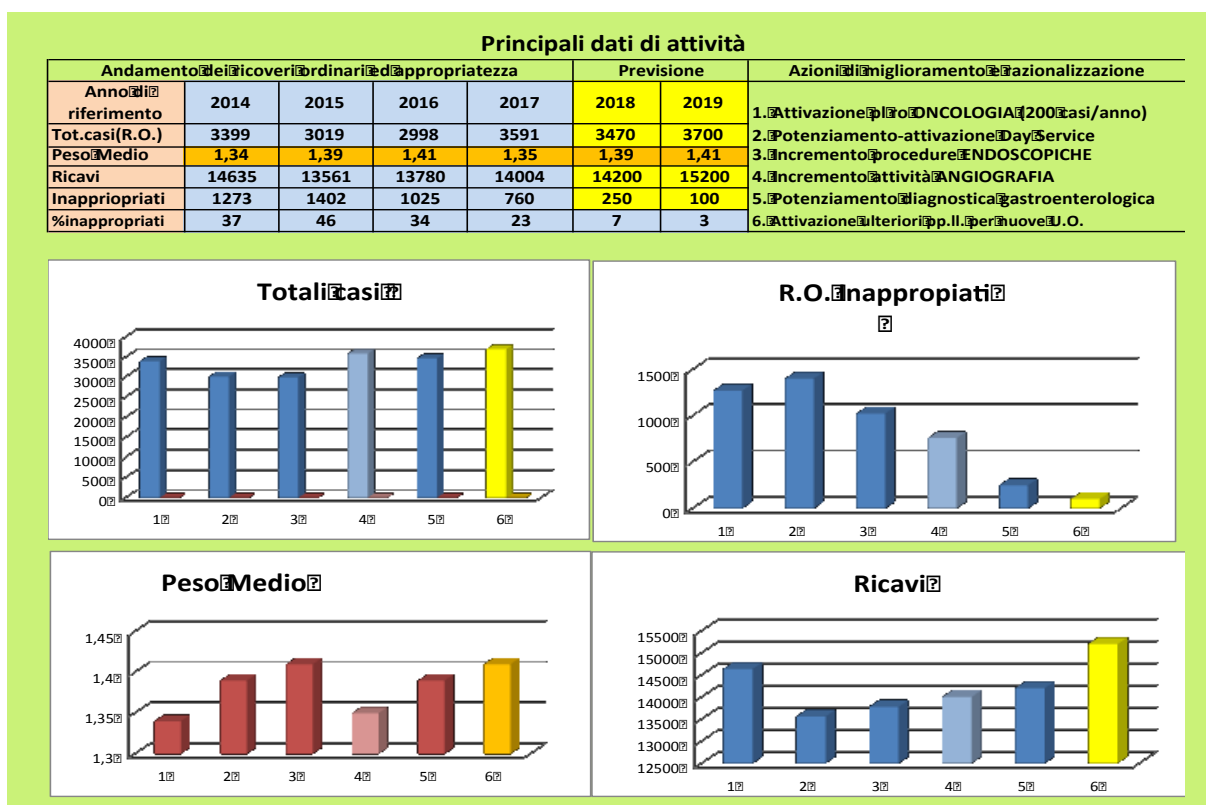
4.4 Albero delle performance



5. Analisi del contesto e SWOT analysis

5.1 Analisi del contesto esterno

Il numero dei ricoveri della Regione negli ultimi 10 anni è progressivamente diminuito, tale riduzione è avvenuta principalmente a carico dei ricoveri in regime ordinario. I dati IRCCS rispecchiano tale andamento i quali hanno evidenziato una stabilizzazione dei R.O. negli ultimi anni con incremento delle prestazioni in Day Service e Day Hospital evidenziando contestualmente un incremento della complessità della casistica trattata ed una maggiore appropriatezza.



Tale andamento potrebbe essere giustificato da due ordini di motivi:

1. scelta strategica territoriale della Regione Puglia, che riconosce l'IRCCS istituto di riferimento per la gastroenterologia, eleggendolo a coordinamento del dipartimento interaziendale della diagnosi e trattamento dei tumori del colon-retto, dando ad esso la possibilità di allargare l'offerta in Gastroenterologica, con l'assegnazione (con DGR n.1933 del 30.11.2016) di nuove UU.OO., quali l'Oncologia, già attivata, l'Endocrinologia e Malattie Metaboliche e la Medicina Interna, strutture di prossima attivazione;
2. una nuova organizzazione strutturale rapida e snella nonché a misura di utente con problemi di salute che indubbiamente ha rappresentato un ulteriore motivo di attrazione.

Andamento della domanda

L'ANALISI DELL'OSPEDALIZZAZIONE DELL'IRCCS

L'ospedalizzazione dell'IRCCS ha diversi punti critici:

- 1) si caratterizza prevalentemente per la domanda e non per incontro decisivo tra domanda e offerta, quindi resta prevalentemente di tipo accidentale;

- 2) si evidenzia, per fortuna in netta riduzione, un discreto numero di setting assistenziali meno impegnativi (inappropriatezza dell'offerta);
- 3) presenta un numero sensibile di ricoveri ripetuti per patologie croniche, il che dimostra quanto l'IRCCS sia, ancora, riferimento per malati in grado di essere seguiti in altri regimi assistenziali.

Dall'analisi dei trend dei ricoveri, a conferma di quanto già detto per tutti i ricoveri, si può evidenziare come vi sia un decremento più vistoso a carico delle m. metaboliche e gastroenterologiche, per le quali si registra uno spiccato logico incremento per i Day Service.

Tale dato sembrerebbe una diretta conseguenza di due fattori:

- 4) la legislazione regionale ha regolamentato e favorito per queste patologie regimi di prestazione alternativi al R.O.,
- 5) essendo prestazioni ad elevato rischio di inappropriatezza per evitare, a consuntivo, mostruose decurtazione dei DRG's, le Aziende Sanitarie hanno preferito portare in regime di DH o ambulatoriali queste prestazioni.

Quanto detto deve essere tenuto in debita considerazione se si vuole realizzare l'incontro domanda-offerta, rendendo maggiormente appropriato l'uso delle risorse e ottemperando alle disposizioni regionali.

L'ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICERCA DELL'IRCCS

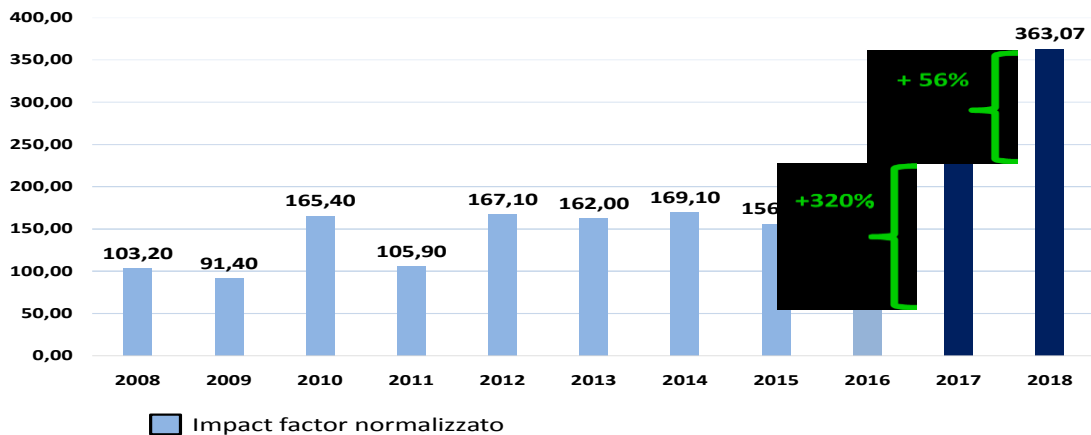
Le differenti problematiche che interessano il nostro Istituto coinvolgono ovviamente anche la attività di ricerca che ivi viene condotta. Al di là delle differenti difficoltà (che verranno peraltro indicate nel corso di successiva disamina) e che spaziano dai problemi economici a quelli più inerenti alla qualità/quantità di personale coinvolto precipuamente nel campo della ricerca, vi è da segnalare un aspetto che interessa in primis l'identità del nostro Ente.

Le indicazioni sia a livello nazionale che regionale fondano sulla ricerca traslazionale l'attività propria di un Istituto di Ricovero e Cura e Carattere Scientifico (IRCCS) come il nostro istituto . Gli IRCCS tutti sono infatti chiamati a fare da "*trait d'union*" tra la ricerca scientifica ed il trattamento dei pazienti.

Questo compito deve attuarsi, anche sul piano organizzativo, attraverso una gestione dipartimentale dell'attività di ricerca in cui le varie tematiche di pertinenza epato-gastroenterologica siano affrontate mediante l'aggregazione di unità operative assistenziali e di unità operative di ricerca (laboratori di ricerca in campo biomedico). L'obiettivo principale è infatti la convergenza di competenze delle diverse unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività assistenziale e di cura.

Tutto ciò si è tradotto, in passato, in una difficoltà, nella realizzazione di studi di ampio respiro sulle problematiche di nostra pertinenza con, ad esempio, un esiguo numero di trials clinici e un basso impact factor. Il nuovo modello di lavoro, in via di ulteriore sviluppo, si ispira ad un più forte approccio multidisciplinare e traslazionale il quale dovrà essere basato sul costante trasferimento dei risultati delle ricerche e dei dati di laboratorio alla pratica clinica e, viceversa, introdotto, rafforzando l'integrazione tra gruppi a "prevalente componente clinica" e gruppi "a prevalente componente di ricerca"; tale approccio introdotto dalla nuova governante scientifica ha già iniziato a dare risultati inaspettati qualche anno fa.

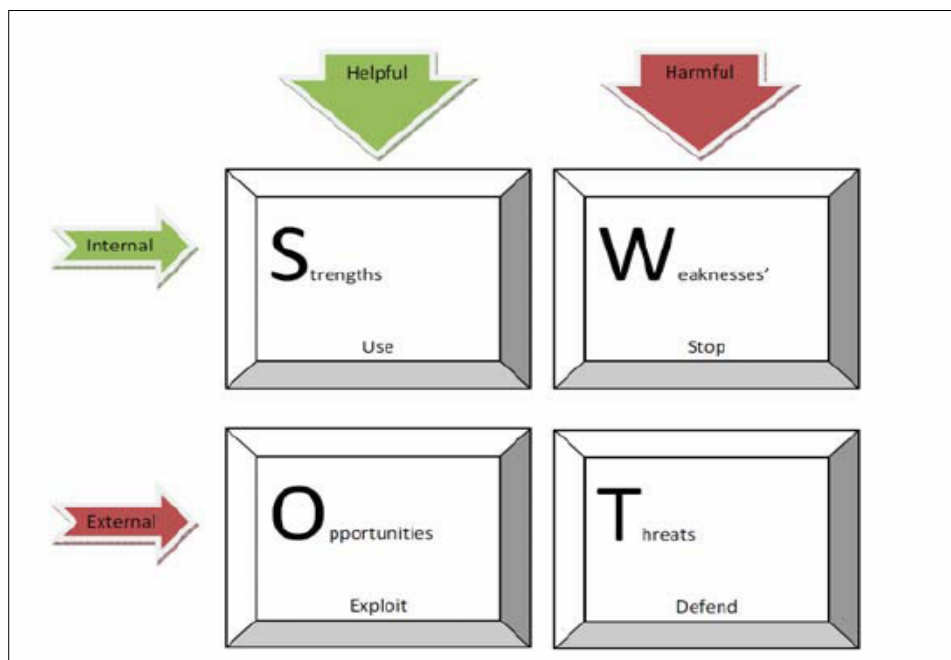
IMPACT FACTOR NORMALIZZATO NEL PERIODO 2008-2018



Le novità introdotte nel campo della ricerca potrebbe implementare la cura e le attenzioni per il paziente oltre che ad agevolare sia l'attività di ricerca applicata alle malattie che la ricerca di base creando nuovi meccanismi e mentalità di cura del paziente attraverso una medicina partecipata e personalizzata.

ANALISI SWOT

Ai fini della definizione degli obiettivi e più ampiamente del piano delle performance, è opportuno eseguire un'analisi della situazione con il metodo SWOT. Il metodo in fase ex-ante permette di migliorare il programma correlandolo meglio al contesto e agli obiettivi, in fase intermedia consente di monitorare le azioni programmate fornendo altresì misure per eventuali modifiche del programma. Con la SWOT si distinguono i fattori endogeni (suscettibili di modificazioni, anche immediate) da quelli esogeni (che dipendono dalle interazioni con il territorio), dividendo tali fattori in dannosi e di ausilio. Viene così costruita una matrice fatta di quattro quadranti (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).



È possibile individuare a breve e medio termine priorità e, quindi, obiettivi di *governance*, che possono essere sintetizzate come di seguito:

- A. superare le criticità su esposte;
- B. assicurare l'innalzamento dei livelli di servizio, interagendo meglio con la sanità territoriale ed in tal senso una medicina predittiva/preventiva dovrà avere un ruolo decisivo;
- C. migliorare i dati di bilancio promovendo il recupero, graduale ed incisivo dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse, salvaguardando la sicurezza e la dignità del lavoro, rafforzando i talenti;
- D. far comprendere che il legame stretto fra ricerca e assistenza è fondamentale per la sopravvivenza dell'IRCCS, considerando ineludibile rafforzare ogni sforzo per creare ricerca clinica traslazionale;
- E. far valere l'orientamento etico, la trasparenza, la comunicazione e i principi di moralizzazione dell'ente.

Sulla base di queste priorità si può sintetizzare la SWOT, di seguito riportata, e articolare gli obiettivi generali, in obiettivi specifici, ed interventi operativi.

PUNTI DI FORZA: elementi interni su cui far leva

Assistenza

- Nuova struttura con adeguamento tecnologico alla specialità
- Presenza di punti consolidati di eccellenza
- Buona qualità della formazione e della pratica medico-infermieristica
- Organizzazione facilmente e rapidamente modulabile

Ricerca

- Esperienza pluriennale degli operatori coinvolti nell'attività di ricerca
- Coesione di intenti all'interno dei maggiori gruppi di lavoro
- Facilità nella trasmissione delle informazioni tra un gruppo di ricerca e l'altro.
- Sede operativa piccola e decentrata

PUNTI DI DEBOLEZZA: criticità interna da affrontare

Assistenza

- Carente motivazione e consapevolezza sulla necessità di modificare i comportamenti attuali
- Età media degli attori di scena molto alta
- Elevato livello di inappropriata organizzativa
- Modesta capacità di integrazione fra le strutture
- Criticità segnalate

Ricerca

- Gap tra assistenza e ricerca
- Sottodimensionamento delle strutture di ricerca con esiguo numero di operatori coinvolti nell'attività di ricerca
- Difficoltà nella formazione di nuove leve di ricercatori
- Mancanza di nucleo interno di auto-valutazione della ricerca

OPPORTUNITA': elementi esterni su cui far leva

Assistenza

- Ridisegnare l'assetto organizzativo e funzionale finalizzato al superamento delle criticità con particolare riferimento all'organizzazione del lavoro alla luce anche della DGR (R.O.)
- Utilizzare le tecnologie dell'informazione e comunicazione per migliorare collegamenti ed interoperabilità con le strutture territoriali
- Investire nella formazione
- Sviluppare relazioni collaborative sovraziendali per la sperimentazione clinica, gestionale, la ricerca di sinergie, l'ottenimento di economie, la diffusione delle buone pratiche (benchmarking)

Ricerca

- Possibilità di riorganizzare strutturalmente e in modo definitivo le unità operative di ricerca adeguandole ai nuovi contesti
- Maggiori investimenti nella formazione del personale addetto prevalentemente alla ricerca evitando distribuzione a pioggia
- Incrementare la comunicazione tra i diversi operatori sanitari dell'Istituto, aumentando l'integrazione operativa tra le varie strutture
- Collegamenti con i privati coinvolgendoli nella certificazione dei processi produttivi in campo alimentare

MINACCE: elementi esterni da gestire

Assistenza

- Mancato riconoscimento del ruolo, di ricerca, sperimentazione ed innovazione dell'IRCCS sulla scena sanitaria regionale.
- Effetti riflessi della crisi economica con conseguente riduzione degli stanziamenti
- Difficoltà dell'utenza ad adeguarsi, per ragioni culturali, alle nuove modalità di assistenza
- Concorrenza sleale

Ricerca

- Estrema competitività di strutture di ricerca già presenti a livello regionale/nazionale
- Difficoltà nel reperimento fondi per attività di ricerca
- Difficoltà nel pubblicare i propri lavori.
- Creazione di nuove strutture che si propongono come diretti "competitors"

RIFLESSIONI DERIVANTI DALL'ANALISI SWOT

Importanza della comunicazione e della informazione

La Comunicazione e Informazione assume un ruolo di grande importanza, poiché tutte le questioni che ad essa afferiscono contribuiscono a definire la qualità complessiva del servizio reso all'utenza. La comunicazione e l'informazione sono elementi fondamentali per:

- far conoscere le scelte di politica sanitaria e di ricerca dell'IRCCS;
- garantire equità per erogatori ed utenti;
- promuovere consapevolezza, responsabilità ed appropriatezza nei comportamenti
- sviluppare processi di partecipazione per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi.

Ruolo degli ambulatori come strumento di rilancio della attività di ricerca

Nel contesto attuale si ravvede la necessità dell'adesione dell'Istituto ai protocolli di sperimentazione clinica controllata, che permettano ai ricercatori di raccogliere in maniera sistematica dati utili alla cura e lo studio delle patologie GI. L'attività di ricerca, prevalentemente clinica, pertanto dovrebbe essere soprattutto di tipo ambulatoriale. Considerando che la gran parte delle tematiche gastroenterologiche sono sicuramente gestibili in regime ambulatoriale o di day-hospital o Day Service, una strategia di rilancio potrebbe essere incentrata proprio su una corretta organizzazione degli ambulatori, contemporaneamente indirizzati alla gestione del paziente ed all'attività di ricerca. Questa mossa ha le potenzialità per rappresentare una valida soluzione, volta da un lato ad incrementare significativamente la ricerca clinica, dall'altro a colmare un atavico "gap" esistente tra le due anime del nostro Istituto. I singoli ambulatori, dovrebbero essere in linea di massima dedicati a particolari tematiche.

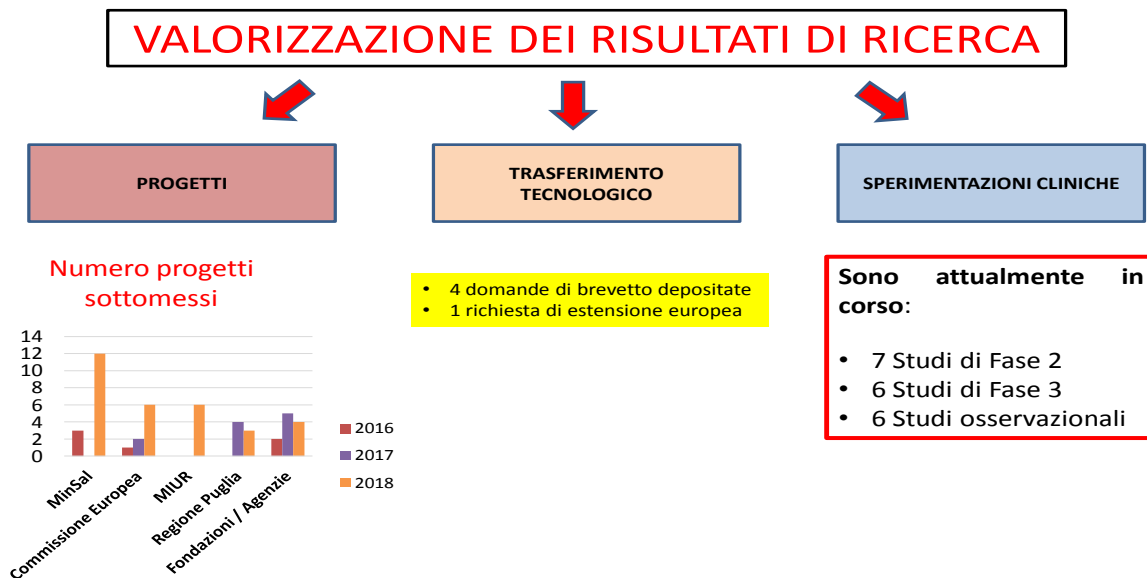
Ambulatori

- Malattie funzionali
- Problematiche metabolico-nutrizionali e della cura medico-chirurgica dell'obesità
- Malattia Celiaca
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Follow-up pazienti trapianto di fegato
- Epatologia

Per i pazienti ambulatoriali, sia che provengano sia dalle zone limitrofe che più in generale dal territorio regionale ed extraregionale, dovrebbero essere individuati dei percorsi diagnostico-assistenziali che permettano di trattare in maniera ambulatoriale e successivamente al proprio domicilio quei pazienti, che prima richiedevano necessariamente per le loro cure il ricovero ospedaliero. Questo non significa abbandonare il malato o lasciare il medico di medicina generale solo davanti ai problemi di gestione domiciliare che tale paziente comporta. Al contrario, servirebbe a implementare l'assistenza e la qualità di vita dell'individuo, che può accedere in maniera privilegiata alla struttura ospedaliera, utilizzandone sia le risorse diagnostiche che quelle terapeutiche, e poi ritornare al proprio domicilio ed alle proprie attività quotidiane, seguito e controllato dal medico di base.

Con queste premesse, tale riorganizzazione agevolerebbe la pianificazione e realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici sia durante la degenza che in ambito ambulatoriale. Innanzitutto la ripianificazione dei reparti di degenza orientata all'appropriatezza dei ricoveri, alla riduzione dei tempi di degenza media, all'incremento della produttività globale del numero dei ricoveri a parità di risorse, onde abbattere le liste di attesa. In tale ottica occorre programmare a breve termine l'attivazione delle strutture recentemente deliberate dalla giunta regionale (R.O.) con l'obiettivo di ampliare l'offerta. La realizzazione di un percorso di ricovero in elezione più efficace ed efficiente per il paziente gastroenterologico, attraverso una attività di preselezione del paziente e di valutazione della complessità della patologia gastroenterologica, e di predeterminazione e pianificazione dei percorsi diagnostico-assistenziali durante la degenza.

Valorizzare la ricerca significa valorizzazione l'assistenza ed in tal senso un ruolo fondamentale è svolto dalla capacità di creare progetti, trasferire la tecnologia e l'esperienza della ricerca di base, nonché sperimentare anche per le altre aziende che operano nel settore salute.



Il raggiungimento degli obiettivi di performance del triennio potrà essere facilitata da una attenta programmazione del turnover e dell'incremento di personale, che dovrà tener conto degli aspetti fortemente integrati fra ricerca ed assistenza.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 2018 - 2020													
	2018				2019				2020				
	T. IND	DET	CONV	Costo oneri Inclusi	T. IND	DET	CONV	Costo oneri Inclusi	T. IND	DET	CONV	Costo oneri Inclusi	
totali	317	19	5	18.345.328,74	451	0	3	24.475.916,50	452	0	2	24.518.133,21	
aumenti contrattuali post 2004				-2.459.752,01				-3.282.220,70				-3.287.881,96	
costo al netto aumenti contrattuali				15.885.576,73				21.193.695,80				21.230.251,25	
costo per categorie protette				-266.443,55				-797.026,71				-797.026,71	
Costo per convenzioni				100.641,00				41.680,00				29.680,00	
Spesa complessiva al netto dei rinnovi contrattuali e delle categorie protette				15.719.774,17				20.438.349,09				20.462.904,54	
limite spesa (2004 - 1,4 %)				20.468.606,00				20.468.606,00				20.468.606,00	
				-4.748.831,83				-30.256,91				-5.701,46	

Incremento del personale per le attività di ricerca n. 6 unità

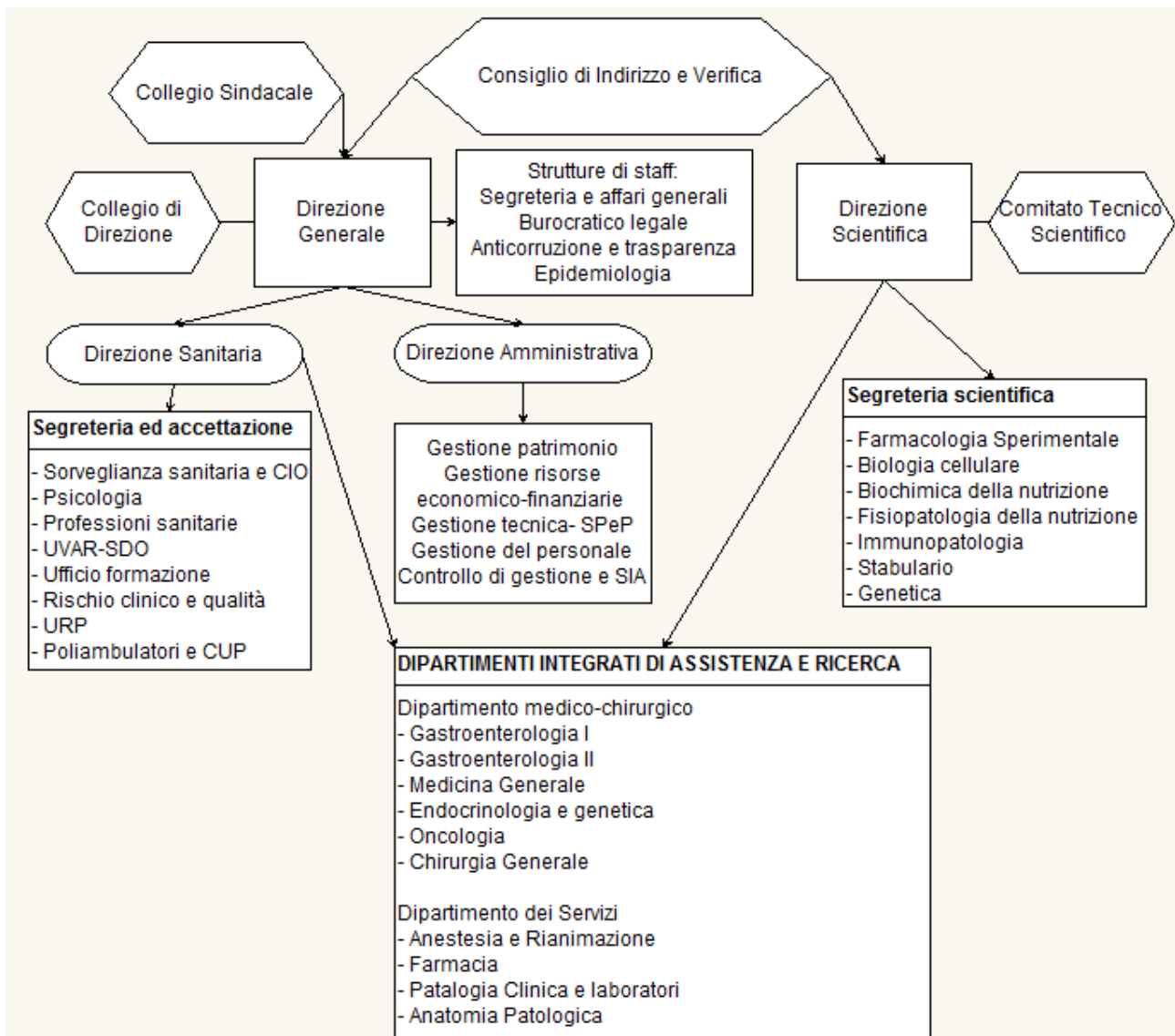
RIEPILOGO PROFILI PROFESSIONALI				
DIRIGENZA	2018	2019	2020	Δ
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	5	8	8	3
DIRIGENTE MEDICO	60	77	77	17
DIRIGENTE BIOLOGO	9	14	14	5
	80	111	111	31
COMPARTO				
COLL.PROF.LE SAN.INFERMIERE CAT.D	118	159	159	41
COLL.PROF.SAN. - TECNCO DI LAB.BIOM. CAT.D	18	23	23	5
COLL.PROF.SAN. - TECN.SAN. RX.MED. CAT.D	9	12	12	3
	163	220	221	57
OSS	2	28	28	26
ALTRE FIGURE	47	82	82	35
AMMINISTRATIVI	27	38	38	11
TOTALE	317	451	452	134

Sulla base dei principi su esposti di possono riassumere nella tabella seguente una proposta di obiettivi pluriennali delle direzioni strategiche aziendali (Dir. Generale e Dir. Scientifico) ben ribadendo il concetto che tali obiettivi strategici pluriennali vengono riversati a cascata alle varie articolazioni aziendali con il metodo descritto nei punti successivi:

AREA STRATEGICA	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2020
RICERCA	Incremento dell'attività scientifica (IF) del 50% rispetto alla media del triennio precedente	Tendenza al raggiungimento per IF prodotto della media nazionale degli IRCCS	Tendenza al superamento per IF prodotto della media nazionale degli IRCCS
	Incremento della ricerca clinica	Raggiungimento della parità fra ricerca clinica e sperimentale	Dare prevalenza alla ricerca clinica traslazionale
	Progettare ricerca per reperimento fondi privati ed europei accreditamento per gli studi di Fase I°	Progettare ricerca per reperire fondi privati ed europei per il 50% dei fondi complessivamente destinati alla ricerca	Progettare ricerca per reperire fondi privati ed europei per più del 50% dei fondi complessivamente destinati alla ricerca
ASSISTENZA	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione R.O. dell'oncologia e day surgery con 3° S.O.)	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione Medicina generale)	Mirare al pareggio di bilancio attuando l'attivazione piena delle strutture aziendali contenendo i costi (attivazione Endocrinologia e delle terapie per l'obesità)
	Potenziare il sistema di governo accrescere il senso di appartenenza diffondere il significato di performance	Completare l'organizzazione dirigenziale e qualificare l'apparato burocratico	Analisi di efficienza efficacia e revisione-conferma dell'apparato burocratico attuando criteri di rotazione
	Monitoraggio dei tempi di attesa, analisi delle cause e proposta delle soluzioni	Riduzione dei tempi di attesa	Rispetto dei tempi di attesa
	Analisi dei fattori di rischio per la sicurezza dei pazienti e degli operatori	Sviluppo del sistema aziendale per il rischio clinico	Rischio clinico "ZERO"
	Ciclo di Gestione della performance (piano triennale)	1° aggiornamento	2° aggiornamento
	Progetto per il contenimento dei costi	Congelamento dei costi e di approvvigionamento di beni e servizi	Azzeramento degli affidamenti diretti
	Attuazione di metodi di monitoraggio della soddisfazione degli stakeholder	Elaborare il piano della comunicazione	Verifica attuativa del piano
	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Incontri ed iniziative	Resoconto della attuazione del piano triennale ed elaborazione del nuovo

5.2 Analisi del contesto interno

La struttura organizzativa dell'Azienda si articola nelle seguenti macrostrutture:



Assistenza ospedaliera

Il modello di assistenza ospedaliera mira a conseguire risultati immediatamente trasferibili alla pratica clinica, per incrementare la qualità del servizio fornito ai pazienti. Il miglioramento continuo delle cure e della qualità della vita dei malati resta un obiettivo prioritario, da perseguire stimolando l'innovazione e valorizzando la ricerca. La promozione di un vero e proprio cambiamento culturale tra gli operatori, finalizzato a privilegiare la costante applicazione del metodo scientifico e la conseguente messa in discussione di qualsiasi procedura medica e organizzativa, favorisce la possibilità di raggiungere un medesimo risultato con meno risorse ovvero di ottenere, a parità di risorse, un incremento quantitativo o qualitativo. Ciò può garantire un'organizzazione maggiormente efficiente e in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, nel quale tendere all'eliminazione di tutti gli sprechi, compresi quelli determinati dalla c.d. medicina difensiva mediante prescrizione di esami superflui, di ricoveri impropri e di terapie non sperimentate.

Il modello prevede oltre che l'ingresso dell'IRCCS in progetti di ricerca che favoriscono la collaborazione di ricercatori italiani residenti all'estero e il cofinanziamento pubblico privato anche l'ingresso in reti monotematiche per la cura delle patologie (ad esempio, in campo oncologico, ecc.), in modo da consentire l'elaborazione delle migliori pratiche diagnostico-terapeutiche favorendone la diffusione fra tutti i cittadini. Il modello proposto dà attuazione alle disposizioni che per gli IRCCS introducono, per un verso, criteri di classificazione "sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale" anche ai fini dell'inserimento di tali soggetti "nella rete di attività di ricerca" e, per altro verso, prevedono l'individuazione delle "modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale" al precipuo fine di garantire una "visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario" svolte dagli IRCCS stessi (art. 14, co. 12, d.l. n. 158 del 2012).

Obiettivi di mandato e strategici

Il Piano delle Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Nazionali, Regionali ed i livelli di programmazione aziendali, in modo di garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa dell'IRCCS.

La ripartizione in obiettivi delle aree strategiche è l'elemento che caratterizza il presente Piano delle Performance e permette di delineare l'assegnazione dei diversi livelli di responsabilità di tutti i soggetti impegnati nel governo dell'IRCCS.

Gli obiettivi strategici vengono pubblicati dal Comitato d'Indirizzo e Verifica che, sulla base delle linee programmatiche Regionali e Ministeriali, definisce una programmazione pluriennale di obiettivi da raggiungere una parte di tali obiettivi sono riportati all'interno dell'albero delle performance esposto in precedenza.

Gli obiettivi strategici hanno le seguenti caratteristiche:

- sono, di norma, riferiti all'IRCCS nella sua complessità;
- sono a basso indice di reversibilità;
- hanno, di norma, un arco temporale pluriennale.

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale

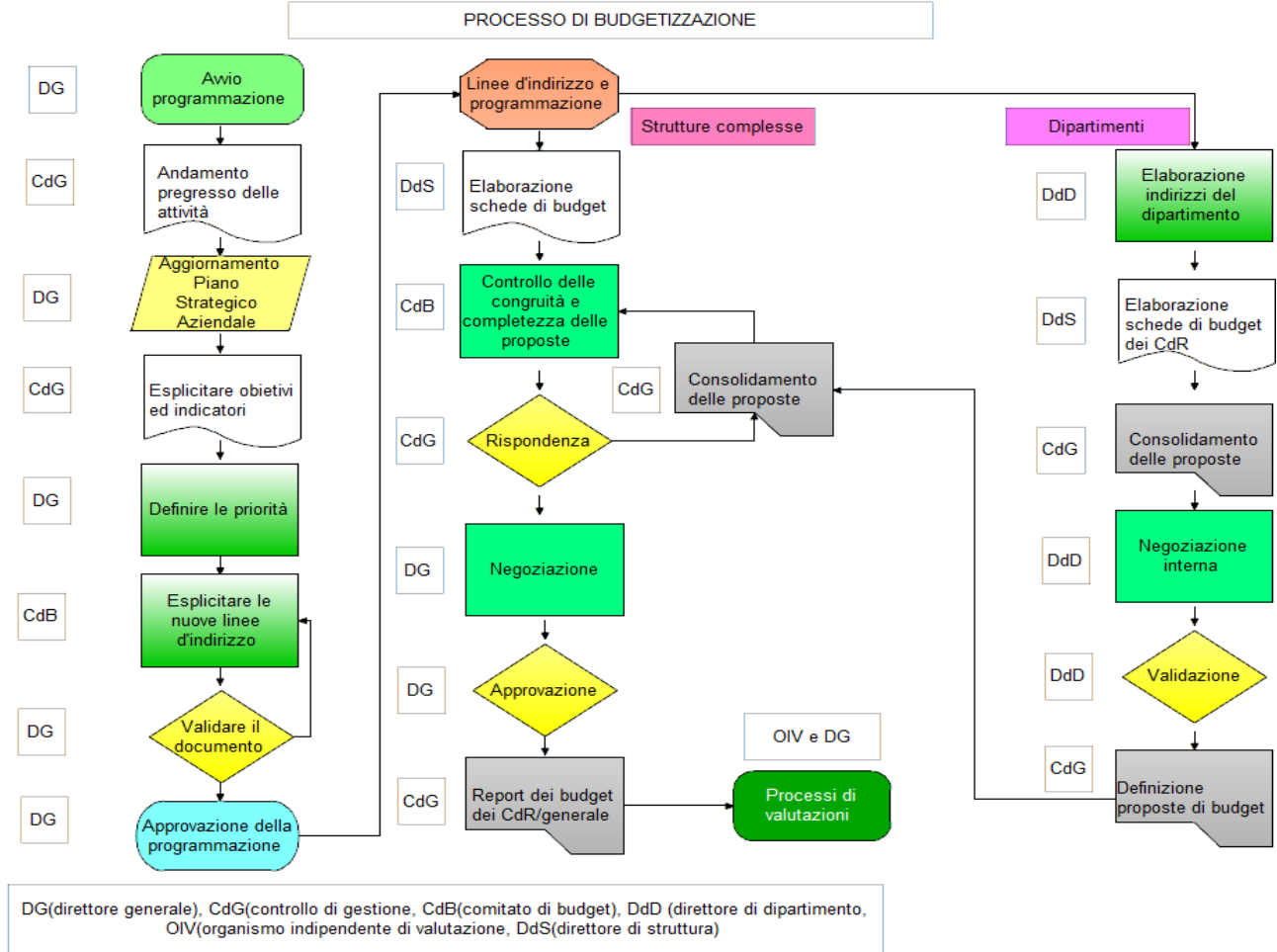
Gli obiettivi operativi sono assegnati ai dirigenti o responsabili di unità organizzativa e sono utilizzati alla valutazione del personale dirigente, hanno un arco temporale annuale e la loro definizione avviene pertanto in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nel rispetto del principio secondo il quale un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se vi è congruità tra le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati e le risorse disponibili.

Nell'IRCCS è attiva la Balanced Score Card attraverso la quale è possibile tradurre missione e strategie in obiettivi e misure, evidenziare elementi misurabili e tangibili e gli elementi difficilmente misurabili. Il sistema è impostato su 4 item di valutazione che si basano su aree/prospettive della BSC derivanti dal sistema di budgeting aziendale. In questa logica, il sistema incentivante si inserisce all'interno delle fasi del processo di budgeting in maniera congiunta e complementare.

Lo svolgimento concreto del processo di budgeting si delinea in più fasi successive, così individuate:

1. elaborazione e aggiornamento del Piano Strategico aziendale con individuazione degli obiettivi strategici;
2. traduzione di questi obiettivi strategici in esplicitazioni per la formulazione delle proposte di budget dove vengono esplicitate le priorità dell'anno in corso, i valori obiettivo, le fasi, i tempi e i contenuti standard e tecnici;
3. presentazione delle proposte di budget da parte dei responsabili dei CdR;
4. valutazione della coerenza e congruenza di queste proposte con gli obiettivi strategici;
5. modifica e riformulazione delle proposte di budget non congruenti;
6. negoziazione conclusiva tra la Direzione Generale e i Responsabili di CdR delle proposte di budget, con eventuale nuova presentazione di proposte non approvate;
7. elaborazione della proposta definitiva del Budget Generale;
8. formalizzazione del Budget per CdR e negoziazione interna;
9. definizione e adozione della delibera del Bilancio di Previsione aziendale in base al Budget Generale.

Di seguito la flow chart dell'intero processo (per i dettagli c.f.r. DG n. 652 del 28.12.2013) :



6.2 Sistemi di misurazione

Sulla base di quanto previsto dalla recente normativa in materia il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere progettato, strutturato e realizzato in modo tale da consentire:

- la misurazione, la valutazione e la rappresentazione, in modo integrato ed esaustivo, del livello di performance atteso (che IRCCS si impegna conseguire) e realizzato (effettivamente conseguito), con evidenziazione degli eventuali scostamenti, con riferimento a tutti gli ambiti indicati dagli artt. 8 e 9 del D.L.vo 150/09;
- l'individuazione di elementi sintetici di valutazione complessiva (key performance drivers; key performance indicators);
- l'analisi del tessuto causale degli scostamenti tra livelli di performance attesi e realizzati, attraverso ulteriori e successivi livelli di dettaglio di osservazione;
- la chiara identificazione delle responsabilità individuali in merito alla definizione degli obiettivi e al relativo conseguimento della performance attesa e realizzata;
- l'immediata e facile comprensione dello stato della performance, tanto agli attori interni quanto ai principali stakeholders esterni;
- la regolare continuità del monitoraggio della performance dell'Istituto anche ai fini dell'individuazione di interventi correttivi in corso d'esercizio;
- il pieno rispetto dei requisiti tecnici della validità, affidabilità e funzionalità;
- la promozione della semplificazione e dell'integrazione dei documenti di programmazione e rendicontazione della performance;
- la trasparenza totale con indicazione dei soggetti responsabili.

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

Tali attività si collocano nel più ampio ambito del ciclo di gestione della performance della pianificazione degli obiettivi (Piano della performance) e quella relativa alla rendicontazione (Relazione sulla performance). La misurazione della performance è essenzialmente un processo empirico e formalizzato, che mira ad ottenere ed esprimere informazioni descrittive delle proprietà di un oggetto tangibile o intangibile. Gli articoli 8 e 9 del D.lgs. 150/2009 stabiliscono gli ambiti della performance organizzativa ed individuale. L'IRCCS si avvale di un sistema di valutazione individuale pubblicato con DG n. 569 del 08.11.2012 e coerente con i principi su enunciati.

La misurazione e la valutazione della performance individuale rispondono ai seguenti scopi:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole; o premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Con riferimento alla performance individuale è necessario distinguere i ruoli:

Dirigenti e Responsabili di una U.O. in posizione di autonomia e responsabilità

- Indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità (performance organizzativa);
- Specifici obiettivi individuali;
- Qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- Capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi

Personale del Comparto

- Raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo (performance organizzativa) o individuali;
- Qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Le redazioni del Piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione Generale supportata dal Collegio di Direzione, coinvolge a cascata le direzioni delle macrostrutture aziendali, le direzioni delle U.O.C., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento, il restante personale.

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La necessaria coerenza e l'integrazione tra il ciclo delle performance e la programmazione economico-finanziaria viene assicurata attraverso l'attività di valutazione dell'impatto economico degli obiettivi strategici ed operativi, svolta contestualmente alla fase istruttoria di redazione del Piano. Tale valutazione si realizza attraverso l'analisi tecnica dello Staff Controllo di Gestione e dell'Area Gestione Risorse Finanziarie.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo di fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

7.3 Il ciclo della performance e l'OIV e le azioni per il miglioramento applicativo

L'Organismo indipendente della Valutazione (OIV) è nominato dal Direttore Generale, sulla base delle indicazioni della Delibera Civit 4/2010. L'OIV, pur mantenendo una posizione di totale ed imparziale indipendenza rispetto alla Direzione, collabora con la medesima, quando necessario, all'impostazione del Piano della Performance, del Programma della Trasparenza e Integrità, degli elementi costitutivi del sistema di misurazione, garantendo una continua e regolare azione di impulso al funzionamento e miglioramento del complessivo sistema di valutazione.

Le funzioni dell'OIV sono articolabili in base a 3 raggruppamenti di compiti:

Monitoraggio

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi, secondo quanto previsto dal D.L.vo 150/09, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità

Validazione

- valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione
- e' responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità

Cura ed elaborazione

- elabora una relazione annuale sullo stato del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione
- propone alla Direzione Generale, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance dell'IRCCS sono di seguito elencate:

- Promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- Miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale;

GARANZIA DELLA TRASPARENZA

NOZIONE E SCOPI

Questa sezione contiene indicazioni per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (art. 13 co. 6 lett. E – D.Lgs. 150/2009) La trasparenza “è intesa come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione (...)” (art. 11 co. 1– D.Lgs. 150/2009). Garantire trasparenza sui dati e notizie concernenti le pubbliche amministrazioni e i suoi agenti, mediante la loro pubblicazione sui siti istituzionali, ha lo scopo di favorire forme diffuse di controllo (incluso il controllo sociale) del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità (art. 11 co. 1– D.Lgs. 150/2009).

La trasparenza intende favorire:

- l'integrità e la correttezza dei comportamenti dei titolari di funzioni pubbliche
- il miglioramento continuo dei servizi pubblici, connotato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder) I principi ispiratori della trasparenza sono: comprensibilità (immediatezza); selettività (veicolare le informazioni chiave); usabilità (facilitare un accesso personalizzato per aree di interesse).

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Ogni amministrazione è tenuta ad adottare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed i suoi aggiornamenti annuali contestualmente alla redazione del Piano della performance e, comunque, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno. Il Programma indica gli obiettivi di trasparenza di breve (un anno) e di lungo periodo (tre anni). Si tratta, infatti, di un Programma triennale “a scorrimento” idoneo a consentire il costante adeguamento del Programma stesso. Il Programma deve specificare i termini temporali entro i quali l'amministrazione prevede il raggiungimento di ciascun obiettivo di trasparenza nonché le eventuali note esplicative in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi nei termini originariamente previsti.

Il Programma deve indicare:

- le risorse dedicate alla sua attuazione, con particolare riferimento alle risorse umane e strumentali utilizzate per il perseguimento degli obiettivi di trasparenza, nel rispetto del limite generale dell'invarianza della spesa, previsto dalla legge;
- mezzi di promozione e diffusione all'interno e all'esterno dell'amministrazione, al fine di una piena conoscenza del Programma da parte sia dei cittadini, sia delle singole strutture dell'Istituto chiamate a conseguire gli obiettivi di trasparenza;
- le modalità di effettuazione del monitoraggio relativo alla sua attuazione.

RUOLI

La Direzione Generale definisce il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e gli eventuali aggiornamenti annuali La Direzione Generale condivide l'impostazione del Piano con l'Organismo indipendente di valutazione (OIV), che esercita un'attività di impulso e di attestazione dell'adozione del medesimo, con l'ausilio della struttura tecnica permanente. L'adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dovrà prevedere un confronto con le associazioni dei consumatori e degli utenti, così come previsto dall'articolo 11, comma 2, del d.lgs n. 150 del 2009.

La partecipazione degli stakeholder, infatti, consente di individuare profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la collettività degli utenti; tale apporto è necessario per:

- concentrare l'attenzione sui dati più rilevanti ai fini del controllo sociale
- consentire una corretta individuazione degli obiettivi strategici dei servizi pubblici con un'adeguata partecipazione dei cittadini

Devono prevedersi, in capo agli uffici competenti (es. URP) adeguate funzioni di raccordo, informazione e raccolta di suggerimenti e commenti da parte del pubblico, da trasmettere all'interno dell'organizzazione secondo un approccio di tipo bottom up. Il programma triennale per la trasparenza e l'integrità dovrà, infine, contenere a designazione di un dirigente che sia il referente non solo del procedimento di formazione, adozione e attuazione del Programma, ma dell'intero processo di realizzazione di tutte le iniziative volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Tale designazione rileva sia ai fini dell'accountability interna in relazione all'effettivo adempimento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità, sia dell'applicazione delle misure sanzionatorie previste dall'articolo 11, comma 9, del D.lgs. 150/2009, in caso di mancata adozione e realizzazione del Programma o di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dai precedenti commi 5 e 8.

PUBBLICAZIONE DEL PROGRAMMA

Il Programma (e i relativi aggiornamenti annuali) sarà pubblicato in almeno un formato aperto e standardizzato. Le versioni del Programma degli anni precedenti saranno lasciate a disposizione sul sito e rese accessibili tramite link Lo stato di attuazione del Programma (anch'esso in formato aperto e standard) sarà pubblicato almeno semestralmente. Gli stati d'attuazione precedenti vanno lasciati a disposizione sul sito e resi accessibili tramite link dalla pagina dove è pubblicato il programma triennale.

Ai sensi dell'articolo 11, comma 6, del d. lg. n. 150 del 2009, ogni Ente pubblico ha l'obbligo di presentare il Piano e la Relazione sulla performance, di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b) del medesimo decreto, alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità conterrà la previsione di un'agenda di incontri, ai fini della presentazione del Piano e della Relazione sulla performance. Tali incontri potranno essere, inoltre, la sede opportuna per fornire informazioni sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, stante lo stretto collegamento tra la disciplina della trasparenza e quella della performance, nonché l'occasione per condividere best practices, esperienze e, una volta implementati i modelli e le indagini sul personale dipendente affidate all'OIV dall'articolo 14, comma 5, del d. lg. n. 150 del 2009, i risultati delle rilevazioni relative al "clima" lavorativo, al livello dell'organizzazione del lavoro, oltre che al grado di condivisione del Sistema di valutazione.

Allegati

[SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALI \(Link\)](#)

[PROCESSO DI BUDGETIZZAZIONE E SISTEMI PREMIANTI \(Link\)](#)

[OBIETTIVI ANNUALI \(Link\)](#)

[SCHEDE DI BUDGET ANNUALI \(Link\)](#)