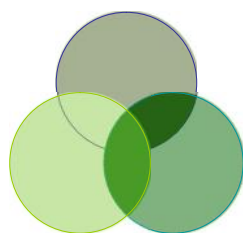


**IRCCS - ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"**



**PIANO DELLA PERFORMANCE  
2017- 2019**

## **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 2015-2016

### **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 2017**

### **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.

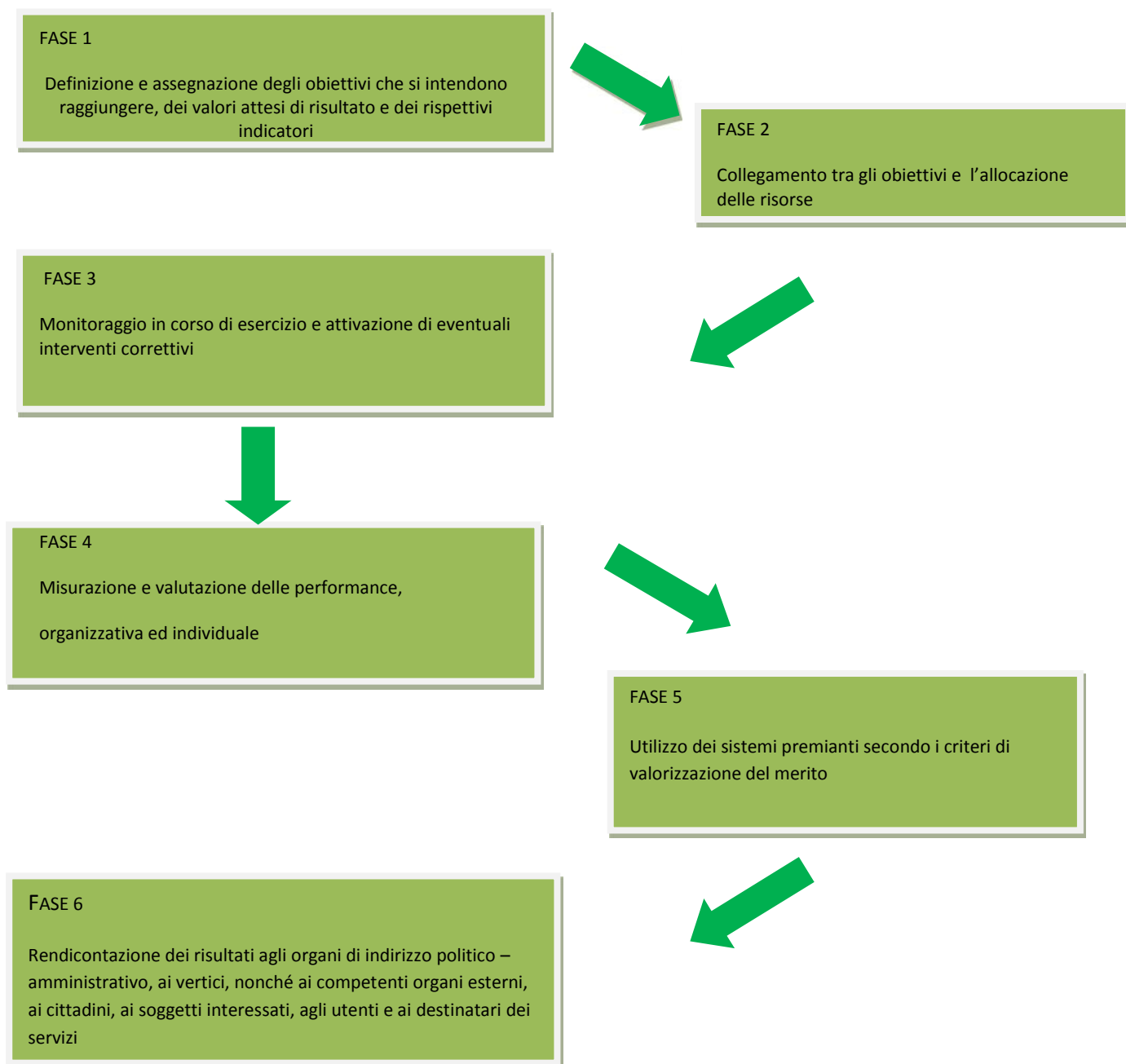
Il Piano della Performance si integra con il Piano per la Trasparenza e prevenzione della corruzione, individuando specifici obiettivi comuni, mediante l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale 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 2017-2019 tiene conto del nuovo assetto della Direzione Strategica e richiama gli obiettivi generali, gli indicatori e i processi, previsti nel Regolamento di Budget relativo all'esercizio finanziario 2017 approvato con deliberazione del Direttore Generale n.656 del 29.11.16.

## 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.

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.

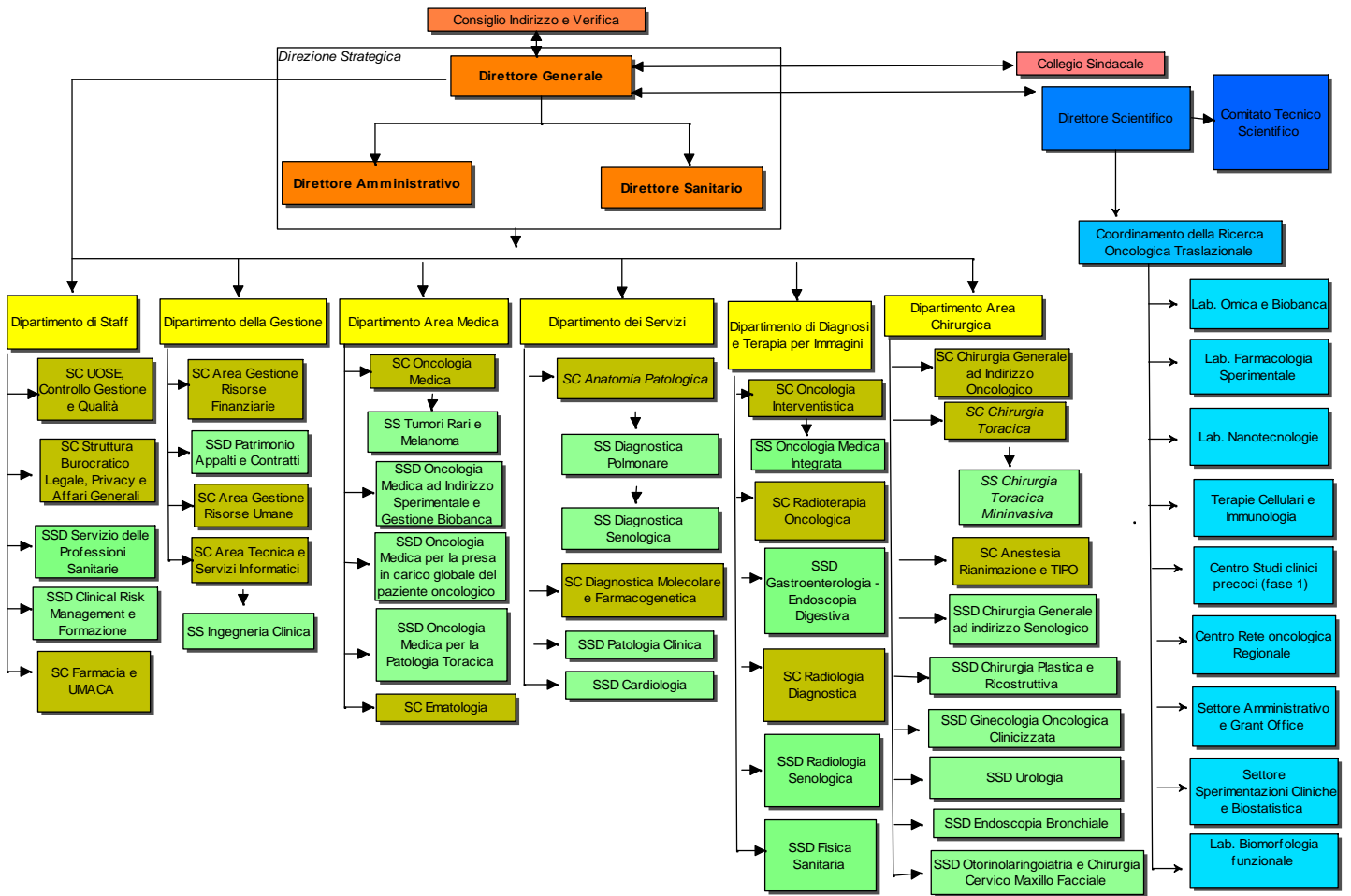
## **Prodotti delle attività di ricerca**

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'ITB è presente nella rete ospedaliera regionale, con 156 posti letto per acuti.

Il numero dei posti letto autorizzati è tratto dalla DGR n. 1933 del 30 novembre 2016; in tale DGR, per l'Oncologia e per la Chirurgia vengono riportati numeri che contengono al loro interno anche alcune specialità, per le quali l'ITB ha già richiesto ed ottenuto l'accreditamento; inoltre non viene fatta alcuna distinzione tra posti letto ordinari e di D-H. Su tali basi i posti letto autorizzati sono quelli riportati nella seguente tabella:

Aspetto Posti Letto IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"	DGR 1933/2016	
	Posti letto Ricoveri Ordinari	Posti letto Ricoveri DH
0901 Chirurgia Generale a Indirizzo Oncologico	26	2
0902 Chirurgia Generale a Indirizzo Senologico	12	2
0903 Oncologia Interventistica	18	2
1201 Chirurgia Plastica Ricostruttiva	4	2
1301 Chirurgia Toracica	16	0
4301 Urologia	6	2
6401 Oncologia Medica	22	2
4901 Anestesia Rianimazione e TIPO	4	0
3801 Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Maxillo Facciale	6	2
3701 Ginecologia Oncologica Clinicizzata	12	2
1801 Ematologia	12	2
	138	18
<b>Totale Posti Letto</b>	<b>156</b>	

I posti letto realmente funzionanti non superano quelli accreditati nel rispetto delle procedure vigenti e non possono essere, naturalmente, in numero superiore a quelli autorizzati con DGR.

Annualmente, anche al fine di elaborare correttamente i report di funzionalità, con deliberazione del DG 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 tal ottica anche la qualificazione di posti-letto (ordinari o di D-H) può essere variata nel rispetto del numero totale stabilito a livello regionale. Tale flessibilità risponde alla peculiarità del settore di assistenza che deve essere caratterizzato dalla capacità di adattarsi a mutate esigenze assistenziali.

### 3.3 L'IRCCS in "cifre" – Andamento Produzione e Indicatori di attività Biennio 2015-2016

<b>Produzione Ricoveri</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Differenza %</b>
<b>Ricoveri Ordinari e DH</b>	11.354.040,00	13.415.300,00	+ 18%
<b>Produzione Prestazioni Ambulatoriali</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Differenza %</b>
<b>Prestazioni Ambulatoriali – Day Service</b>	8.181.757,81	8.397.097,30	+ 3%

<b>INDICATORI DI ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>
<b>N° ricoveri Ordinari</b>	2.189	2.408
<b>Indice di rotazione</b>	32,05	33,27
<b>Tasso di occupazione posti letto</b>	80.45%	83.58 %
<b>Turn over</b>	2,23	1.81
<b>Peso medio</b>	1,44	1.57

*Gli indicatori certificano:*

- un incremento del 10 % del numero dei ricoveri Ordinari.
- un netto miglioramento del Tasso di Occupazione del Posto letto
- un miglioramento del Peso medio dei DRG
- un miglioramento del Turn over e dell'indice di rotazione, rispetto alle attività assistenziali dell'anno 2015.

#### **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 di ruolo di Hub all'interno della rete oncologica regionale (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 leadership della direzione 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 e sancito con DGR 895 costituisce senza dubbio una occasione per riorganizzare l'intera struttura in termini di offerta sanitaria.

La scelta strategica operata dalla Regione di assegnare all'IRCCS il ruolo di HUB nella Rete Oncologica rappresenta un ulteriore presupposto per incrementare la capacità di attrazione regionale.

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 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. Esso fornisce 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. In prima istanza sono state pertanto individuate le aree strategiche in cui l'Istituto intende operare, nel triennio 2017-2019 e nell'ambito di ciascun area sono definiti gli obiettivi strategici che sono poi stati articolati in più obiettivi operativi.

### Obiettivi Strategici

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 Gestionali

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

## ALBERO DELLA PERFORMANCE

MANDATO ISTITUZIONALE - MISSION

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

AREA STRATEGICA 1

ASSISTENZA SANITARIA

OBIETTIVI STRATEGICI

AVVIO DEL PROCEDIMENTO  
ED ESECUZIONE DEL  
TRASFERIMENTO DELLE  
UU.OO DALLA ASL DI BARI  
SANCITO CON DGR  
895/2016

AUMENTO DELLA  
PRODUTTIVITA' NEL RISPETTO  
DEL PRINCIPIO DI  
APPROPRIATEZZA

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

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

CONTENIMENTO DEI TEMPI DI  
ATTESA

AREA STRATEGICA 2

RICERCA

OBIETTIVI STRATEGICI

SVILUPPO DELLE ATTIVITA'  
DELLA BIOBANCA

ACCREDITAMENTO OECI  
(OTTENIMENTO  
/MANTENIMENTO  
CERTIFICAZIONE)

SVILUPPO DELLA RICERCA  
TRASLAZIONALE

PROGETTAZIONE RICERCA PER  
ACCESSO AI FONDI PRIVATI ED  
EUROPEI

AREA STRATEGICA 3

INNOVAZIONE , SVILUPPO E  
SISTEMA QUALITA'

OBIETTIVI STRATEGICI

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

TRASPARENZA NELLA GESTIONE  
DEI SETTORI DELLA RICERCA,  
ASSISTENZA E AMMINISTRATIVI

APPROPRIATEZZA  
ORGANIZZATIVA /  
EMPOWERMENT

ATTIVAZIONE PROCEDURE DI  
ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO  
NORMATIVO REGIONALE E  
NAZIONALE

IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO  
PDTA 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 2017**

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
ASSISTENZA SANITARIA	AVVIO DEL PROCEDIMENTO ED ESECUZIONE DEL TRASFERIMENTO DELLE UU.OO DALLA ASL DI BARI SANCITO CON DGR 895/2016	PREDISPOSIZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI PROPEDEUTICI AL TRASFERIMENTO DELLE UU.OO DALLA ASL DI BARI	N° MEDIO PL FUNZIONANTI NEL 2017 > N° MEDIO PL FUNZIONANTI NEL 2016	REPORT INDICATORI ATTIVITA' DI DEGENZA PER PAZIENTI DIMESSI (DEGENZA MEDIA, % OCCUPAZIONE, PESO MEDIO, TURN OVER, ETC)
ASSISTENZA SANITARIA	AUMENTO DELLA PRODUTTIVITA' NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA	AUMENTO DELLA PRODUTTIVITA' NEL RISPETTO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA	VALORE PRODUZIONE ECONOMICA 2017 ≥ AL VALORE PRODUZIONE ECONOMICA 2016, 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	VALUTAZIONE DEI COSTI CON METODICA NISAN	INDICATORI NISAN	REPORT SC RISORSE FINANZIARIE E CONTABILITA' ANALITICA
ASSISTENZA SANITARIA	OTTIMIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE ATTRAVERSO L'ANALISI DEL RAPPORTO COSTI/PRODUZIONE	VALUTAZIONE COSTO PDTA	RELAZIONE SULL'ANALISI CONDOTTA SU ALMENO 1 PDTA	REPORT SC RISORSE FINANZIARIE E CONTABILITA' ANALITICA
ASSISTENZA SANITARIA	OTTIMIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE ATTRAVERSO L'ANALISI DEL RAPPORTO COSTI/PRODUZIONE	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE DI MONITORAGGIO PER L'ANALISI DEI COSTI/RICAVI PROPEDEUTICHE AD UNA RIALLOCAZIONE DELLE RISORSE	VALORE RAPPORTO COSTI/RICAVI ANNO 2017 ≤ VALORE RAPPORTO COSTI/RICAVI ANNO 2016	RAPPORTO DIF 2017
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 UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA' / FARMACIA
ASSISTENZA SANITARIA	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	RIPROGRAMMAZIONE AGENDE AMBULATORI	VALORE % RISPETTO CLASSI DI PRIORITA' NELL'ANNO 2017 > VALORE % RISPETTO CLASSI DI PRIORITA' NELL'ANNO 2016	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	ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI PRE-RICOVERO CHIRURGICO	VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2017 < VALORE DEGENZA PRE-OPERATORIA 2016	REPORT SC UOSE 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 IN ALMENO .1 UNITA' OPERATIVA DI DEGENZA	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
RICERCA	SVILUPPO ATTIVITA' DELLA BIOBANCA	ATTIVAZIONE PROCEDURE DI START UP BIOBANCA	ATTIVAZIONE PROCEDURE OPERATIVE STANDARD E PREDISPOSIZIONE MODULISTICA	ATTESTAZIONE DIREZIONE SCIENTIFICA



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
<b>RICERCA</b>	<b>PROGETTAZIONE RICERCA PER ACCESSO FONDI PRIVATI ED EUROPEI</b>	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
<b>RICERCA</b>	<b>ACCREDITAMENTO OECI (OTTENIMENTO /MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE)</b>	MESSA IN ATTO DELLE AZIONI PREVISTE NELL'ACTION PLAN OECI	IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO DELLE AZIONI PREVISTE NELL'ACTION PLAN OECI	N° PROCEDURE ATTIVATE (VALUTAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DI PROGETTO OECI)
<b>RICERCA</b>	<b>SVILUPPO DELLA RICERCA TRASLAZIONALE</b>	MANTENIMENTO / SUPERAMENTO DEI VALORI DI IF NORMALIZZATO NEL RISPETTO DEI CRITERI MINISTERIALI	VALORE IF NORMALIZZATO 2017 ≥ VALORE IF NORMALIZZATO 2016	REPORT PRODUZIONE SCIENTIFICA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>	IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE D'INTERVENTO PREVISTE NEL PIANO DI ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT	N° AZIONI INTRAPRESE NELL'ANNO 2017 = N° AZIONI PREVISTE NEL PIANO DI ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT	REPORT SSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>	IMPLEMENTAZIONE AZIONI VOLTE ALLA RIDUZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA	N° EVENTI SENTINELLA RILEVATI NEL 2017 < N° EVENTI SENTINELLA RILEVATI NEL 2016	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>COORDINAMENTO DELLA RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)</b>	ASSUNZIONE DEL RUOLO DI COORDINAMENTO	REDAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO E LINEE D'INTERVENTO AZIENDALI	ATTESTAZIONE DIREZIONE GENERALE
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO PDTA INTEGRATI</b>	APPLICAZIONE DEI PDTA APPROVATI	MISURAZIONE DEGLI INDICATORI DI PROCESSO DEFINITI IN CIASCUN PDTA (VERIFICA A CAMPIONE SU DOCUMENTAZIONE CLINICA)	RESOCONTO AUDIT CLINICO
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO PDTA INTEGRATI</b>	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
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT</b>	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE E PROMUOVERE LA MULTIDISCIPLINARIETA'	PREDISPOSIZIONE DI UNA SCHEDA DI INGRESSO PER LA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (VALUTAZIONE CLINICA, VALUTAZIONE DEL DOLORE, VALUTAZIONE DEI BISOGNI,ECC)	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT</b>	VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA CARTELLE CLINICHE EX DM 10.12.2009	TRASMISSIONE DELLE RISULTANZE NEI TEMPI E SECONDO LE MODALITA' STABILITE DALLA NORMA VIGENTE	FLUSSO EDOTTO / RAPPORTO UVAR
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT</b>	REDAZIONE VADEMECUM DEI SERVIZI ALL'UTENTE	PUBBLICAZIONE DEL VADEMECUM SUL SITO WEB ISTITUZIONALE ENTRO IL 30/09/2017	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT</b>	ULTERIORE DIFFUSIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	N° PRESCRIZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE OSPEDALIERA EFFETTUATE NEL 2017 ≥ N° PRESCRIZIONI 2016	REPORT SC UOSE CONTROLLO DI GESTIONE E QUALITA'
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI FLUSSI INFORMATIVI</b>	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

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO / FONTE DI RILEVAZIONE
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI DAY SERVICE</b>	IMPLEMENTAZIONE DEI PACCHETTI DAY SERVICE PER CIASCUNA UU.OO.	% DI PRESTAZIONI DAY SERVICE PER SINGOLA UU.OO ≥ 2016	VALUTAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA / EMPOWERMENT</b>	RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION (PRODUZIONE RELAZIONE DA PUBBLICARE SUL SITO WEB AZIENDALE ENTRO IL PRIMO TRIMESTRE DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO OGGETTO DI INDAGINE)	VALUTAZIONE DIREZIONE STRATEGICA
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>ADEGUAMENTO ALL'IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE E NAZIONALE IN MATERIA DI FLUSSI INFORMATIVI</b>	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'
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>TRASPARENZA NELLA GESTIONE DEI SETTORI DELLA RICERCA , ASSISTENZA E AMMINISTRATIVI</b>	SVOLGERE AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA LEGALITA', INTEGRITA' E TRASPARENZA	ORGANIZZAZIONE DI ALMENO N°1 CORSO DI FORMAZIONE	ATTESTAZIONE SSD CLINICAL RISK MANAGEMENT E FORMAZIONE
<b>INNOVAZIONE SVILUPPO E SISTEMA QUALITA'</b>	<b>TRASPARENZA NELLA GESTIONE DEI SETTORI DELLA RICERCA , ASSISTENZA E AMMINISTRATIVI</b>	ELABORAZIONE, IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DI PROCEDURE ATTE A FAVORIRE LA TRASPARENZA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI E DECISIONALI FINALIZZATA A PREVENIRE EVENTUALI FENOMENI DI CONFLITTO DI INTERESSE E DI CORRUZIONE NEI SETTORI DI RICERCA, ASSISTENZA E GESTIONE AMMINISTRATIVA	60% DI AZIONI INTRAPRESE NEL CORSO DEL 2017 RISPETTO ALLE AZIONI PREVISTE NEL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2017-2019	ATTESTAZIONE OIV / RESPONSABILE ANTICORRUZIONE

## 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.

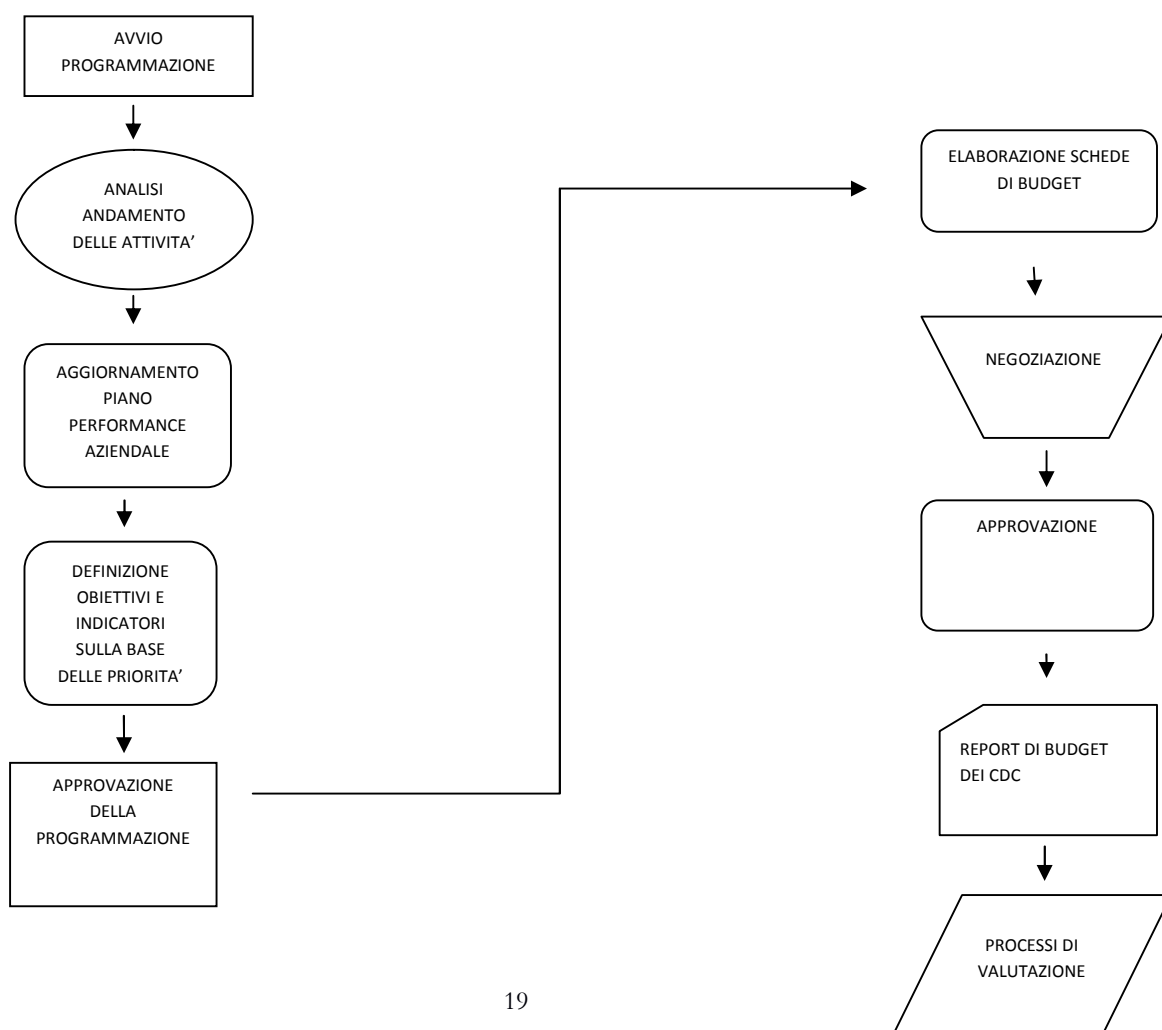
La pianificazione della performance si collega e si integra con coerenza con la programmazione economico-finanziaria dell'IRCCS.

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, entro il 31 gennaio.