



**“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI**

Deliberazione N. 598 del 05/06/2020

PROPONENTE: Direzione Amministrativa

**OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE E OBIETTIVI OPERATIVI 2020-2022.
Aggiornamento anno 2020.**

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE E OBIETTIVI OPERATIVI 2020-2022. Aggiornamento anno 2020.

PROPONENTE: Direttore Amministrativo

Vista l'istruttoria effettuata dal Direttore f.f. U.O.C. "Internazionalizzazione della Ricerca" dr.ssa Iolanda Attanasio e dal dirigente della UOC "Coordinamento delle funzioni centrali di supporto alle direzioni e rapporti con le istituzioni Regionali, Nazionali e Internazionali", dott.ssa Elena Cipolletta;

VISTO

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 15 ss.mm.ii. che in attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, ha apportato rilevanti modifiche in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

- il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124" ed in particolare, a quanto statuito dagli articoli 4, 5 e 10 del decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 come modificati dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74;

- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 ss.mm.ii. nonché quanto disposto dalle delibere CIVIT/ANAC nrr. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013 nonché quanto rilevato dalle indicazioni operative fornite dall'ANAC in data 10 gennaio 2014;

RILEVATO

-che l'Istituto, in ottemperanza a quanto disposto dalla L. 190/2020 e dal D.Lgs. 33/2013 ss.mm.ii., ha programmato e pianificato le misure di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, giusta delibere del Direttore Generale n. 50 del 29/01/2020 e nr. 53 del 30/01/2020 avente ad oggetto "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G. Pascale Triennio 2020-2022. Aggiornamento anno 2020;

-che gli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, si riverberano anche nella programmazione aziendale in tema di *performance* organizzativa ed individuale determinando una pianificazione organica e coerente anche con quanto definito con il budget di previsione adottato, giusta delibere nr. 322/2020 e successiva integrazione nr. 362/2020;

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

che la programmazione della performance ha tenuto conto anche del nuovo Piano di Organizzazione e Sviluppo dell’Istituto, adottato con provvedimento n. 1 del 03/01/2020, che ha definito una nuova articolazione aziendale coerente con le funzioni assunte dall’Istituto nell’ambito della ROC (giusto DCA nr. 98 del 20/09/2016), della ricerca scientifica e sul piano internazionale nonché dell’incorporazione dell’Ascalesi all’Istituto;

LETTE le disposizioni contrattuali vigenti nonché le linee di indirizzo triennali (ottobre 2020-ottobre 2022) delineate dal CIV e trasmesse alla Direzione Strategica in data 27 febbraio u.s.;

CONSIDERATO che con nota del 14337 del 18 maggio u.s., il Direttore Generale ha trasmesso gli obiettivi delineati nel piano a tutti i componenti del Collegio di Direzione al fine di condividerli e di acquisire l’accettazione da parte degli stessi e che in merito sono pervenute le note nrr. 14685/2020 e 15177/2020, rispettivamente, dei Direttori del Dipartimento dei Servizi Strategici Sanitari nonché del Dipartimento Corp-S di Ricerca e Assistenziale di Onco-Ematologia, Neoplasie Mesenchimali e Muscolo Scheletriche dell’Adulto e diagnostica Innovativa;

che la Direzione Strategica ha stabilito gli obiettivi 2020-2022, con relativi indicatori e valori attesi, come da schemi allegati al presente provvedimento (elaborati come nel precedente Piano) e che tali obiettivi sono stati definitivamente approvati ed inseriti nel documento “Piano della Performance 2020-2022”- Aggiornamento anno 2020;

Tanto premesso,

PROPONGONO DI

- approvare il Piano della Performance 2020-2022 – Aggiornamento anno 2020-ed i relativi Allegati Tecnici nrr.1 e 2, denominati rispettivamente “Obiettivi Operativi per Area Strategica” (in cui sono descritti gli obiettivi per area strategica oltre quelli della Direzione Strategica) e “Obiettivi Operativi per Area Organizzativa” (in cui sono enucleati gli stessi) i quali costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione ed espongono gli obiettivi operativi 2020-2022 (con relativi indicatori e valori attesi) per le singole articolazioni aziendali su cui gli stessi si riverberano “a cascata”, dando mandato ai Responsabili dei relativi Dipartimenti/Strutture di realizzare il relativo ribaltamento all’interno delle rispettive Strutture di afferenza;
- disporre la pubblicazione del documento “Piano della Performance 2020-2022- Aggiornamento anno 2020”- sul sito istituzionale nella Sezione “Amministrazione Trasparente – Performance”;

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

- trasmettere il presente provvedimento alle OO.SS., per informativa, all’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, al Consiglio di Indirizzo e Verifica, al Collegio di Direzione e al Collegio Sindacale, per le rispettive competenze.

IL DIRETTORE GENERALE

- In virtù** dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. n. 108 del 08/08/2019;
- Letta e valutata** la proposta di delibera sopra riportata, presentata dal Direttore F.F. della UOC Internazionalizzazione della Ricerca, dr.ssa Iolanda Attanasio, e dal Dirigente della U.O.C.`` Coordinamento delle funzioni centrali di supporto alle direzioni e rapporti con le istituzioni Regionali, Nazionali e Internazionali, dr.ssa Elena Cipolletta; .
- Preso atto** che il Direttore ed il Dirigente proponenti il presente provvedimento, attestano che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;
- Acquisito** il parere favorevole del Direttore Scientifico, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

- 1) Approvare il Piano della Performance 2020-2022 – Aggiornamento anno 2020-ed i relativi Allegati Tecnici nrr.1 e 2, denominati rispettivamente “Obiettivi Operativi per Area Strategica” (in cui sono descritti gli obiettivi per area strategica oltre quelli della Direzione Strategica) e “Obiettivi Operativi per Area Organizzativa” (in cui sono enucleati gli stessi) i quali costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione ed espongono gli obiettivi operativi 2020-2022 (con relativi indicatori e valori attesi) per le singole articolazioni aziendali su cui gli stessi si riverberano “a cascata”, dando mandato ai Responsabili dei relativi Dipartimenti/Strutture di realizzare il relativo ribaltamento all’interno delle rispettive Strutture di afferenza.
- 2) Disporre la pubblicazione del documento “Piano della Performance 2020-2022”- Aggiornamento anno 2020- sul sito istituzionale nella Sezione “Amministrazione Trasparente – Performance”.
- 3) Trasmettere il presente provvedimento alle OO.SS., per informativa, all’Organismo indipendente di valutazione della performance, al Consiglio di Indirizzo e Verifica, al Collegio di Direzione e al Collegio Sindacale, per le rispettive competenze.



“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

- 4) Dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Attilio A. M. Bianchi

Allegato Tecnico 1

Obiettivi Operativi per Area Strategica

[Handwritten signatures and initials]

OBIETTIVI 2020-2022

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
EFFICIENZA NELL'IMPIEGO DELLE RISORSE	1 Migliorare l'efficienza nell'impiego delle risorse	CIV	1.1	Rispetto delle disposizioni normative in materia di tempestività dei pagamenti.	Indice tempestività dei pagamenti	≤ 60 gg.	Direzione strategica	2020 - 2022
		CIV	1.2	Aggiornamento dei procedimenti contabili e gestionali attraverso una puntuale azione dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) dei bilanci, anche alla luce del SIAC.	Directive DCA in tema di certificazione	Adeguamento della procedure amministrative alle direttive regionali ed implementazione del SIAC	Direzione strategica	2020 - 2022



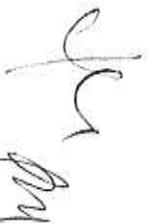


OBIETTIVI 2020-2022

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
COINVOLGIMENTO E CRESCITA DEL PERSONALE	2 Favorire il coinvolgimento e la crescita del personale	CIV	2	Formazione continua dei dipendenti, ECM e sicurezza sui luoghi di lavoro	Piano della Formazione e aggiornamento DVR	Delibera di approvazione piano formazione 2020 e aggiornamento DVR al 21.12.2020	Direzione strategica	2020 - 2022
				Direzione Strategica	3	Relazione a eventi nazionali ed internazionali di ricercatori del Dipartimento di Ricerca Traslationale	Relazione del Direttore del Dipartimento e del Direttore Scientifico	Oscillazione maggiore o minore del 10% rispetto al 2019







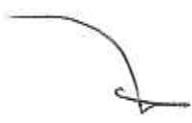
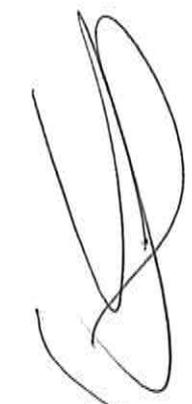
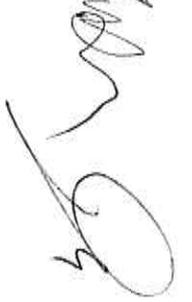

OBIETTIVO 2020 - 2022

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno						
QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI	3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019 CIV	3	Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario dell'anno 2018	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Valore = 0,15 all- a della D.G.R.C. n. 377)	Tutti i Dipartimenti CORP-S Direzione strategica	2020 - 2022						
									3.1	Mantenimento dei livelli assistenziali con riferimento all'ultimo quadriennio	PRGLA 2019/2021	Operatività	Tutti i Dipartimenti CORP-S Direzione strategica	2020 - 2022
									3.2	Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni assistenziali PRGLA 2019-2021 per le 69 prestazioni ambulatoriali e le 17 di ricovero programmato riferiti alle classi di priorità B,D e P.	Attuazione delle indicazioni del PRGLA	Rapporto tra n. prestazioni erogate entro il periodo di riferimento previsto per la specifica classe di priorità (B-D-P)/ n. totale prestazioni erogate per ciascun anno	Direzione Sanitaria – S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedaliari"	2020 - 2021

* Nota 42500 € 15177 (Re. 05.2019)

(Handwritten signatures and initials)

QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI							
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	DGRG 377 06/08/2019 - Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare/D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	3.3	Monitoraggio attività libero professionale intra-muraria (MANCA ALLEGATO AREA STRATEGICA PUNTO 15)	Mantenere un rapporto equilibrato tra le prestazioni in regime istituzionale ed in ALPI nel rispetto delle direttive regionali impartite in materia di ALPI	ALPI <= 10% ordinaria (controllare percentuale alpi)	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri"	2020 - 2022
	DGRG 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	3.4	3.4.1. Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018 3.4.2. Riduzione del 30% nell'arco dell'intero mandato gli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018	Ricoveri anno 2018= 2.042 Numero di accessi di tipo medico anno 2018= 28.645	Completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi: reportistica Completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi: reportistica	Tutti i Dipartimenti Tutti i Dipartimenti	2020-2022 2020-2022
	DGRG 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	3.5	Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO Programma Nazionale Esiti (PNE)	Grado di adesione alle indicazioni del gruppo tematico regionale Rapporto tra SDO chiuse entro trenta giorni e SDO totali: Report semestrale UOC "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri"	≥80% primo anno 100% anni successivi	Direzione Sanitaria - S.C. Servizi Assistenziali Ospedalieri	2020 - 2022



QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI		QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI						
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	CIV	3.6	Continuità, completezza e qualità dei flussi informativi presso la Regione Campania, il Ministero della salute e le altre istituzioni pubbliche	Adempimenti previsti dalla normativa	Completezza dei dati trasmessi nei tempi previsti	Direzione Strategica	2020-2022	
			3.7	Progressiva diminuzione e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni	Operatività	operatività	Direzione Strategica	2020-2022
				3.8	Implementazione/aggiornamento delle attività progettuali nell'ambito dei bandi RIS per la lotta alle patologie oncologiche	Istruttoria	operatività	Direzione strategica
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	CIV	3.5.2	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM		Adempimenti previsti dal Ministero della salute con nota 9016 del 07.06.2019	Completezza dei dati trasmessi nei tempi previsti	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri"	2020
			3.5.1	Ottimizzare il numero dei giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico /N. dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	Riferimento 1,4 giorni	Tutti i Dipartimenti	2020
				06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	3.5.2	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM	Adempimenti previsti dal Ministero della salute con nota 9016 del 07.06.2019

MUM

MUM

MUM

MUM

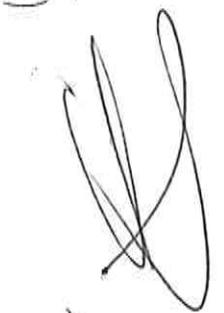
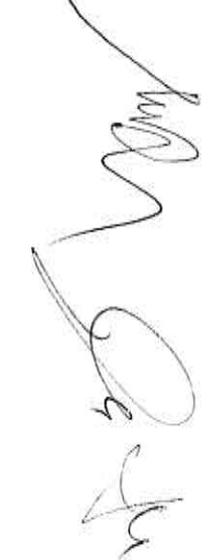
QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI

3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	CIV	3.9	Implementazione/Aggiornamento delle misure organizzative in tema di trasparenza	Adempimenti previsti dalla normativa	operatività	Direzione Strategica	2020-2022
	CIV	3.10	Certificazione ISO per i laboratori clinici e di ricerca	Istruttoria	Istruttoria	Direzione Strategica	2020-2022
	Direzione Strategica CIV	3.11	Implementazione della struttura organizzativa per il Risk management	Operatività	Operatività	Direzione Sanitaria - S.C. *Organizzazione Servizi Assistentiali Ospedalieri	2020
	Direzione Strategica	3.12	Potenziamento del sistema informativo sanitario	Istruttoria	Progettazione e analisi con stesura delle specifiche funzionali informatiche	Direzione Sanitaria - S.C. *Organizzazione Servizi Assistentiali Ospedalieri - CED	2020-2022
	Direzione Strategica	3.13	Accreditamento nazionale	Istruttoria	Provedimento accreditamento	Tutti i Dipartimenti	2020-2022
	Direzione Strategica	3.14	Gestione sinistri attraverso la gestione in autoassicurazione di un fondo rischi dedicato	Gestione, valutazione e liquidazione sinistri	Report trimestrali attraverso il sistema di controllo regionale LEGAL APP (Condividere con DA)	S.C. Avvocatura e Affari Legali	2020
Direzione Strategica	3.15	Avvio gestione approvigionamenti beni e servizi area Ricerca	avvio procedure	Delibere	S.C. Gestione Beni e Servizi S.C. Amministrativa della Ricerca e progetti etero-finanziati	2020	

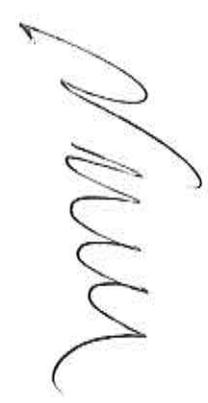
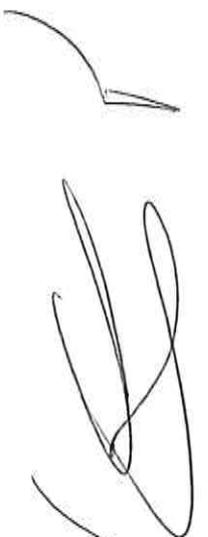
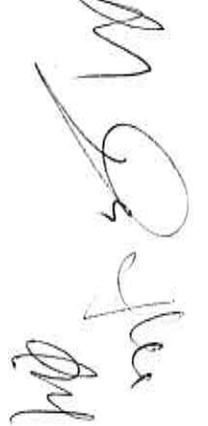





QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI	QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI																																						
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	CIV	3.22		Partecipazione dei ricercatori del Dipartimento di Ricerca Traslazionale ad equipe di studi clinici	Migliorare la produzione scientifica dei ricercatori	Riduzione tempi di risposta referti (obiettivo in ambito dipartimentale)	Avvio procedure per la conferma del riconoscimento carattere scientifico		Direzione Strategica	3.23	Direzione Strategica	3.23		Relazione del Direttore di Dipartimento	Publicazioni 2020 del Dipartimento di Ricerca Traslazionale con un ricercatore dell'Istituto come primo, secondo o ultimo corrisponding autore. Relazione a firma congiunta Direttore Dipartimento e Direttore Scientifico	Relazione del Direttore di Dipartimento	Svolgimento site-visits ed ottenimento della certificazione		3.26	3.24	3.23	3.23		Oscillazione maggiore o minore del 10% rispetto al 2019	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici area diagnostica		2020	2020	2020	2020		2020	2020	2020	2020-2022	


 (VERBA NOTA)
 EDPOC 15/11/19
 26.05.2019




QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI		QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI	
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	Direzione Strategica	3.27	Arruolamento pazienti in studi clinici proposti dal Dipartimento di Ricerca Traslationale
	Direzione Strategica	3.28	Implementare una specifica sezione sul sito Internet dell'istituto circa i clinical trial
3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	Direzione Strategica	3.29	International Advisory board- Favorire la ricerca clinica innovativa
	Direzione Strategica	3.30	International Advisory board- Partecipazione a sperimentazioni cliniche multicentriche internazionali
			Relazione del Direttore del Dipartimento e del Direttore Scientifico
			Oscillazione maggiore o minore del 5% rispetto al 2019
			Area di Staff della Direzione Scientifica- Dipartimento dei servizi strategici amministrativi- SS.CC. Interessate
			Dipartimento di ricerca traslationale a supporto dei percorsi oncologici
			2020
			Incrementare il nr. degli studi no-profit del 10%
			Dipartimenti Interessati
			2020-2022
			Incremento del 5% rispetto al triennio del 2017/2019
			Dipartimenti Interessati
			2020-2022


QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI

3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi

Direzione Strategica	3.31	International Advisory board- Strutturare un metodo di valutazione dei ricercatori Interni all'Istituto	Definire una procedura di valutazione	Misurare la performance dei ricercatori	Direzione Scientifica	2020-2022
Direzione Strategica	3.32	Svolgimento di audit interni relativi alla corretta gestione degli studi clinici	Nr. audit interni condotti/audit pianificati	Almeno il 50%	Direzione Scientifica	2020-2022
Direzione Strategica	3.33	Avvio gestione procedure di reclutamento risorse umane area Ricerca	Avvio procedure	Delibere	S.C. Gestione Risorse Umane e S.C. Amministrativa della Ricerca (RIS -POR)	2020
Direzione Strategica	3.34	Aggiornamento fascicoli personale dipendente e personale precario	Costituzione di un gruppo di lavoro. Relazione Semestre e finale	Monitoraggio dei fascicoli	SC Gestione Risorse Umane e S.CC. Amministrativa della Ricerca e progetti etero-finanziati	2020

Mura

[Signature]

[Signature]

[Signature]

QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI PROCESSI								
	3 Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi	Direzione Strategica	3.35	Contenimento delle proroghe contrattuali entro i limiti fisiologici	Delibere e procedure	Proroghe < 10% della spesa annua complessiva per acquisizione di beni e servizi	SC Gestione Beni e Servizi	2020

Mura

A

[Handwritten signatures]

OBIETTIVI 2020-2022

AREA STRATEGICA	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
Relazioni con gli Stakeholder	4 - Gestire le relazioni con gli Stakeholder	CIV	4.1	Sviluppo dei processi di internazionalizzazione delle attività di ricerca traslazionale	Accordi/Convenzioni	Accordi/Convenzioni	Tutti i Dipartimenti * Direzione Strategica U.O.C. Internazionalizzazioni	2020 - 2022
			4.2	Azioni di coordinamento della Rete Oncologica Regionale	Operatività (PDIA e GOM) - Relazioni dei Responsabili dei DPTA e del Direttore Sanitario	Implementazione PDIA	Tutti i Dipartimenti *	2020-2022
			4.3	Aggiornamento Carta dei Servizi	Istruttoria	Operatività	Direzione Strategica	2020-2022

Mura

1

Ospero

Mura

Am

OBIETTIVI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2020 - 2022

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	5.1 Incrementare l'efficacia dell'azione di verifica in materia di anticorruzione e trasparenza in modo tale da far emergere e contrastare eventuali fenomeni patologici CV	PTPCT 2020/2022	5.1.1	Implementazione delle misure collegate alla mappatura dei rischi come da PTPCT 2018-2020:	Utilizzo della modulistica dell'istituto finalizzata all'attestazione della esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto	Acquisizione della modulistica per il 100% delle procedure di acquisto di prodotti/servizi esclusivi e/o infungibili; verifica dell'utilizzo della modulistica per il 100% delle dichiarazioni rese (3)	S.C. Coordinamento amministrativo della ricerca e dei progetti eterofinanziati; S.C. Gestione Beni e Servizi; S.C. Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti;	2020
				PTPCT 2020/2022	5.1.2	Implementazione delle misure collegate alla mappatura dei rischi come da PTPCT 2018-2020: - presidio area conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni come da Circolare Interna dell'istituto

Mura

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione							
5.1 Incrementare l'efficacia dell'azione di verifica in materia di anticorruzione e trasparenza in modo tale da far emergere e contrastare eventuali fenomeni patologici CV	PTPCT 2020/2022	5.1.3	Alimentazione e aggiornamento, costante e tempestivo delle apposite sezioni di "Amministrazione Trasparente"	Publicazione dati secondo le indicazioni in allegato 4 (elenco obblighi di pubblicazione, delibera n. 1310/2016 ANAC) al PTPC 2018-2020	Non meno del 90% delle pubblicazioni richieste per ciascuna struttura	Come da PTPCT 2018-2020 in allegato 4	2020
			Monitoraggio semestrale obblighi di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente"	Numero monitoraggi effettuati	Almeno un monitoraggio semestrale riferito alla totalità degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	
5.2 Diffondere comportamenti improntati alla legalità nell'attività aziendale	PTPCT 2020/2022	5.2.1	Formazione specifica in tema di anticorruzione e trasparenza	Numero eventi formativi	Almeno un evento formativo entro settembre 2020	Direzione scientifica; Ufficio formazione; URP;	2020
			Giornata della Trasparenza	Organizzazione dell'evento	Organizzazione e svolgimento evento primo semestre 2020	Responsabile della Prevenzione Corruzione; Responsabile Trasparenza e Prevenzione Corruzione; Tutte le strutture P.T.A.	2020
	PTPCT 2020/2022	5.2.2	Giornata della Trasparenza	Organizzazione dell'evento	Organizzazione e svolgimento evento primo semestre 2020	Responsabile della Prevenzione Corruzione; Responsabile Trasparenza e Prevenzione Corruzione; Tutte le strutture P.T.A.	2020

M.M.M.

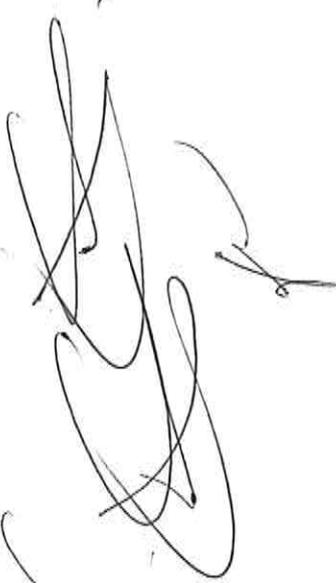
[Signature]

[Signature]

[Signature]

OBIETTIVI DIREZIONE STRATEGICA

Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale CIV	1	Realizzazione degli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi	Delibere, procedure, regolamenti, istruttoria e incontri con Uffici ed Organi preposti	Attuazione protocollo di intesa e istruttoria per l'approvazione del nuovo protocollo di intesa 2020-2022	Direzione Strategica	2020 - 2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale CIV	2	Raggiungimento dell'equilibrio economico	Piano di efficientamento e riqualificazione, ex art. 1, comma 528, della L. 208/2015	Coerenza CE Trimestrale e bilancio consuntivo	Direzione Strategica	2020 - 2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale CIV	3	Predisposizione e attuazione del nuovo atto aziendale in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera	Istruttoria	Piano di Organizzazione e sviluppo dell'IRCCS Pascale.	Direzione strategica	2020 - 2022
CIV	4	Attivazione ed implementazione delle attività assistenziali presso il P.O. Ascalesi	Istruttoria	Attivazione prestazioni ambulatoriali	Direzione strategica	2020-2022


Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	5	Analisi dello stato strutturale dell'immobile Ascalesi	Istruttoria	Acquisizione rilievi tecnico-strutturale	Direzione strategica	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	6	Proseguimento e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso di certificabilità	Istruttoria	Acquisizione ed attuazione dei DCA relativi al percorso di certificabilità ed implementazione, implementazione delle linee definite dal DCA 67/2019	Direzione strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	7	Rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Pagamenti ≤ 60 gg	Direzione strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	8	Adozione e attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento su base aziendale degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del sistema Sanitario Campano (DCA 99/2018)	Realizzazione della programmazione regionale delle attività di cui al DCA 99/2018	Operatività	Direzione strategica	2020
CV	9	Aggiornamento nuova dotazione organica del personale dipendente	Istruttoria	Provvedimento di programmazione annuale	Direzione Strategica	2020 - 2022

A

Mura

[Signature]

[Signature]

OBIETTIVI DIREZIONE STRATEGICA

Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	1	Realizzazione degli adempimenti previsti da disposizioni normative, nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi	Delibere, procedure, regolamenti, istruttoria e incontri con Uffici ed Organi preposti	Attuazione protocollo di intesa e istruttoria per l'approvazione del nuovo protocollo di intesa 2020 - 2022	Direzione Strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	2	Raggiungimento dell'equilibrio economico	Piano di efficientamento e riqualificazione, ex art. 1, comma 528, della L. 208/2015	Coerenza CE Trimestrale e bilancio consuntivo	Direzione Strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale CIV	3	Predisposizione e attuazione del nuovo atto aziendale in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale con particolare riferimento al piano regionale di programmazione della rete ospedaliera (DCA 103/2019) e al Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera	Istruttoria	Piano di Organizzazione e sviluppo dell'IRCCS Pascale - Implementazione dell'attività assistenziali del P.O. Ascalesi	Direzione Strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	4	Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso di certificabilità	Istruttoria	Acquisizione ed attuazione dei DCA relativi al percorso di certificabilità ed implementazione delle linee definite dal DCA 67/2019	Direzione Strategica	2020
DRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	5	Rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Pagamenti ≤ 60 gg	Direzione Strategica	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale	6	Adozione e attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento su base aziendale degli obiettivi individuati nel piano di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano (DCA 99/2018)	Realizzazione della programmazione regionale delle attività di cui al DCA 99/2018	Operatività	Direzione Strategica	2020

M.M.M.
De M...
del

Obiettivi Area sanitaria e ricerca

Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
Direzione Strategica	1	Migliorare la produzione scientifica dei ricercatori	Publicazioni 2020 del Dipartimento di Ricerca Traslazionale con un ricercatore dell'Istituto come primo, secondo o ultimo corresponding autore. Relazione a firma congiunta Direttore Dipartimento e Direttore Scientifico	> 50% delle pubblicazioni 2020 del Dipartimento di Ricerca Traslazionale devono avere un ricercatore dell'Istituto come primo, secondo o ultimo corresponding autore. Relazione a firma congiunta Direttore Dipartimento e Direttore Scientifico	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	2020
Direzione Strategica	2	Partecipazione dei ricercatori del Dipartimento di Ricerca Traslazionale ad equipe di studi clinici	Relazione del Direttore del Dipartimento e del Direttore Scientifico	Oscillazione maggiore o minore del 10% rispetto al 2019	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	2020
Direzione Strategica	3	Arruolamento pazienti in studi clinici proposti dal Dipartimento di Ricerca Traslazionale	Relazione del Direttore del Dipartimento e del Direttore Scientifico	Oscillazione maggiore o minore del 5% rispetto al 2019	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	2020
Direzione Strategica	4	Relazione a eventi nazionali ed internazionali di ricercatori del Dipartimento di Ricerca Traslazionale	Relazione del Direttore del Dipartimento e del Direttore Scientifico	Oscillazione maggiore o minore del 10% rispetto al 2019	Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici	2020
DGRC n. 377 del 06.08.2019 Allegato B	5	Monitoraggio appropriatezza SDO	Rapporto tra SDO chiuse entro trenta giorni e SDO totali: Report semestrale UOC "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri"	Valore pari ≥80% primo anno	Tutti i Dipartimenti CORP-5	2020
Direzione Strategica	6	Riduzione tempi di risposta referti (obiettivo in ambito dipartimentale)	Relazione del Direttore di Dipartimento	Riduzione e/o mantenimento tempistica rispetto al 2019	Dipartimento di supporto ai percorsi oncologici area diagnostica	2020

[Handwritten signatures and initials]

Direzione Strategica	7	Implementare una apposita sezione sul sito internet del nostro istituto circa i clinical trial	Publicazione elenco studi clinici attivi sul sito dell'Istituto	Publicazione e aggiornamento elenco studi clinici attivi sul sito dell'Istituto	CED	2020-2022
Direzione Strategica	8	International Advisory Board Favorire la ricerca clinica innovativa	Numero di studi no profit	Incrementare il numero degli studi no-profit del 10% <i>K</i>	Tutte le strutture che svolgono Sperimentazioni Cliniche	2020-2022
Direzione Strategica	9	International Advisory Board Partecipazione a Sperimentazioni Cliniche multicentriche internazionali	Numero di sperimentazioni cliniche multicentriche internazionali	Incremento del 5% rispetto al triennio 2017-2019	Tutte le strutture che svolgono Sperimentazioni Cliniche	2020-2022
Direzione Strategica	10	International Advisory Board Strutturare un metodo di valutazione dei ricercatori interni all'Istituto	Definire una procedura di valutazione	Misurare la performance dei ricercatori	Direzione Scientifica	2020 - 2022
Direzione Strategica	11	Svolgimento di Audit e verifiche interne relativi alla corretta gestione degli studi clinici	Numero di audit e verifiche interne condotte	Almeno 5 annuali (inclusi gli audit di fase 1 e fermo restando la possibilità di effettuare gli stessi	Direzione Scientifica	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	12	Ottimizzare il numero dei giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	N. di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/ N. dimessi sottoposti ad intervento chirurgico	Riferimento 1,4 giorni	Tutti i Dipartimenti	2020
CIV	13	Processo di RE-Accreditation OECD ed ottenimento del riconoscimento come "Comprehensive Cancer Center"	Svolgimento site-visit ed ottenimento della certificazione	Avanzamento classificazione da Clinical Cancer Center a Comprehensive Cancer Center	Tutti i Dipartimenti	2020

M.M.M.
15/12/20
26.05.2020
15/12/20
26.05.2020
15/12/20
26.05.2020
15/12/20
26.05.2020

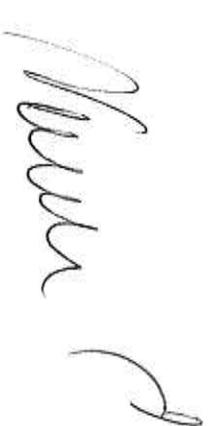
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	14	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NIS necessari per la verifica dei LEA e attuazione del nuovo HSM	Adempimenti previsti dal Ministero della salute con nota 9016 del 07.06.2019	Completezza dei dati trasmessi nei tempi previsti	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedaliere"	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	15	Mantenimento per l'intero mandato del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario dell'anno 2018	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Valore =0,15 (all- a della D.G.R.C. n. 377)	Tutti i Dipartimenti	2020
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	16	Mantenimento per l'intero mandato dei ricoveri diurni di tipo diagnostico dell'anno 2018	Ricoveri anno 2018= 2.042	Completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi: reportistica	Tutti i Dipartimenti	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	17	Riduzione del 30% nell'arco dell'intero mandato gli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018	Numero di accessi di tipo medico anno 2018= 28.645	Completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi: reportistica	Tutti i Dipartimenti	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	18	Riduzione del 30% nell'arco dell'intero mandato gli accessi di tipo medico rispetto all'anno 2018	Mantenere un rapporto equilibrato tra le prestazioni in regime istituzionale ed in ALPI nel rispetto delle direttive regionali impartite in materia di ALPI	ALPI <= 10% ordinaria (controllare percentuale ALPI)	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedaliere"	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	18	Monitoraggio attività libero professionale intra-muraria	Rigoroso e puntuale rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali aventi ad oggetto gli obblighi informativi Sanitari (SDO, FILE C, FILE F e altri modelli ministeriali) chirurgici	Completezza e qualità degli indicatori e parametri relativi: reportistica	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedaliere"	2020-2022
DGRC 377 DEL 06/08/2019- Obiettivi di carattere generale Obiettivi specifici di natura preliminare / D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019	18	Continuità, completezza e qualità nei flussi informativi verso la Regione Campania, il ministero della Salute e le altre Istituzioni Pubbliche				








Direzione Strategica CIV	19	Tempi di pagamento contenuti entro 60 giorni dalla ricezione delle fatture. Alimentazione PCC	Indice tempestività dei pagamenti < 60 gg.	Adeguamento della procedure amministrative alle direttive regionali ed implementazione del SIAC	SS.CC. Ematologia – Anatomia Patologica – Farmacia Ospedallera – Medicina di laboratorio – Medicina trasfusioneale – Coordinamento Amministrativo ricerca	2020
Direzione Strategica CIV	20	Aggiornamento dei procedimenti contabili e gestionali attraverso una puntuale azione dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) dei bilanci, anche alla luce del SIAC.	Directive DCA in tema di certificazione	Attivazione prestazioni ambulatoriali	Dipartimenti CORP-S	2020 - 2022
Direzione Strategica CIV	21	Attivazione ed implementazione delle attività assistenziali presso il P.O. Ascalesi	Istruttoria	Attivazione prestazioni ambulatoriali	Direzione Sanitaria Dip. Corp - S	2020-2022
CIV	22	Mantenimento dei livelli assistenziali con riferimento all'ultimo quadriennio	PRGLA 2019/2021	Operatività	Tutti i Dipartimenti CORP-S Direzione Strategica	2020 - 2021
Direzione Strategica CIV	23	Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni assistenziali PRGLA 2019-2021 per le 69 prestazioni ambulatoriali e le 17 di ricovero programmato riferiti alle classi di priorità B,D e P.	Operatività	Rapporto tra n. prestazioni erogate entro il periodo di riferimento previsto per la specifica classe di priorità (B-D-P) / n. totale prestazioni erogate per ciascun anno	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri"	2020-2022
Direzione Strategica	24	Potenziamento del sistema informativo sanitario	Istruttoria	Progettazione e analisi con stesura delle specifiche funzionali informatiche	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedalieri" – CED	2020 - 2022






Direzione Strategica CIV	25	Progressiva diminuzione e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni	Operatività	operatività	Direzione Strategica	2020-2022
Direzione Strategica	26	Accreditamento nazionale	Istruttoria	Provvedimento accreditamento	Tutti i Dipartimenti	2020 - 2022
Direzione Strategica CIV	27	Formazione continua dei dipendenti, ECM e sicurezza sui luoghi di lavoro	Piano della Formazione e aggiornamento DVR	Predisposizione atti istruttori relativi al Piano di Formazione 2020 - Aggiornamento DVR al 21.12.2020	Direzione Scientifica Ufficio Formazione-SSD Servizio di prevenzione e Protezione	2020 - 2022
Direzione strategica CIV	28	Implementazione delle attività progettuali nell'ambito dei bandi RIS per la lotta alle patologie oncologiche	Adempimenti previsti dai relativi bandi	Implementazione delle attività in linea con il cronoprogramma Regionale	Direzione Scientifica e UOC Amministrativa della Ricerca	2020
CIV	29	Aggiornamento Carta dei Servizi	Istruttoria	Operatività	Direzione Sanitaria	2020-2022
CIV	30	Avvio e sviluppo dei processi di internazionalizzazione delle attività di ricerca traslazionale	Accordi/Convenzioni	Accordi/Convenzioni	Tutti i Dipartimenti *	2018-2020
Direzione strategica CIV	31	Azioni di coordinamento della Rete Oncologica Regionale	Operatività (PDTA e GOM) - Relazioni dei Responsabili dei PDTA e del Direttore Sanitario	Implementazione dei PDTA	Tutti i Dipartimenti *	2020
Direzione strategica CIV	32	Avvio procedure per la conferma del riconoscimento carattere scientifico	Completamento istruttoria	Riconferma del carattere scientifico	Tutti i dipartimenti	2020

Mura  An  

Direzione strategica CIV	33	Certificazione ISO per i laboratori clinici e di ricerca	Istruttoria e la certificazione	Conferma ISO struttura esistente e rilascio ISO per nuove strutture	Tutti i dipartimenti interessati	2020
Direzione Strategica CIV	34	Implementazione della struttura organizzativa per il risk management	Operatività	Operatività	Direzione Sanitaria - S.C. "Organizzazione Servizi Assistenziali Ospedaliari	2020
Direzione Strategica CIV	35	Implementazione delle attività della PET DOTATE o analogo per la diagnosi e la terapia dei tumori neuroendocrini.	Stato di avanzamento	Operatività	Dipartimenti coinvolti	2020

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

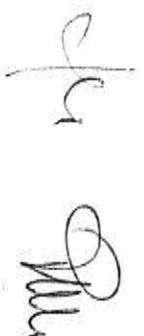
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Mura

OBIETTIVI AREA AMMINISTRATIVA TECNICA E PROFESSIONALE

Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
Direzione Strategica	1	Gestione del personale di cui all'art.1 comma 431 legge n. 205/2017 Legge bilancio 2019	Rendicontazione del personale acquisito nell'anno 2019 e 2020	Dellbere	S.C. Amministrativa della Ricerca e progetti eterofinanziati .C. Gestione Risorse Umane	2020
Direzione strategica CIV	2	Conclusione II fase dei lavori della Palazzina Scientifica	Stato di avanzamento	Certificazione RUP	S.C. Progettazione e Manutenzione Edile - Impianti - Ingegneria Clinica	2020
Direzione strategica CIV	3	Implementazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Information and Communication Technology – ICT), necessarie alla gestione dei PDTA	Progettazione e analisi con stesura delle specifiche funzionali informatiche	Operatività delle procedure	Dipartimenti interessati utilizzando la S.C. Controllo di Gestione e Servizi Informativi	2020-2022
Direzione strategica CIV	4	Analisi dello stato struttura dell'immobile Ascalesi	Istruttoria	Relazione dello studio	S.C. Progettazione e Manutenzione Edile - Impianti	2020
Direzione Strategica	5	Ampliamento cruscotti direzionali con esposizione di tutti i costi diretti e i costi indiretti disponibili in piattaforma (ribaltamento costi generali)	Reportistica	Operatività dei cruscotti	S.C. Controllo di Gestione e Servizi Informativi	2020
Direzione Strategica CIV	6	Tempi di pagamento contenuti entro 60 giorni dalla ricezione delle fatture. Alimentazione PCC	Indice tempestività dei pagamenti	< 60 gg.	Area PTA	2020

Mura   

Direzione Strategica CIV	7	Aggiornamento dei procedimenti contabili e gestionali attraverso una puntuale azione dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) dei bilanci, anche alla luce del SIAC.	Direttive DCA in tema di certificazione	Adeguamento della procedure amministrative alle direttive regionali ed implementazione del SIAC	Area PTA	2020 - 2022
Direzione Strategica	8	Gestione sinistri attraverso la gestione in autoassicurazione di un fondo rischi dedicato	Gestione, valutazione e liquidazione sinistri	Report trimestrali e relazione annuale	S.C. Avvocatura e Affari Legali	2020
Direzione Strategica	9	Avvio gestione approvigionamenti beni e servizi area Ricerca	Avvio procedure	Delibere	S.C. Gestione Beni e Servizi e S.C. Amministrativa della Ricerca e progetti etero-finanziati	2020
Direzione Strategica	10	Avvio gestione procedure di reclutamento risorse umane area Ricerca	Avvio procedure	Delibere	S.C. Gestione Risorse Umane e S.C. Amministrativa della Ricerca (RIS -POR)	2020
Direzione Strategica	11	Aggiornamento fascicoli personale dipendente e personale precario	Costituzione di un gruppo di lavoro. Relazione Semestre e finale	Monitoraggio dei fascicoli	S.C. Gestione Risorse Umane e S.C. Amministrativa della Ricerca e progetti etero-finanziati	2020
Direzione Strategica	12	Contenimento delle proroghe contrattuali entro i limiti fisiologici	Delibere e procedure	Proroghe < 10% della spesa annua complessiva per acquisizione di beni e servizi	S.C. Gestione Beni e Servizi	2020
Direzione Strategica CIV	13	Aggiornamento nuova dotazione organica del personale dipendente	Istruttoria	Provvedimento di programmazione annuale	Direzione Strategica	2020 - 2022

M.M.

[Signature]

[Signature]

[Signature]

OGGETTIVI TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE 2020-2022

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Fonte Obiettivo	N. Obiettivo	Obiettivo Operativo	Indicatore	Valore atteso	Assegnazione	Anno
Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	5.1 INCREMENTARE L'EFFICACIA DELL'AZIONE DI VERIFICA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA IN MODO TALE DA FAR EMERGERE E CONTRASTARE EVENTUALI FENOMENI PATOLOGICI	PTPCT 2020/2022	5.1.1	Implementazione delle misure collegate alla mappatura dei rischi come da PTPCT 2020-2022: - applicazione del nuovo regolamento dei prodotti esclusivi/infungibili e utilizzo, in particolare, della modulistica dell'Istituto finalizzata all'attestazione della esclusività/infungibilità dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto	Utilizzo della modulistica dell'Istituto finalizzata all'attestazione della esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto	Acquisizione della modulistica per il 100% delle procedure di acquisto di prodotti/servizi esclusivi e/o infungibili; Verifica dell'utilizzo della modulistica per il 100% delle dichiarazioni rese	SC Coordinamento Amministrativo della Ricerca e dei Progetti Eterofinanziati; SC Gestione Beni e Servizi; SC Progettazione e Manutenzione Edile e Impianti; SC Farmacia Ospedaliera; Direzione Sanitaria	2020
				PTPCT 2020/2022	5.1.2	Implementazione delle misure collegate alla mappatura dei rischi come da PTPCT 2020/2022: - presidio area conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni come da circolare interna dell'Istituto
		PTPCT 2020/2022	5.1.3	Allimentazione e aggiornamento, costante e tempestivo, delle apposite sezioni di "amministrazione trasparente"	Pubblicazione dati secondo le indicazioni in allegato 4 (elenco obblighi di pubblicazione, Delibera n. 1310/2016 ANAC) al PTPC 2020-2022	Non meno del 90% delle pubblicazioni richieste per ciascuna struttura	Come da PTPCT 2020-2022 in allegato 4	2020

Manfredi

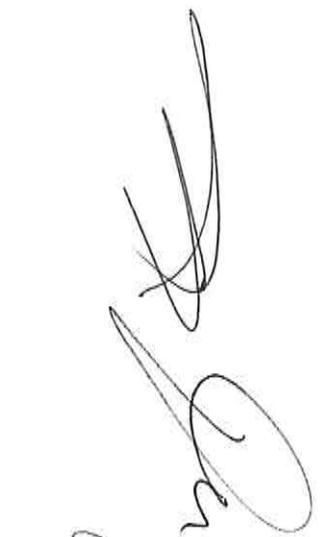
[Signature]

[Signature]

[Signature]

Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	5.1 INCREMENTARE L'EFFICACIA DELL'AZIONE DI VERIFICA IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA IN MODO TALE DA FAR EMERGERE E CONTRASTARE EVENTUALI FENOMENI PATOLOGICI	PTPCT 2020/2022	5.1.4	Monitoraggio semestrale obblighi di pubblicazione in "amministrazione trasparente"	Numero monitoraggi effettuati	Almeno un monitoraggio semestrale riferito alla totalità degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza	2020
Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	5.2 DIFFONDERE COMPORAMENTI IMPRONIATI ALLA LEGALITA' NELL'ATTIVITA' AZIENDALE	PTPCT 2020/2022	5.2.1	Formazione specifica in tema di anticorruzione e trasparenza	Numero eventi formativi	Almeno due eventi formativi nell'anno	Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza; Direzione Scientifica; Ufficio Formazione. URP- Struttura Tecnica permanente di supporto alla misurazione della performance; Responsabile Trasparenza e Prevenzione Corruzione;	2020
Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione	5.2 DIFFONDERE COMPORAMENTI IMPRONIATI ALLA LEGALITA' NELL'ATTIVITA' AZIENDALE	PTPCT 2020/2022	5.2.2	Giornata della Trasparenza	Organizzazione dell'evento	Organizzazione e svolgimento evento entro l'anno	Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza; Direzione Scientifica; Ufficio Formazione. URP- Struttura Tecnica permanente di supporto alla misurazione della performance; Responsabile Trasparenza e Prevenzione Corruzione;	2020








Piano della Performance 2020-2022

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO	
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	
2.1 Chi siamo	
2.2 Normativa e principali atti amministrativi di riferimento	
2.3 L'IRCCS Fondazione Pascale	
2.3.1 Cosa facciamo	
2.3.2 Come operiamo	
3. IDENTITA'	
3.1 L'amministrazione	
3.2 Mandato istituzionale e Missione	
3 Albero della performance.....	
4. ANALISI DEL CONTESTO	
4.1 Analisi del contesto esterno	
4.1.1 Quadro normativo nazionale e regionale.....	
4.2 Analisi del contesto interno	
4.2.1 Organizzazione.....	
4.2.2 Risorse umane.....	
5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI	
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	
7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	
7.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance	
8. ALLEGATI TECNICI	
8.1. Obiettivi Operativi per Area Strategica	
8.2. Obiettivi Operativi per Area Organizzativa	

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

1.1 Finalità del Piano

Il presente documento costituisce il Piano della Performance dell'IRCCS Fondazione G. Pascale ed è adottato ai sensi degli artt.10 comma 1, lettera a) e 15, comma 2, lettera b) del Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009. n. 150 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance dell'Ente. Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi dell'IRCCS Fondazione G. Pascale per la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano della Performance, definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, dà avvio al ciclo di gestione della performance, ai sensi dell'articolo 4 del citato decreto. In tale documento sono contenuti gli obiettivi strategici e quelli operativi assegnati alle Strutture organizzative; per ogni obiettivo operativo è individuato un indicatore ed un valore atteso al fine di effettuare la misurazione e valutazione della performance, nell'ambito del processo di rendicontazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e di validazione della Relazione sulla Performance.

Esso rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si articola nelle seguenti fasi:

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

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Performance viene elaborato con riferimento alle indicazioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) (ora Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC), attraverso la Delibera n. 112/2010, e con riferimento a quanto disposto con D. Lgs. n. 74/2017 e alle linee guida elaborate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nel recente D.lgs. 74/2017 sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con quello della pianificazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

Come negli anni precedenti, tale Piano (in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio) è redatto in raccordo con il vigente Piano triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell'Istituto.

1.2 Contenuti del Piano

Il presente Piano si articola, in coerenza alle disposizioni del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., alle indicazioni della CIVIT (ora ANAC) e alle modifiche introdotte dal D.Lgs. nr. 74/2017, nelle seguenti parti:

- a) definizione dell'identità dell'organizzazione, all'interno della quale sono descritti gli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale e la mission aziendale;
- b) analisi del contesto esterno, riferendosi in particolare alla definizione dello scenario regionale;
- c) analisi del contesto interno, nell'ambito del quale vengono illustrate le peculiari caratteristiche dell'IRCCS Fondazione G. Pascale essendo essa classificata nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale;
- d) definizione degli obiettivi strategici ed operativi;
- e) descrizione del ciclo della performance.

Le fasi del processo descritte non vanno interpretate come adempimenti circoscritti nel tempo e meramente strumentali alla redazione del Piano, ma costituiscono "punti" di attenzione per garantire un costante allineamento delle strategie dell'amministrazione rispetto alle dinamiche del contesto di riferimento.

Il Piano qui presentato si pone quindi l'obiettivo di costituire:

- una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione (nel futuro a breve e a medio termine) dell'Istituto nel panorama del SSR ed è, quindi, uno strumento per orientare le azioni ed i comportamenti aziendali;

- una specifica linea guida nell'implementazione del processo di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola unità operativa.

La programmazione della Performance assume un ruolo determinante in termini di trasparenza, di coinvolgimento degli stakeholder nonché di integrazione e sinergia dei processi operativi e dei relativi documenti di pianificazione; esso consente anche l'attivazione del processo di monitoraggio continuo della realizzazione, in termini concreti, della strategia aziendale, attraverso il sistema di misurazione e valutazione della performance e la relativa individuazione di eventuali scostamenti che consentano l'avvio di adeguate azioni correttive.

In linea con la normativa vigente, in particolare con l'articolo 10 comma 3 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, con la delibera CIVIT n. 6/2013 (ora Autorità Nazionale Anticorruzione), con le Indicazioni operative fornite dall'ANAC in data 10 gennaio 2014 e con quanto previsto dalla determinazione ANAC n. 12/2015, l'area strategica "Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione" consente di evidenziare il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, anche per il tramite degli obiettivi, indicatori e valori attesi in essa contenuti e relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del vigente Piano triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell'Istituto.

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

2.1 Chi siamo

L'I.N.T. Pascale è un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo

dell'oncologia e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettua prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Il D.lgs. n.288/03 conferisce alla ricerca una valenza prevalentemente traslazionale, che affianca la sperimentazione di base e che rappresenta il momento fondamentale per pervenire a risultati prospetticamente significativi. La normativa assegna, inoltre, alla componente clinica ad uso sperimentale l'obbligo di raggiungere elevati livelli assistenziali attraverso la verifica e la conferma di quanto la ricerca propone. La coesistenza dell'attività assistenziale con quella scientifica non è solo un modo per validare rapidamente i risultati, ma è anche il mezzo per consentire al clinico di rapportarsi con il ricercatore durante le fasi di sviluppo della ricerca.

La moderna oncologia si basa sull'approccio multidisciplinare al paziente oncologico; infatti, **nell'ambito** della ricerca sperimentale, i risultati conseguiti dall'Istituto sono l'espressione di una continua interazione, di un dialogo continuo tra tutti i soggetti attori che intervengono nella stessa al fine di facilitare l'evoluzione della conoscenza. Valutazioni critiche, durante la "traslazione" della ricerca al paziente, possono permettere aggiustamenti e modifiche che favoriscono un più agevole raggiungimento dei risultati.

L'INT G. Pascale è stato il primo istituto oncologico italiano a dotarsi di una organizzazione in Dipartimenti d'Organo, nei quali l'Oncologo-Medico, Chirurgo, Radioterapista, Medico-Nucleare, Anatomo-Patologo lavorano insieme per valutare, seguire e curare, ciascuno secondo la propria competenza, la patologia oncologica al fine di coagulare le diverse conoscenze disciplinari, per migliorare i risultati diagnostici e terapeutici. Pertanto, il valore aggiunto di questa organizzazione è rappresentato dall'afferenza funzionale dei Ricercatori traslazionali ai Dipartimenti d'Organo, al fine di favorire la integrazione della ricerca con la assistenza.

L'obiettivo della nuova organizzazione dell'Istituto è quello di salvaguardare il consolidato e attuale approccio multidisciplinare al tumore d'organo ma anche di potenziare il nuovo orientamento diretto a valutare le modifiche genetiche, proteiche ed immunologiche coinvolte nella patogenesi e progressione delle neoplasie, attraverso una più diretta integrazione della ricerca nei percorsi diagnostico-terapeutici. La predetta integrazione si realizza attraverso la partecipazione dei ricercatori traslazionali ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), che rappresentano l'articolazione funzionale delle attività dell'Istituto.

Infatti, l'integrazione nei GOM della ricerca e dell'assistenza favorisce anche la proiezione sul territorio regionale delle attività di ricerca dell'Istituto ed, in particolare, il reclutamento dei pazienti campani in studi innovativi ha determinato e genera effetti positivi sulla qualità dell'offerta assistenziale oncologica regionale e quindi sulla migrazione sanitaria extra-regionale. Attuando misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università e con altri Istituti oncologici con cui realizzare comuni progetti di ricerca, implementare comuni protocolli di assistenza, l'Ente garantisce la circolazione delle conoscenze per assicurare al paziente i più corretti approcci assistenziali e le terapie più innovative. Il know-how raggiunto dall'Istituto è messo a disposizione della didattica nei corsi di laurea nei diversi livelli, nonché per aggiornamenti continui post-laurea e specialistici. L' Istituto è riconosciuto provider Nazionale autorizzato al riconoscimento di crediti formativi (ECM).

Pertanto, in tale prospettiva e "logica aziendale" la ricerca, l'assistenza, la formazione, l'adeguamento tecnologico, l'organizzazione in rete, l'informatizzazione, il benchmarking competitivo non sono obiettivi astratti ma elementi concreti rivolti non solo a restituire agli enti di ricerca e di assistenza della nostra Regione un ruolo dominante nel sistema del SSN ma, soprattutto, a garantire qualità di prestazioni agli ammalati riducendo i viaggi della speranza: qualità, rapidità, efficienza costituiscono gli unici veri motori per la razionalizzazione della spesa nel settore sanitario per contenere i costi attraverso "comportamenti" finalizzati al rientro del disavanzo.

Sulla base dei principi precedentemente enunciati, l'Istituto svolge la sua attività di assistenza nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e nazionale; esso si colloca come polo di offerta oncologica nazionale di elevata qualità offrendo una concreta ed immediata risposta ai fabbisogni ad alta complessità nell'area dell'oncologia sia sul piano assistenziale e sia su quello della ricerca.

L'Ente concorre alla progettazione e alla realizzazione della rete oncologica regionale in qualità di ente coordinatore per la diffusione e l'implementazione di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed assume il ruolo di secondo e terzo livello nell'ambito dei programmi di screening attivati sul territorio regionale. In linea con le strategie delineate a livello nazionale e regionale, l'Ente è impegnato anche ad una valutazione delle ricadute cliniche della ricerca e all'individuazione di indicatori di outcome.

2.2 Normativa e principali atti amministrativi di riferimento

L'assetto organizzativo dell'Istituto trova la propria disciplina nei seguenti riferimenti normativi e regolamentari:

- Legge n. 241/1990;
- Decreto Legislativo n. 502/1992;
- Legge Regione Campania n.32/1994;
- Decreto Legislativo n. 165/2001;
- Decreto Legislativo n. 288/2003 recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3";
- Accordo 01.07.2004 Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (organizzazione e gestione IRCCS non trasformati in fondazioni);
- Decreto Legislativo n.112/2006;
- DPR 42/2007 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli IRCCS);
- Delibera di Giunta della Regione Campania n. 460/2007 avente per oggetto "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- Delibera di Giunta della Regione Campania n. 1739/2007;
- Legge Regione Campania n.1/2008;
- Legge Regione Campania n.16/2008;
- Legge n. 18/2009;
- Decreto del Commissario ad acta n. 55/2010 "Completamento del riassetto della rete laboratoristica"
- Decreto Legislativo n. 28/2010;
- Decreto Legislativo n. 78/2010, convertito in Legge n. 122/2010
- Decreto Legge n. 95/2012 convertito in legge con modificazioni dalla Legge n. 135/2012;
- Delibera di Giunta della Regione Campania n. 271/2012;
- Legge Regione Campania n. 20/2015;
- Decreto Legislativo n. 50/2016;
- Decreto del Commissario ad acta n. 98/2016 "Istituzione della rete oncologica della Campania";
- Protocollo d'Intesa stipulato tra l'I.R.C.C.S. "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – fondazione G. Pascale" e la Regione Campania approvato con delibera di Giunta Regionale n. 832 del 29.12.2016 pubblicato in BURC n. 1 del 02.01.2017 (delibera presa atto Istituto n. 19 del 05.01.2017);
- Piano di Organizzazione e Sviluppo dell'IRCCS "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – fondazione G. Pascale", adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 91 del 06.02.2017 ed approvato con decreto del Commissario ad acta per il piano di rientro n. 22 del 23.03.2017 (in BURC n. 26 del 27.03.2017 e delibera di presa d'atto dell'Istituto n. 225 del 28.03.2017);
- Piano di Organizzazione e Sviluppo dell'IRCCS "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – fondazione G. Pascale", adottato con deliberazione del Direttore Generale nr. 1/2020

- Programmazione del fabbisogno del personale dell'IRCCS "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – fondazione G. Pascale" per il triennio 2019-2021 e specificamente: Dotazione organica del personale dell'IRCCS "Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – Fondazione G. Pascale", approvata con la richiamata deliberazione n. 274 del 21/03/2019;
- Legge 27.12.2017, n. 205, art. 1 (dal comma 422 al comma 434) che, al fine di garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria, istituisce presso gli IRCCS pubblici un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto della ricerca sanitaria, prevedendo (comma 433) che nelle more del procedimento di assunzione a tempo determinato degli aventi diritto, gli IRCCS possono continuare ad avvalersi, con le forme contrattuali in essere, del personale in servizio alla data del 31.12.2017;
- Decreto 28 dicembre 2017, n. 77 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, con il quale è stata disposta l'annessione del Presidio Ospedaliero Ascalesi all'I.R.C.C.S. Istituto Pascale", con la finalità espressa di costituire il Polo Oncologico del Mediterraneo;
- DCA n. 8 dell'01.02.2018 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano, avente ad oggetto "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento (acta i)";
- DCA n. 99 del 14.12.2018 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano, avente ad oggetto "Piano triennale 2019- 2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 19";
- DCA n. 103 del 28.12.2018 del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, avente ad oggetto "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento dicembre 2018".
- DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2019, n. 162 recante "Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica";
- PRGLA 2019-2021.

2.3. l'IRCCS Fondazione G. Pascale

L'INT Fondazione G. Pascale è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico il quale svolge un ruolo rilevante all'interno del Servizio Sanitario Nazionale coniugando, istituzionalmente, l'attività di ricerca (sperimentale e clinica) e prestazioni assistenziali di elevata complessità e qualità. L'attività di ricerca innovativa (clinica e applicata) nel campo biomedico e nel campo dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, rappresenta solo una parte delle attività poste in essere dall'Istituto; infatti, presso il Pascale sono stati sviluppati percorsi diagnostici multidisciplinari per la realizzazione di programmi di cura integrati e coordinati tra le diverse professionalità presenti al fine di fornire al paziente un'assistenza moderna e completa, coerentemente con la mission aziendale. Le aree di prevalente impegno, nel campo della ricerca e in quello assistenziale, sono rappresentate dalla patologia mammaria, dai linfomi, dai sarcomi, dai melanomi, dai tumori della testa-collo, dai tumori del colon retto, dai tumori polmonari, da tumori uro/genitali e da forme di tumore più rare e meno conosciute.

L'offerta assistenziale si caratterizza per un approccio alle malattie neoplastiche che integra le attività di ricerca, prevenzione, cura e riabilitazione. L'utente, portatore di bisogni e titolare di diritti, è posto al centro di un coordinato intervento multidisciplinare, facilitato dall'organizzazione articolata per dipartimenti medico-chirurgici, basati su un modello di rete e profili di cura per apparati e organi.

I dipartimenti erogano prestazioni nell'ambito dei percorsi diagnostico/terapeutici ed assistenziali, i quali sono improntati a criteri di efficacia, appropriatezza, personalizzazione e umanizzazione delle cure.

L'Istituto dei tumori Pascale è individuato quale CORP/CORPUS, nel DCA 98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana" (come di seguito sarà descritto), e fa parte della rete nazionale delle malattie rare. L'articolazione territoriale dell'Ente è rappresentata dal Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano (CROM), il quale svolge le seguenti attività:

- programmi di ricerca corrente e finalizzata, con particolare riguardo allo sviluppo della medicina di precisione;
- produzione di radiofarmaci per la pratica clinica e sviluppo pre-clinico e clinico di nuovi radiofarmaci;
- attività di supporto alla diagnostica molecolare oncologica e alla ricerca clinica avanzata, con particolare riguardo alle analisi ad elevata complessità (next generation sequencing, biopsia liquida, etc.);
- formazione universitaria e post-universitaria;
- trasferimento tecnologico.

Difatti il Crom costituisce un'infrastruttura tecnologica cui possono far riferimento centri di ricerca ed aziende pubbliche e/o private ed implementa, nel territorio Campano, lo sviluppo della ricerca e la formazione continua ed incessante dei ricercatori, al fine di migliorare l'efficienza nelle prestazioni assistenziali. A tal fine il CROM di Mercogliano è stato oggetto di importanti investimenti tecnologici diventando un centro all'avanguardia della ricerca campana.

L'articolazione territoriale dell'Ente e la vicinanza ai bisogni dell'utente è stata, inoltre, assicurata dal decreto della Regione Campania che ha disposto l'annessione del presidio dell'Asl Napoli 1 Centro Ascalesi.

2.3.1 Cosa facciamo

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 del D.Lgs. n. 288/2003 ss.mm.ii., gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico svolgono attività di ricerca clinica e traslazionale, in coerenza con il programma di ricerca sanitario nazionale di cui all'art. 12-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete.

In particolare, gli IRCCS:

- svolgono attività di ricerca corrente, diretta a sviluppare la conoscenza in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica;
- svolgono attività di ricerca finalizzata al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal piano sanitario nazionale e da quello regionale;
- ricercano collegamenti e sinergie con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con gli istituti di riabilitazione e con analoghe strutture, anche a decrescente intensità di cura.

I programmi di ricerca dell'Istituto sono proposti dal Direttore Scientifico, con il supporto del Comitato tecnico scientifico in coerenza con Il Piano Sanitario Nazionale e Regionale e delle indicazioni del Comitato di Indirizzo e Verifica.

Le attività di ricerca sono organizzate in Macroaree che raggruppano progetti clinici e traslazionali; esse prevedono la sperimentazione di tecnologie altamente innovative.

Il Ministero della Salute interviene annualmente, con propri finanziamenti, alla conduzione della ricerca corrente e finalizzata, unitamente alla Regione che interviene sulla base del riparto annuale del Fondo

Sanitario Regionale. Tali attività di ricerca, inoltre, sono sostenute anche con fondi a destinazione vincolata, erogati dal Ministero della Salute, dalla Regione Campania, da finanziamenti europei, nonché da altri enti pubblici o privati. Le attività di ricerca clinica sono espletate nel pieno rispetto della personalità del paziente e, sempre, con il consenso informato della persona o di chi ne ha la rappresentanza legale, secondo gli indirizzi del Comitato etico dell'Istituto ed in conformità alla normativa vigente in materia di sperimentazioni cliniche. Pertanto, l'Istituto può proporre prestazioni innovative per le quali non siano ancora disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati secondo le vigenti norme in materia.

Inoltre, l'Istituto è stato individuato :

- Centro di Coordinamento dei Registri Tumori della Campania, collegato in via telematica con le postazioni informatiche dedicate di ciascun Registro Tumori provinciale e sub provinciale e del Registro Tumori Infantili;
- struttura che contribuisce all'assistenza oncologica della Regione Campania anche attraverso attività di collaborazioni con la Regione e le aziende sanitarie e ospedaliere, regolamentata da specifici accordi;
- ente di supporto tecnico ed operativo della Regione sia per le attività assistenziali che per la ricerca nell'ambito delle patologie oncologiche,
- struttura che svolge attività didattica e di formazione, anche nella sua funzione di provider nazionale ECM, sia al personale interno che al personale appartenente ad altri Enti.

2.3.2 Come operiamo

Confermando il carattere specificatamente sperimentale dell'Istituto che ha fatto crescere le strutture oncologiche e gli ambiti di pertinenza, sviluppando competenze particolari e di grande attrazione sul territorio regionale, nazionale e anche internazionale, come dimostrato dagli ultimi risultati scientifici, l'Istituto svolge la sua attività di assistenza nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e nazionale collocandosi come polo di offerta oncologica nazionale di elevata qualità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità nell'area dell'oncologia sia sul piano assistenziale sia su quello della ricerca.

All'Istituto G. Fondazione Pascale sono attribuite anche alcune funzioni peculiari:

- impegno nella ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'Oncologia;
- vocazione alla Didattica e ad attività di Alta Formazione;
- servizi e diagnostica di Biotecnologia su materiale patologico e bioumorale.

Con DCA 98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana (ROC)" e successiva nota prot. n. 731 del 10/2/2017, la Regione Campania ha affidato all'INT Pascale il coordinamento centrale, altamente specialistico, di tutti i Centri complementari coinvolti nella ROC al fine di garantire la diffusione e l'implementazione di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse. Infatti l'I.N.T. Pascale, rappresentando un Comprehensive Cancer Center nella rete oncologica della Regione Campania e perseguendo obiettivi di miglioramento continuo degli standard qualitativi dell'attività assistenziale, contribuisce alla programmazione sanitaria regionale svolgendo, insieme alla Direzione Generale per la tutela della salute della Regione Campania, un ruolo di indirizzo e coordinamento della rete oncologica regionale, nella definizione dei PDTA oncologici, nel monitoraggio degli indicatori di efficienza ed efficacia della rete oncologica.

Inoltre, costituendo il centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura delle patologie neoplastiche, l'Istituto Nazionale Tumori, è riconosciuto come CORP/CORPUS (DCA 98/2016) nella rete oncologica della

Regione Campania e concorre alla progettazione nonché alla realizzazione della medesima rete per la quale è riconosciuto la funzione di ente coordinatore. Il CORP/CORPUS, aggregato funzionale di SC, SS, SSD (finalizzate verso obiettivi comuni di Assistenza) assume funzioni diagnostico-stadiative a maggiore complessità o integrative, terapeutiche e di follow-up oncologico. Inoltre, alcuni Dipartimenti presenti in Istituto, vista la convivenza al loro interno di ricerca, prevenzione, diagnostica, terapia, cura e follow-up, sono essi stessi CORP e più precisamente CORP-S (Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico - Scientifico).

E' da rilevarsi che l'interazione dei CORP-S con le altre strutture di ricerca traslazionale e di ricerca clinica assistenziale è garantita dalla costituzione dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) specifici per singola patologia neoplastica: i GOM sono, quindi, la vera articolazione funzionale dell'Istituto e lo strumento attraverso il quale la ricerca traslazionale e clinica si coniugano. Pertanto, ciascun CORP-S, attraverso i GOM, si configura responsabile del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) e della presa in carico del paziente, il quale potrà beneficiare del valore aggiunto che la ricerca traslazionale garantisce all'assistenza. Infatti, i GOM del Pascale avranno la possibilità di avvalersi anche di tutte le caratterizzazioni genetico-molecolari proprie di un Istituto di ricerca nonché della possibilità di arruolamento dei pazienti in studi clinici con farmaci innovativi. I GOM del Pascale, in analogia a quanto avviene nei più avanzati centri di ricerca sul cancro, funzioneranno anche da "Molecular Tumor Board", avendo la possibilità di integrare le informazioni cliniche con il profilo molecolare della neoplasia e con la disponibilità di studi clinici. Una organizzazione funzionale comprendente tutte le strutture clinico-sperimentali e, più in generale, tutte le unità coinvolte nelle sperimentazioni cliniche, assicura un opportuno coordinamento di queste attività ed un adeguato arruolamento di pazienti in studi rivolti sia allo sviluppo di nuovi farmaci che al miglioramento delle condizioni dell'assistenza.

Inoltre, con decreto nr. 22 del 10/03/2015 che istituisce la Rete per la Terapia del dolore, è stato attribuito all'IRCCS Fondazione Pascale, il ruolo di HUB nella rete di terapia del dolore che include tutte le attività specialistiche di diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose specifiche (compreso fisioterapia, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia) ed unifica il trattamento del dolore oncologico e non.

Con successivo Decreto n. 99 del 14.12.2018, l'Istituto Pascale è stato identificato, dalla Regione Campania, come il Centro preposto all'erogazione delle nuove terapie a base di CAR-T cells per le neoplasie ematologiche dell'adulto. In considerazione che la CAR-T descrive un complesso procedimento (in cui alcune cellule del sistema immunitario, prelevate dal paziente e successivamente modificate geneticamente per poter riconoscere, una volta "reinfuse" nello stesso, le cellule tumorali), la UOC di Ematologia Oncologica dell'Istituto Pascale con annesso Centro Trapianti è identificata come la struttura che dovrà erogare le terapie a base di CAR-T cells, attualmente approvate dall'EMA, per la terapia di pazienti con linfoma non-Hodgkin e leucemia linfoblastica.

Della crescita e del ruolo assunto dall'Istituto nel panorama non solo Nazionale ma anche internazionale, l'Istituto ne ha preso atto anche attraverso una nuova organizzazione proposta dallo stesso e descritta attraverso il Piano di sviluppo aziendale, giusta delibera nr. 1/2020.

Di seguito si descrivono gli aspetti più peculiari su cui si fonda la nuova organizzazione

3 IDENTITA'

Con specifico riferimento all'anno 2018, le dinamiche economico-patrimoniali sono state fortemente influenzate dalle disposizioni del decreto commissariale n. 57 del 4 luglio 2019, avente ad oggetto la "Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2018 ed

indicazioni operative aventi ad oggetto la redazione del bilancio consuntivo al 31 dicembre 2018 - Approvazione”.

Tale decreto ha evidenziato un importante incremento dei volumi di produzione, sia per quanto concerne i DRG ospedalieri che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia intra-regionale che interregionale, comportando di fatto la progressiva riduzione della quota di riequilibrio a carico della Regione.

3.1 L'amministrazione

Dal punto di vista organizzativo, l'Istituto sta proseguendo nel percorso di implementazione del nuovo Piano di organizzazione e sviluppo. Di seguito, si sintetizzano i principali atti ed iniziative di organizzazione, programmazione e gestione realizzati dall' ENTE:.

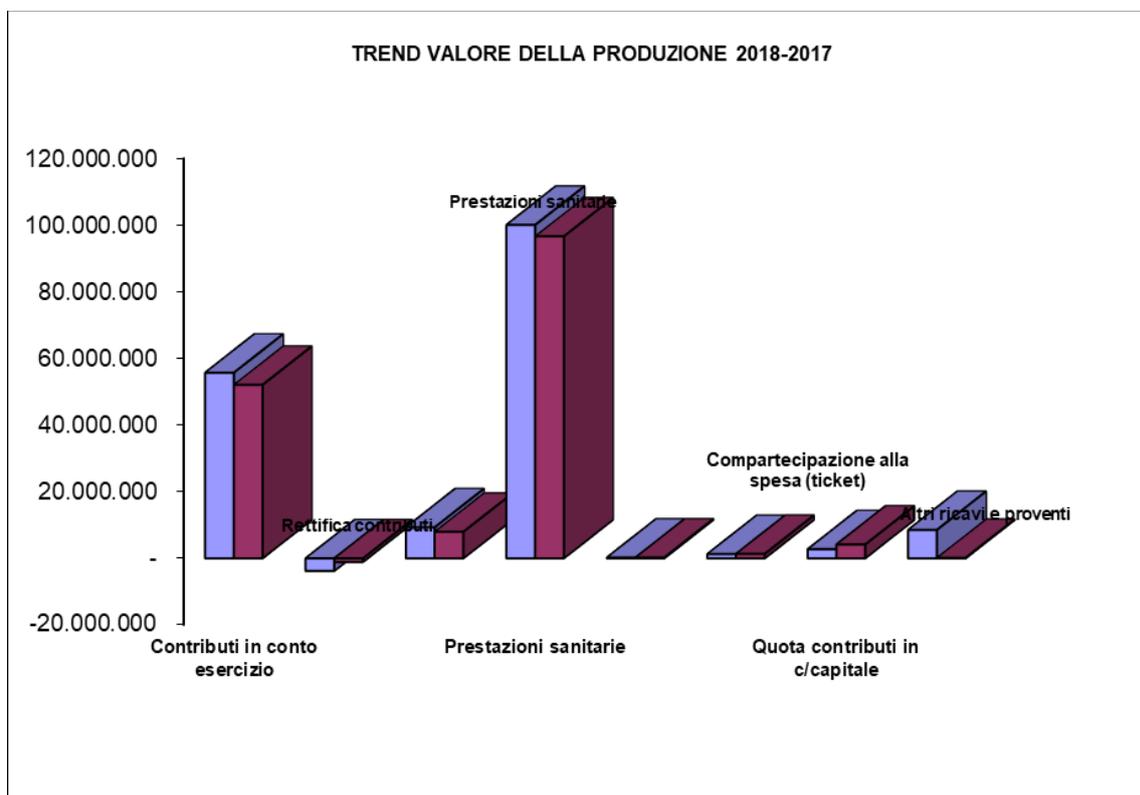
- 1) Piano di Organizzazione e Sviluppo dell'Istituto, denominato “Atto Aziendale” di cui all'atto deliberativo nr. 1/2020 e che si descriverà successivamente nelle sue articolazioni;
- 2) Programmazione fabbisogno di personale e piano assunzionale triennio 2019-2021”, delibera 274 del 21/03/2019;
- 3) Rettifica per parte qua della deliberazione n. 274 del 21.03.2019, avente ad oggetto “aggiornamento Programmazione fabbisogno di personale e piano assunzionale triennio 2019-2021” giusta delibera nr. 1071 del 24/12/2019 ;
- 4) Incremento prestazioni assistenziali (anche in termini di valore della produzione).

In merito, a quanto statuito dal punto nr. 4, è da rilevarsi che l'Istituto, con delibere nr. 186 del 27/02/2019 nr. 655/2019 nonché con successivo atto del direttore generale prot. 18534 del 24 dicembre 2019 di proroga del progetto al 31/01/2020 (nelle more di una nuova programmazione aziendale), ha previsto un'attività progettuale che ha coinvolto la quasi totalità degli operatori sanitari, finalizzata al rispetto dei tempi delle liste di attesa delle patologie chirurgiche e dei trattamenti chemioterapici e sperimentali nonché del rispetto dei PDTA e l'adeguata presa in carico del paziente. La valutazione dei risultati ottenuti, in esecuzione delle progettualità delineate, è stata effettuata sulla base di un indicatore sia qualitativo (che ha considerato la riduzione dell'attesa a ≤ 30 gg.) e quantitativo che ha posto come obiettivo la realizzazione di un incremento del 5% dei pazienti arruolati negli studi clinici rispetto all'anno 2018.

In merito all'implementazione delle attività assistenziali, è da rilevarsi che a far data dal 01/02/2020 sino al 31/01/2021, l'Istituto ha disposto l'apertura straordinaria della UOC di Radioterapia, struttura aziendale che nell'ultimo triennio è diventata punto di riferimento regionale per il trattamento combinato chemio-radioterapico.

Al fine di soddisfare gli ordinari tempi di attesa nonché i PDTA adottati, è stata programmata ed implementata l'attività assistenziale, espletata dalla citata struttura, prevedendo l'apertura straordinaria anche la domenica (con turni per la durata di nr. quattro ore) . Tale progetto, teso ad assicurare un'adeguata presa in carico del paziente con il consolidamento dei trattamenti radioterapici, è proiettato al potenziamento della UOC Radioterapia nelle sperimentazioni cliniche e nella produzione scientifica.

In termini di produzione, è da rilevarsi che l'incremento del valore prodotto in termini prestazionali;



- **Alimentazione piattaforma di certificazione dei crediti (P.C.C.) al 99% ed un ITP**, come da disposto del DPCM 92/2014 nell'anno 2019 di -14,02

- **Approvazione procedure PAC:** In merito alla definizione delle procedure amministrativo-contabili nonché allo sviluppo della funzione di controllo, sia a livello regionale che aziendale, obiettivi essenziali alla luce del disposto di cui all'art. 79, comma 1 sexies, della L.133/2008 e dell'art. 2, comma 70, della L. 191/2009 nonché dei decreti commissariali n. 14/2009 n. 60/2011 e n. 53/2017 (relativi al sistema contabile) e nrr. 80/2013, n. 5/2015, n. 22/2018 e n. 63/2018 (per la programmazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie), sono state adottate:

- 1) Delibera 901 del 29/12/2016 , l'Istituto ha provveduto alla validazione di nove procedure aziendali elaborate dalla S.C. Gestione Risorse Economico Finanziarie (oggetto di successiva acquisizione del regolamento di contabilità aziendale, giusta delibera nr. 842 del 30/11/2017);
- 2) Delibera del Direttore Generale n.120 del 19 febbraio 2018, avente ad oggetto: "Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC): stato di avanzamento delle azioni previste dal PAC, aggiornamento ed adozione di tredici ulteriori procedure;
- 3) Delibera nr. 759 del 27/09/2019 con la quale l'Istituto ha preso atto delle procedure amministrativo-contabili delineate dal DCA 27 del 05/03/2019 (BURC 20 del 08/04/2019). In attuazione a quanto definito dal DCA 67 del 30/08/2019 (BURC 58 del 07/10/2019), l'Ente ha acquisito ed implementato

le linee guida delineate dalla “metodologia regionale” per il controllo di gestione (giusta delibera 778 del 09/10/2019): attraverso tale “schema” di rilevazione gestionale, l’Istituto ha disposto una nuova modalità di valutazione della performance organizzativa nonché, nell’ambito intra-aziendale, il controllo delle singole Unità Operative ai fini dell’attivazione di un processo di miglioramento continuo che consente la realizzazione di un benchmark tra diverse UU.OO. nonché tra quelle omogenee, appartenenti anche ad altre strutture aziendali del SSR. per un confronto dei dati e della relativa performance in una sistema competitivo e premiante.

Ebbene, con l’acquisizione delle nuove procedure amministrative, l’Istituto ha innovato e modificato le pregresse delibere nrr. 901/2016, 842/2017 e 120/2018 in quanto ha disposto la rettifica ed l’integrazione della procedura PR004 “Ciclo Passivo B- Gestione acquisti” costituendo l’Ufficio di Liquidazione, incardinato nella UOC “Coordinamento delle Funzioni Centrali e Supporto alle Direzioni e Rapporti con le Istituzioni Regionali, Nazionali e Internazionali”, giusta delibera nr. 783 dell’11 ottobre u.s, e disposizione adottata dalla Direzione Strategica prot. 15460/i del 07 novembre u.s.

Il succitato provvedimento amministrativo, con la relativa disposizione attuativa, ha attribuito a tale organo il processo di liquidazione relativamente ai reagenti per la Medicina di Laboratorio, ai materiali per l’Anatomia Patologica, per il laboratorio di Ematologia e per la Medicina Trasfusionale nonché ai canoni di noleggio afferenti alle attrezzature in uso nei suddetti reparti. Tale organizzazione aziendale ha, di conseguenza, determinato la rimodulazione del funzionigramma di cui ai provvedimenti nrr. 335 e 350 del 17/04/2019, con il “potenziamento” di funzioni e di attività alla UOC Amministrativa della Ricerca e dei progetti Eterofinanziati.

●Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico e quale CORPUS con attività specifica in campo oncologico.

E’ da rilevarsi che i tredici (13) PDTA per i tumori del colon-retto, mammella, cervice uterina, ovaio, prostata, testicolo, vescica, melanoma cutaneo, melanoma della corioide, polmone, pancreas, stomaco, rene ed i relativi GOM aziendali (giusta Delibera nr. 620 del 31/07/2018) sono stati integrati con Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania nr. 50 del 05 marzo 2020 che ha rafforzato la RETE Oncologica Regionale con l’approvazione di 22 PDTA di patologia 2 PDTA di percorso e 3 Documenti tecnici determinando, per l’effetto, la revisione dei documenti tecnici.

Inoltre con decreto della Giunta della Regione Campania nr. 51 del 05/03/2020 sono stati definiti i PDTA colangiocarcinoma, tiroide e tumori cutanei non melanoma.

• Stabilizzazione personale precario in attuazione di quanto disposto dal legislatore e dalle indicazioni regionali.

In considerazione di quanto statuito dal co. 432 dell’art. 1 della L. 205/2017 , l’IRCCS ha assunto (delibere nrr. 1037 del 23/12/2019 e 41 del 24/01/2020) relativamente al personale precario della ricerca sanitaria in servizio alla data del 31.12.2017, avente i requisiti ivi prescritti, sessantotto (68) unità di ricercatori e centoventicinque (125) di supporto alla ricerca. E’ da rilevarsi, inoltre, che stante la novella di cui all’art.1 comma 432 della L.205/2017 (D.L. 162/2019), l’Istituto ha provveduto alla stipula di ulteriori quarantaquattro (44) contratti a tempo determinato del personale avente i requisiti di cui al disposto normativo in parola con l’immissione in ruolo al 01 Febbraio 2020 (delibera nr. 46 del 27/01/2020).

Infine, per quanto concerne il processo delineato dalla riforma Madia e, precisamente, dall’art. 20, comma 2, del d.Lgs. 75/2017, è da rilevarsi che con delibere 986 -987-993-994- 995 -996 997 del 16/12/2019 (bando di concorso pubblicato sul BURC 91 del 3/12/2018), l’Istituto ha attivato le procedure *de quibus* per la copertura, rispettivamente, di undici (11) posti di assistenti amministrativi, di sei (6) collaboratori amministrativi, di un (1) Dirigente-Ruolo professionale di Ingegnere o Architetto, di un (1)

C.P.S. tecnico sanitario di radiologia, di cinque (5) tecnici di laboratorio biomedico, di un (1) Dirigente Medico- Oncologia Medica e di nove (9) Dirigenti sanitari non Medici- profilo professionale Biologo-procedendo, altresì, nelle more della conclusione delle procedure selettive alla proroga dei contratti di lavoro flessibile in essere.

Ulteriori procedure di reclutamento del personale sono state programmate ed espletate dall'istituto come di seguito si riporta:

1) Concorsi a tempo indeterminato:

Concorso	Delibera di indizione	Stato attuale
3 posti di collaboratore amministrativo cat. D -l. 68/1999	583 del 04/07/2019	In itinere
2 Dirigenti Medici- Disciplina Anatomia patologica	553 del 25/06/2019	In itinere
6 Dirigenti Medici. Disciplina oncologia	456 del 05/06/2019	In itinere
2 Dirigenti INGEGNERE Industriale	412 del 17/05/2019	In itinere
1 dirigente medico disciplina ematologia	411 del 17/05/2019	In itinere
1 dirigente medico disciplina patologia clinica	629 del 06/08/2018	In itinere
3 dirigenti medici-disciplina radioterapia	413 del 08/05/2018	In itinere
1 operatore tecnico magazzinoiere- categoria B (art. 1 – comma 2 legge 407/98 ss.mm. ii. vittima del terrorismo)	990 del 03/12/2018	Conclusa
1 posto di dirigente amministrativo	377 del 30/04/2013	Conclusa
3 posti di dirigente amministrativo	Scorrimento graduatorie giusta delibere nrr. 277/2019 e 730/2019	Conclusa

2) mobilità per compensazione che ha interessato ventiquattro procedure (24 unità) oltre l'attivazione di ulteriori procedure di mobilità pre-concorsuale (16) afferenti a ruoli e profili diversi di cui nove concluse e le restanti in itinere;

3) concorsi a tempo determinato:

Concorso	Delibera di indizione	Stato attuale
1 dirigente medico con specializzazione maxillo facciale	5 del 14/01/2020	In itinere
2 dirigenti ingegneri industriali	627 del 19/07/2019	In itinere
N dirigenti medici- disciplina Anatomia patologica	613 del 16/07/2019	conclusa

1 dirigente avvocato	821 del 21/10/2019	conclusa
2 dirigenti medici con specializzazione in ematologia	796 del 16/10/2018	conclusa

4) Utilizzazione delle graduatorie vigenti per le sottoelencate figure professionali:

-20 collaboratori professionali sanitari giusta delibera nr. 36 del 23/01/2020 ad oggetto : *“presa d’atto della convenzione con l’AORN A. Cardarelli per l’utilizzo della graduatoria di merito del concorso pubblico per titoli ed esami”*;

-5 collaboratori Professionali sanitari-tecnico sanitario di laboratorio biomedico approvata con delibera nr. 549/2019- utilizzazione della graduatoria approvata dall’Istituto;

-20 Unità di Operatore Socio sanitario, giusta convenzione con l’ASL Napoli 2 per l’utilizzazione della relativa graduatoria, delibera 958 del 04/12/2019

Inoltre, con delibera 1000 del 16/12/2019, è stato indetto avviso ad evidenza pubblica per il reclutamento di un Dirigente di responsabile dell’U.O.S. Controllo di Gestione incardinata nella U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi dell’Istituto ai sensi dell’art. 15 septies, comma 2, del D.Lgs 502/1992.

5) Realizzazione degli Obiettivi di piano sanitario nazionale 2014-2016 di cui alla deliberazione n. 103 del 25.06.2019 – Progetto Corpus Pascale– POR FERS 2014/2020 delibera n. 508 12.06.2019 – Ricerca finalizzata Determina Regione n. 63 del 15.04.2019 –, sono state indette procedure selettive, ai sensi dell’art. 15 octies D.Lgs 502/1992, per n. 25 Avvisi Pubblici per un totale di 71 figure professionali tra personale medico e sanitario funzionali alle attività progettuali.

Nell’ambito delle attività selettive e valutative afferenti al conferimento degli incarichi di Direttore di Struttura Complessa nonché degli Incarichi di alta specializzazione (IPAS) per l’area della dirigenza Sanitaria Medica, sono state attivate e/o concluse le sottoelencate procedure:

Denominazione incarico	Delibera di indizione	Stato attuale
Direttore SC Chirurgia Toracica	374 del 26/04/2018	In itinere
Direttore della SC Chirurgia Oncologica Senologica	809 del 24/11/2017	In itinere
Direttore della SC Epidemiologia e biostatistica	810 del 24/11/2017	Conclusa
Direttore della SC Chirurgia Oncologica della tiroide	808 del 24/11/2017	Conclusa
Direttore della SC Ortopedia Oncologica	813 del 24/11/2017	Conclusa
Direttore della SC Gestione Risorse umane	8 del 16/01/2020	In itinere
Direttore della SC Oncologia clinica sperimentale addominale	811 del 24/11/2017	Conclusa
Direttore della SC Organizzazione dei servizi Assistenziali Ospedalieri	812 del 24/11/2017	Conclusa

-IPAS: nr. 135 incarichi di alta specializzazione afferenti all'Area della Dirigenza Medica, banditi giusta delibere nrr. 983 del 09/12/2019 e 1068 e 1069 del 23/12/2019

● Programmazione pluriennale degli approvvigionamenti, il cui impatto va a riverberarsi sul budget di previsione anno 2020.

E' da rilevarsi che con delibera nr. 855 del 29/10/2019, l'Ente ha provveduto alla programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi, mentre, con provvedimento nr.951 del 28/11/2019, è stato adottato *"il programma triennale opere pubbliche (2019-2021) con annesso elenco annuale"*.

● Implementazione di forme di cooperazione.

L'Istituto, inoltre, ha inteso "attivare" forme di cooperazione "cristallizzate" e regolamentate con specifici accordi quadro addivenendo, quindi, alla conclusione di protocolli d'intesa con altre strutture sanitarie e di ricerca scientifica sul piano nazionale che internazionale. Tali accordi, che di seguito si riportano, sono finalizzati a favorire forme di condivisione di esperienze cliniche e scientifiche nonché ad implementare programmi di formazione.

Pertanto, con delibera nr. 193 del 06/03/2017 l'Istituto ha preso atto degli seguenti accordi di collaborazione scientifica:

1. Universidad el Bosque di Bogotà, in persona del Rettore prof. Rafael Sanchez Paris, stipulato il 27.02.2017;
2. la Universidad de Cundinamarca di Fusagasugà, in persona del Rettore prof. Adriano Munoz Barrera, stipulato il 28.02.2017;
3. Universidad Militar Nueva Granada di Bogotà, in persona del Rettore BG (RA) Hugo Rodriguez Duran, stipulato il 28.02.2017
4. Instituto Nacional de Cancerologia – ESE di Bogotà, in persona del Direttore Generale prof.ssa Carolina Wiesner Ceballos, stipulato il 02.03.2017
5. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS di Bogotà, in persona del Rettore prof. Sergio Augusto Parra Duarte, stipulato il 03.03.2017;
6. Istituto di Educazione Superiore dello Stato Federale- Università di medicina statale di Perm. Ministero della Salute della Federazione Russa- Determina 257 del 28/02/2018;
7. Università Italo Egiziana con sede ad HURGHADA, EGITTO (UIE) Finalizzata alla Promozione di scambi nell'ambito della formazione e allo sviluppo di progetti scientifici congiunti nell'ambito della Ricerca. Determina dirigenziale nr. 664 DEL 11.06.2018

Contestualmente all'implementazione di alleanze sul piano internazionale, con deliberazione 849 del 06/12/2017, l'Istituto è addivenuto alla costituzione dell'"Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete" - denominata "A.M.O.R.e."- di cui sono componenti l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto Tumori di Bari, IRCCS Giovanni Paolo II e il Centro di riferimento Oncologico della Basilicata-CROB di Rionero in Vulture (Potenza)

L'alleanza sopra citata è stata fondata per:

1. Avviare un percorso per la costituzione di una Fondazione tra gli II.RR.CC.SS dell'Italia meridionale, aperto alle adesioni di enti/ospedali con vocazione oncologica.

2. Definire una piattaforma tecnologica comune per raccogliere in maniera omogenea dati clinici e gestionali a sostegno della ricerca e della costruzione di un sistema comune di indicatori da utilizzare per la valutazione dell'efficienza.
3. Avviare sperimentazioni gestionali nell'ambito dell'Alleanza.
4. Realizzare progetti di formazione e ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'oncologia.
5. Promuovere modelli organizzativi innovativi incentrati sull'etica clinica, la clinical governance, la condivisione delle policy, l'appropriatezza e l'economicità delle risorse.
5. Condividere i principi ispiratori dei PDTA.
6. Sviluppare attività comuni nell'ambito della ricerca sanitaria e biomedica.
7. Realizzare progetti etero-finanziati, a valere in particolare su Fondi comunitari.
8. Creare una Rete interregionale di Istituti oncologici che, attraverso una collaborazione sistematica, il confronto e lo scambio di competenze ed expertise, assicuri il costante miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure e dei servizi erogati.
9. Intraprendere un percorso sinergico per l'accreditamento a Comprehensive Cancer Center per ciascuna delle parti.

Con successiva delibera nr. 1000 del 05/12/2018, l'Istituto ha costituito una società consortile a responsabilità limitata, conservando la denominazione A.M.O.Re. e definendo gli scopi da raggiungere:

1. nel miglioramento dell'attività di ricerca scientifica e clinica;
2. nella continua formazione del personale destinato, anche indirettamente, all'assistenza medica e paramedica nonché nella riabilitazione delle persone colpite da malattie oncologiche;
3. nella raccolta di fondi da destinarsi alla realizzazione degli scopi di cui ai punti precedenti;
4. nella condivisione dei principali PDTA, dei sistemi di valutazione delle performance, sia in ambito assistenziale che della ricerca;

In merito a tale attività di cooperazione, attraverso l'Alleanza Mediterranea Oncologica in Rete, denominata A.M.O.R.e, l'Istituto ha inteso imporsi anche sul piano internazionale (di cui si è preso atto con determine nrr. 110 e 111/2019) attraverso l'istituzione della cd. "Alleanza Mondiale Oncologica in Rete" sottoscritta non solo dall'Associazione denominata A.M.O.R.e, (costituita dall'IRCCS Pascale di Napoli, IRCCS Giovanni Paolo II di Bari e l'IRCCS Centro di riferimento Oncologico della Basilicata di Rionero in Vulture -Pz) ma anche dai sottoelencati partners:

1. Director of State Budgetary Healthcare Institution "St. Petersburg Clinical Research and Practical Center for specialized Types of Medical Care";
2. Head of the Center for Innovative Radiological and Regenerative Technologies, Moscow Ru;
3. N.N. Blokhin Russia Cancer Research Center;
4. Petrov Research Institute of Oncology;

Inoltre, la cooperazione con la Russia è stata rafforzata (determina del Direttore generale nr. 173 del 11/12/2019) con l'adesione all'Associazione denominata A.M.O.R.e anche di altre strutture Moscovite:

- SKC"PREMED"- Moscow Ru- Direttore Generale M.Lerner;
- Centro Oncologico Mosca (Loginov);
- Centro di Oncologia testa/collo- Mosca;
- Centro di Oncologia Endocrina, Mosca;
- Euroasian Oncology Association- Mosca;
- Association of Medical Students of Russia;
- Vice Primo Ministro con la delega alla sanità della repubblica di Izhevsh.

Con quest'ultimo partner, ed in particolare con l'Accademia Medica di Izhevsh, si è addivenuto ad un protocollo di intesa per rafforzare la collaborazione sul piano sanitario (giusta determina nr.1 del 20/01/2020)

Le alleanze sopra descritte, finalizzate ad uno scambio e un continuo confronto scientifico, sono accompagnate dall'impegno dell'Istituto nella formazione di professionisti (medici) extra-comunitari:

- 1) etiopici (protocollo di intesa con l'Università Addis Ababa-Etiopia, giusta delibera nr. 302 del 26/03/2018) per lo svolgimento di un programma specialistico in medicina nucleare
- 2) asiatici (sottoscrizione, in data 27 agosto 2019 del protocollo di intesa con la Beijing Dongffanguokang Consulting Co., Ltd-China) per il potenziamento della cooperazione internazionale in ambito medico, tramite programmi di educazione selettiva e condivisione di esperienze in ambito clinico, fino alla formazione e alla promozione della ricerca in management sanitario.

Inoltre, sul piano didattico, è stato implementato il contributo apportato dall'Ente.

OGGETTO DELLA CONVENZIONE	PROVVEDIMENTO	DURATA
CONVENZIONE CON L'UNIVERSITÀ TELEMATICA PEGASO DI NAPOLI FINALIZZATA ALL'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO DEI TECNICI SANITARI DI LABORATORIOBIOMEDICO CHE FREQUENTANO CORSI DI DOTTORATI DI RICERCA, SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, CORSI DI MASTER O DI PERFEZIONAMENTO PREVISTI DA DETTA UNIVERSITÀ AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.		3 ANNI
CONVENZIONE CON IL DIPARTIMENTO DI CHIMICA E BIOLOGIA /DCB DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO FINALIZZATA ALL'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO DEGLI STUDENTI CHE FREQUENTANO CORSI DI LAUREA, DOTTORATI DI RICERCA, SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, CORSI DI MASTER O DI PERFEZIONAMENTO NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO STESSO AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.452 DEL 11.04.2018	3 ANNI
CONVENZIONE CON LA DIREZIONE DEL MASTER DI II LIVELLO IN RICERCA CLINICA: METODOLOGIA, FARMACOVIGILANZA, ASPETTI LEGALI E REGOLAMENTARI AFFERENTE ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA LA SAPIENZA FINALIZZATA ALL'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO L'ENTE DI UNO O PIU STUDENTI CHE FREQUENTANO IL SUDDETTO MASTER AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.540 DEL 14.05.2018	1 ANNO
CONVENZIONE CON LA DIREZIONE DEL MASTER DI II LIVELLO IN RICERCA CLINICA: METODOLOGIA, FARMACOVIGILANZA, ASPETTI LEGALI E REGOLAMENTARI AFFERENTE ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA LA SAPIENZA FINALIZZATA ALL'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO L'ENTE DI UNO O PIU STUDENTI CHE FREQUENTANO IL SUDDETTO MASTER AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.540 DEL 14.05.2018	1 ANNO

<p>PRESA D'ATTO CONVENZIONI CON LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI MEDICHE UNIVERSITARIE -AREA SANITARIA-UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II: SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ANATOMIA PATOLOGICA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA GENERALE; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE; SCUOLA DI RADIODIAGNOSTICA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN RADIOTERAPIA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA NUCLEARE; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN UROLOGIA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA MEDICA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE GINECOLOGIA; SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN DERMATOLOGIA E VENEREALOGIA</p>	<p>DETERMINA DIRIGENZIALE N. 661 DELL'11.06.2018</p>	<p>5ANNI</p>
<p>CONVENZIONE CON LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA DELLA GESTALT DI NAPOLI ISTITUTO DI PSICOLOGIA ESISTENZIALE TRANSPERSONALE " NEA ZETESIS"PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO FORMATIVO DEGLI ALLIEVI DELLA SCUOLA PRESSO LA S.S.D. DI PSICOLOGIA ONCOLOGICA DELL'ENTE. RINNOVO</p>	<p>DETERMINA DIRIGENZIALE N.687 DEL 15.06.2018</p>	<p>4ANNI</p>
<p>CONVENZIONE CON IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA, CHIRURGIA E ODONTOIATRIA "SCUOLA MEDICA SALERNITANA" DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO FINALIZZATA ALL'ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO L'ENTE DI UNO O PIÙ DISCENTI DEL MASTER DI II LIVELLO IN "SPERIMENTAZIONE CLINICA ACCESSO AL FARMACO E OUTCOME RESEARCH" AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.</p>	<p>DETERMINA DIRIGENZIALE N.726 DEL 25.06.2018</p>	<p>1ANNO</p>
<p>ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI FONDAZIONE "G. PASCALE" E IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA</p>	<p>DETERMINA DIRIGENZIALE N.867 DEL 07.08.2018</p>	<p>3ANNI</p>

DELL' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO FINALIZZATA AD UNA COOPERAZIONE SCIENTIFICA E CULTURALE. RINNOVO		
ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI FONDAZIONE "G. PASCALE" E IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E FISICA E MEDICINA PREVENTIVA DELL' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI" GIÀ SUN PER L'ANALISI STATISTICA DEGLI STUDI CLINICI PROMOSSI DALL' ISTITUTO. RINNOVO	DETERMINA DIRIGENZIALE N.985 DEL 26.09.2018	1ANNO
ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI FONDAZIONE "G. PASCALE" E IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MOTORIE E DEL BENESSERE DELL' UNIVERSITÀ PARTHENOPE PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SCAMBIO E DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA E DIDATTICA NELLE DISCIPLINE DI RECIPROCO INTERESSE. RINNOVO	DETERMINA DIRIGENZIALE N.1085 DEL 29.10.2018	3ANNI
PERCORSI IN ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO. APPROVAZIONE CONVENZIONE CON L'ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE "G. DORSO" DI AVELLINO.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.1316 DEL 19.12.2018	2ANNI
CONVENZIONE CON L'ENTE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ASSOFARM S.R.L, ACCREDITATO DALLA REGIONE CAMPANIA, FINALIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEI TIROCINI CURRICULARI DEGLI ALLIEVI ISCRITTI AI CORSI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO, OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FUNZIONE COMPLEMENTARE (OSSS) E DI RIQUALIFICAZIONE OSA IN OSS AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.1242 DEL 06.12.2018	3ANNI
PRESA D'ATTO CONVENZIONI CON LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI MEDICHE UNIVERSITARIE -AREA SANITARIA- UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI. SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA MEDICA, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA GENERALE, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN RADIODIAGNOSTICA.	DETERMINA DIRIGENZIALE N. 1283 DEL 12.12.2018	5ANNI

CONVENZIONE CON L' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA FACOLTÀ DI PSICOLOGIA PER L'ESPLETAMENTO DEI TIROCINI POST LAUREAM OBBLIGATORI PREVISTI DALL'ORDINAMENTO DIDATTICO PER GLI ISCRITTI A DETTO ATENEUM PRESSO LA SSD DI PSICOLOGIA ONCOLOGICA DELL'ENTE AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97DECRETO ATTUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98	DETERMINA DIRIGENZIALE N.217DEL 04.03.2019	5 ANNI
---	--	--------

CONVENZIONE CON L' UNIVERSITÀ TELEMATICA PEGASO DI NAPOLI FINALIZZATA ALL' ESPLETAMENTO DEL TIROCINIO FORMATIVO DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA CHE FREQUENTANO CORSI DI DOITTORATI DI RICERCA, SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, CORSI DI MASTER O DI PERFEZIONAMENTO PREVISTI DA DEITA UNIVERSITÀ AI SENSI DELL'ART.18 DELLA L. 196/97-DECRETO AITUATIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO N.142 DEL 25.3.98.	DETERMINA DIRIGENZIALE N.218 DEL 04.03.2019	3 ANNI
CONVENZIONE CON L'UNIVERSITA DI SIENA PER LO SVOLGIMENTO DI TIROCINI DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO	DETERMINA DIRIGENZIALE N.403 DEL 18.04.2019	3ANNI
CONVENZIONE CON L'UNIVERSITA DI ROMA -SAPIENZA PER LO SVOLGIMENTO DI TIROCINI DI FORMAZIONE ED ORIENTAMENTO	DETERMINA DIRIGENZIALE N.410 DEL 19.04.2019	3ANNI
CONVENZIONE CON LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DELL'ADULTO E DELL'ETA EVOLUTIVA TRAINING SCHOOL DI ROMA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DI TIROCINIO FORMATIVO DEGLIIALLIEVI DELLA SCUOLA PRESSO LA S.S.D. DI PSICOLOGIA ONCOLOGICA DELL'ENTE	DETERMINA DIRIGENZIALE 411 DEL 19.04.2019	3 ANNI
CONVENZIONE CON LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA MEDICA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO FINALIZZATA ALLO SVOLGIMENTO DEL PERCORSO FORMATIVO EXTRA RETEFORMATIVA DI N. 2 SPECIALIZZANDI ISCRIITI ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA MEDICA DI DEITO ATENEO AI SENSI DEL D. LGS 368/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE	DETERMINA DIRIGENZIALE 411 DEL 19.04.2019	5 MESI
ACCORDO DI COOPERAZIONE SCIENTIFICA CON IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA E PRODUZIONI ANIMALI DELL' UNIVERSITA DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO (PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SCAMBIO E DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA NELL'AMBITO DELLA VALUTAIONE DEL PROFILO METABOLOMICO DI CAMPIONI MEDIANTE RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE.	DETERMINA DIRIGENZIALE N. 564 DEL 30.05.2019	3 ANNI
ACCORDO DI COOPERAZIONE SCIENTIFICA CON L'ISTITUTO DI RICERCHE SUGLI ECOSISTEMI TERRESTRI CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (IRET-CNR) UNITA' DI NAPOLI PER LA REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI SCAMBIO E DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA NELLAMBITO DELLA VALUTAIONE DEL PROFILO METABOLOMICO DI CAMPIONI MEDIANTE RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE.	DETERMINA DIRIGENZIALE N. 565 DEL 30.05.2019	3 ANNI

●Adozione del piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto, triennio 2020-2022. Aggiornamento anno 2020.

In merito è da rilevarsi che l'Istituto, con provvedimenti nrr. 50 e 53 del 30/01/2020, in attuazione di quanto statuito dal disposto normativo di cui alla l. 190/2012 in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, ha adottato il piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPCT), con il relativo aggiornamento annuale che procede all'analisi e alla valutazione dei processi amministrativi e dei rischi specifici indicando, per l'effetto, gli interventi finalizzati alla prevenzione. Inoltre, a seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 al "decreto trasparenza" nr. 33/2013, in luogo del Programma triennale per la trasparenza, l'Istituto, in un'apposita sezione del piano, ha indicato gli obiettivi in materia di trasparenza ed i Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti delle informazioni richiesti dalla normativa sopra citata.

Ricerca Scientifica

Con riferimento all'attività di ricerca, si rileva che la Direzione Scientifica, in coerenza con le attività di cui al D.Lgs 288/03 ss.mm.ii, svolge attività di programmazione e coordinamento scientifico, così come di seguito dettagliato (come da Deliberazione del Direttore Generale n. 151 del 28/02/2018 che descrive altresì il funzionigramma delle strutture della Direzione Scientifica dell'Istituto Pascale):

- ✓ Programma le linee di ricerca istituzionali in coerenza con gli indirizzi del Ministero della Salute, la progettualità istituzionale e definisce i relativi budget, mediante il documento di ricerca triennale;
- ✓ Implementa e gestisce le risorse umane dedicate alle attività di ricerca;
- ✓ Approva e finanzia i singoli progetti di Ricerca Corrente;
- ✓ Promuove e coordina collaborazioni/convenzioni scientifiche tra l'Istituto e gli altri IRCCS, Ministeri, Università, enti di ricerca pubblici e privati, nazionali ed internazionali;
- ✓ Programma, organizza e coordina attività culturali e formative, seminari, corsi di aggiornamento, corsi di laurea ed attività didattiche;
- ✓ Valuta ed approva le richieste di tirocini formativi, frequenze, borse di studio, aggiornamenti professionali e tirocini di specializzandi provenienti dalla rete formativa universitaria;
- ✓ Promuove e gestisce attività relative alle sperimentazioni cliniche e studi multicentrici;
- ✓ Monitora la produzione scientifica dell'Istituto e valuta gli esiti della ricerca;
- ✓ Promuove, coordina ed implementa il sistema di monitoraggio delle attività di ricerca nonché la partecipazione dell'Istituto ai programmi di ricerca e sviluppo, finanziati da enti nazionali ed internazionali attraverso il Grant Office;
- ✓ Garantisce, attraverso l'Ufficio di Trasferimento Tecnologico, la protezione della proprietà intellettuale delle invenzioni realizzate dai ricercatori, promuove la cultura del brevetto e la relativa valorizzazione economica;
- ✓ Coordina, le attività della BioBanca Istituzionale;
- ✓ Sostiene indagini epidemiologiche volte all'individuazione ed alla stima dei fattori di rischio specifici per i tumori, con attenzione a quelli a maggior incidenza e/o mortalità per la Regione Campania;

Miglioramento tra clinica ed ricerca scientifica.

L'Istituto, nel corso dell'ultimo decennio, si è impegnato nel diffondere la cultura della qualità a tutti i livelli aziendali, aderendo all'*Organisation of European Cancer Institutes*



(progetto OECI) che ha assunto, come obiettivo principale, la cooperazione tra gli Istituti di cancro Europei, al fine di:

- creare una massa critica di conoscenze e competenze in grado di individuare e condividere nuovi e migliori modelli di cura;
- migliorare la qualità delle cure oncologiche e la ricerca traslazionale;
- migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici;
- fornire un percorso di miglioramento continuo al fine di omogeneizzare le cure dei pazienti oncologici secondo standard e livelli di qualità condivisi a livello europeo;
- favorire lo sviluppo di studi multicentrici europei e l'utilizzo dei fondi EU per la ricerca

A far data da giugno 2013, l'INT Pascale è stato classificato dalla citata Organizzazione come: "Preliminary designation between CLINICAL CANCER CENTRE and COMPREHENSIVE CANCER CENTRE" identificando le criticità da superare per ottenere la successiva qualifica di COMPREHENSIVE CANCER CENTRE. In considerazione di quanto rilevato, l'Istituto è addivenuto alla stesura di procedure cliniche e di ricerca, nonché alla riorganizzazione di diverse attività e servizi al fine di ottenere, alla scadenza dell'accREDITAMENTO (giugno 2020) ed all'esito della site visit, la qualificazione "COMPREHENSIVE CANCER CENTRE".

Nell'ottica del miglioramento continuo e della diffusione dei principi di "Qualità", l'Istituto ha intrapreso anche un percorso formativo diffuso a tutti i livelli aziendali sulle tematiche relative alla ISO9001:2015 ed al Monitoraggio dei processi.

Gli Auditor sono stati successivamente riconosciuti con Delibera n. 117 del 16/02/2018 e sono stati dotati di apposito tesserino di riconoscimento, avendo il compito di verificare il Sistema Gestione Qualità (SGQ) del nostro Istituto nell'ambito del processo interno di miglioramento continuo, anche alla luce dei piani di miglioramento OECI che saranno rivisitati nel corso del biennio 2019-2020.

● **Finanziamento dell'attività scientifica.**

Si riportano i sottoelencati progetti di ricerca

PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE , BANDO RF 2018

- Preclinical and Clinical Development of a 68Ga-NOTA-AHX-R54, a CXCR4-PET tracer targeting tumoral and stromal cells in human solid cancers. First in Man Clinical Trial. PI Stefania Scala (€ 450.000)
- An integrated approach to define genetic and molecular mechanisms involved in the pathogenesis of lower female genital tract tumours for early diagnosis as well as for discovery of progression biomarkers and new therapeutic targets. PI Maria Lina Tornesello (€ 450.000)
- Olaparib in wild type germinal and somatic BRCA platinum sensitive recurrence ovarian cancer: a MITO (Multicenter Italian Trials in Ovarian Cancer) study. PI Sandro Pignata (€ 854.000)
- Methods for tumor mutation burden evaluation in the management of non-small cell lung cancer patients. PI Francesca Fenizia (€ 434.550)
- Pharmacological targeting of CtBP1/BARS in cancer. PI Luca Palazzo (€450.000,00)
- Mi-RNAs as potential predictive biomarkers for early diagnosis of hepatocellular carcinoma Rocco Sabatino (€ 130.000).

PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DALLA REGIONE CAMPANIA

Technological Research Platforms

- Campania Oncoterapie – Coordinator – funded € 3.100.000
- EMOFORAD – partner – funded € 340.000
- Genomica&Terapia – partner – funded € 830.000
- PLATT – partner – funded € 1.180.000

Research Infrastructures

- PREMIO – capofila – funded € 4.956.200
- CIRO – partner – funded € 502.500

Tecnology transfer

- Nutraceutica come supporto – partner – funded € 90.000
- Oncology Care Planner – partner – funded € 361.952
- Oncology Smart Assistant – partner – funded € 170.000
- BioMoITEACC – partner – funded € 412.352
- PI-EVO ONC. DELUXE – partner – funded € 295.123

Inoltre, per quanto concerne le sperimentazioni cliniche, è possibile come di seguito sintetizzare in cifre

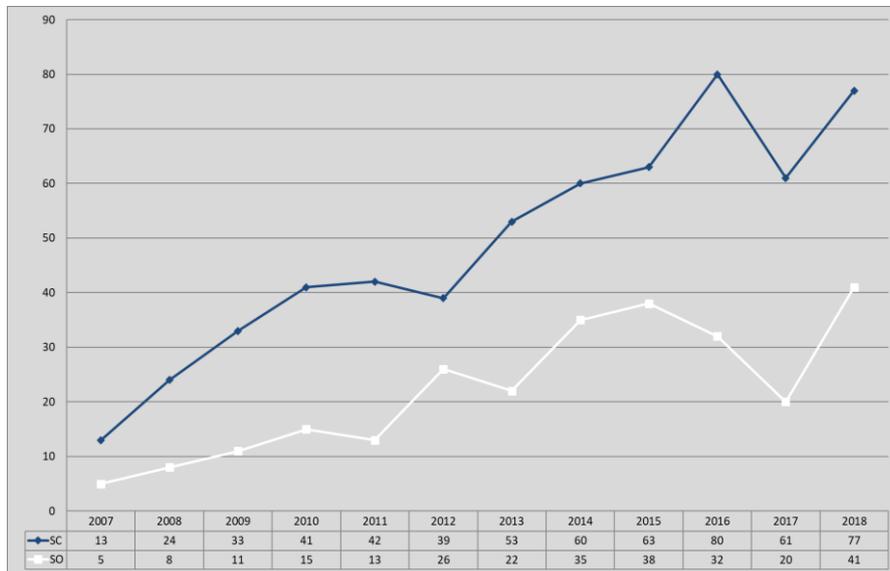
Pazienti arruolati nel corso del 2018 nelle sperimentazioni cliniche attive
(n=215)

Pazienti arruolati	presso INT	fuori INT	Totale
INT centro coordinatore			
No-profit (n=34)	370	277	647
Profit (n=29)	103	-	103
INT centro partecipante			
No-profit (n=55)	167	-	167
Profit (n=97)	184	-	184
Totale	824	277	1.101

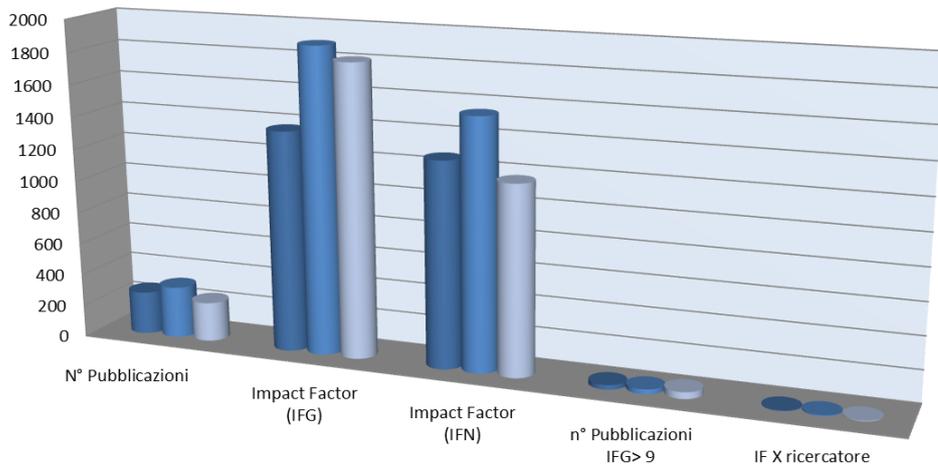
Pazienti arruolati nel corso del 2018 negli studi osservazionali attivi
(n=110)

Pazienti arruolati	presso INT	fuori INT	Totale
INT centro coordinatore			
No-profit (n=44)	736	256	992
Profit (n=2)	12	-	12
INT centro partecipante			
No-profit (n=58)	431	-	431
Profit (n=6)	12	-	12
Totale	1.191	256	1.447

Studi clinici per anno di attivazione e tipologia di studio (2007 - 2018)

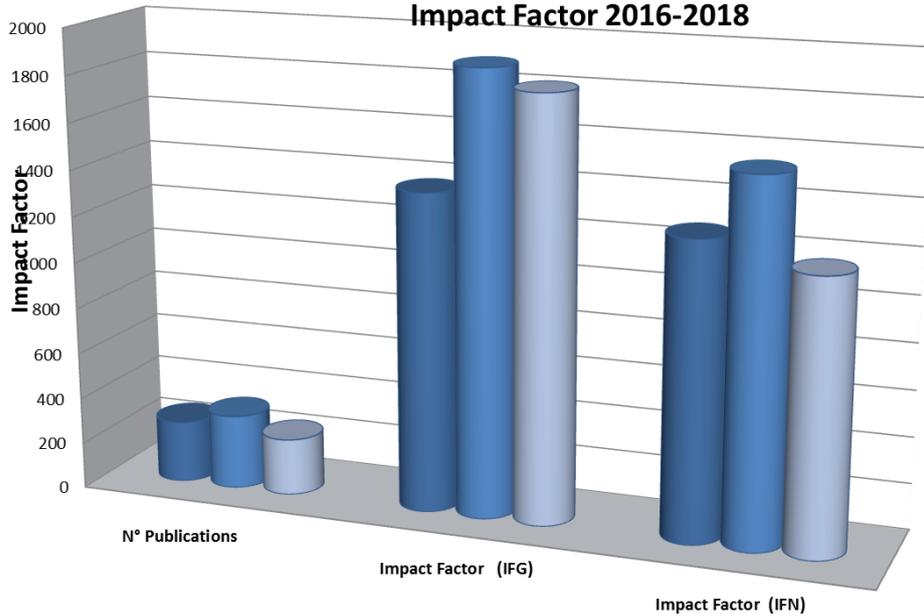


Produttività



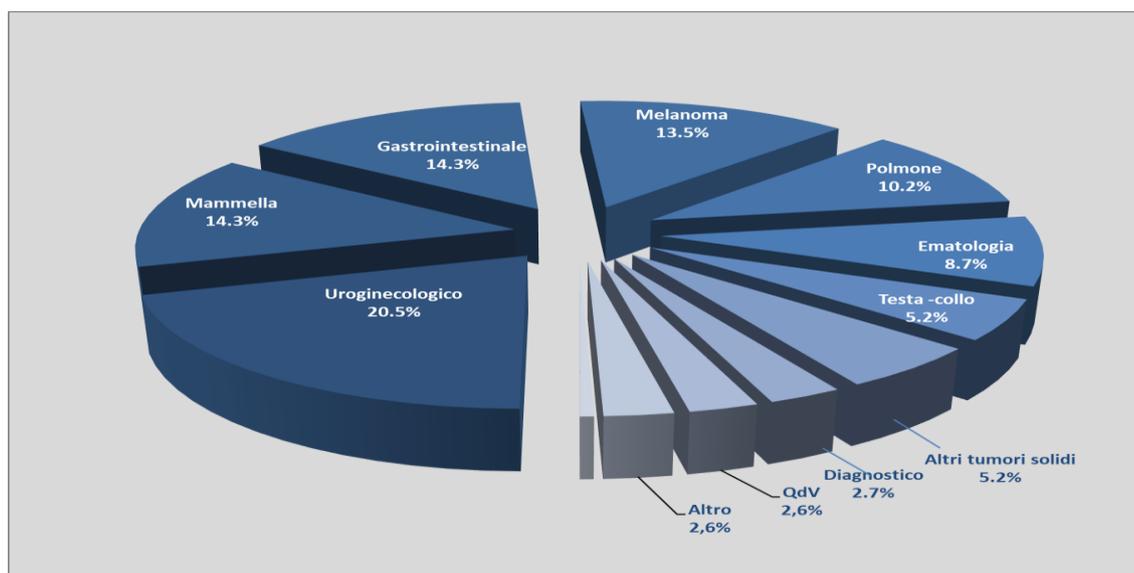
	N° Pubblicazioni	Impact Factor (IFG)	Impact Factor (IFN)	n° Pubblicazioni IFG > 9	IF X ricercatore
■ 2016	267	1.373,26	1.274,40	28	4,89
■ 2017	322	1.898,85	1.549,70	30	5,83
■ 2018	245	1.813,792	1.173,867	41	3,88

Impact Factor 2016-2018



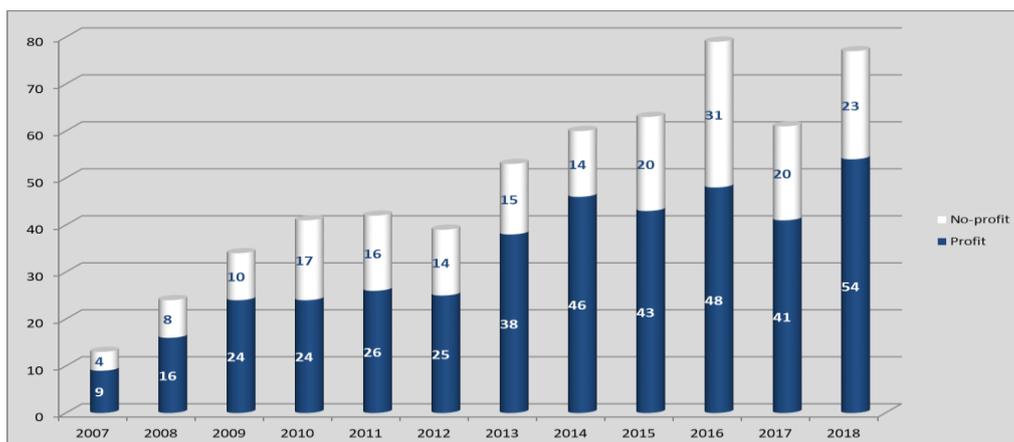
	N° Publications	Impact Factor (IFG)	Impact Factor (IFN)
■ 2016	267	1.373,26	1.274,40
■ 2017	322	1.898,85	1.549,70
■ 2018	245	1.813,792	1.169,874

Produttività	2016	2017	2018
N° Pubblicazioni	267	322	245
Impact Factor (IFG)	1.373,26	1.898,85	1.813,792
Impact Factor (IFN)	1.274,40	1.549,70	1.173,867
N° Pubblicazioni IFG > 9	28	30	41
IF X ricercatore	4,89	5,83	3,88
IF x ricercatore con pubblicazioni	6,25	7,4	5,13
Finanziamento RC (Quota assegnata sulla base delle performance) €*	3.461.603,380	3.441.846,490	3.721.959,310
Finanziamenti ERANET *	482.075,000	358.350,000	75.000,000
Finanziamento complessivo RC € (comprensivo dei finanziamenti ERANET)*	3.943.678,380	3.800.196,490	3.796.959,310
Finanziamento delle reti (ACC,neurologica,cardiologica,etc.)*	-----	-----	-----
N° ricercatori in anagrafica	314	336	319
I ricercatori che hanno pubblicato almeno un lavoro nell'anno sono almeno 1 lavoro	248	264	240



Di seguito sono descritte le sperimentazioni cliniche, farmacologiche e non, attivate entro il 31 dicembre 2018 nonché tipologia di promotore.

Sperimentazioni cliniche per anno di attivazione e tipologia di promotore



Sperimentazioni cliniche per anno di attivazione e ruolo dell'INT

Anno	Sperimentazioni cliniche totali = 586				Totale
	No-profit = 192		Profit = 394		
	Promotore / Coord.	Partecipante	Promotore / Coord.	Partecipante	
2007	1	3	-	9	13
2008	4	4	2	14	24
2009	4	6	3	21	34
2010	3	14	2	22	41
2011	9	7	4	22	42
2012	6	8	1	24	39
2013	3	12	8	30	53
2014	7	7	9	37	60
2015	4	16	14	29	63
2016	14	17	12	36	79
2017	6	14	9	32	61
2018	10	13	9	45	77
Totale	71	121	73	321	586

Percentuale sperimentazioni cliniche per area di interesse Sperimentazioni cliniche totali: 586

Su 586 sperimentazioni cliniche attivate nel periodo 2007-2018, 540 (92.3%) risultano essere farmacologiche

Sperimentazioni cliniche farmacologiche e non per anno di attivazione Sperimentazioni cliniche totali: 586

Anno	Sperimentazioni cliniche		Totale
	Farmacologiche	Non farmacologiche	
2007	13	-	13
2008	24	-	24
2009	33	1	34

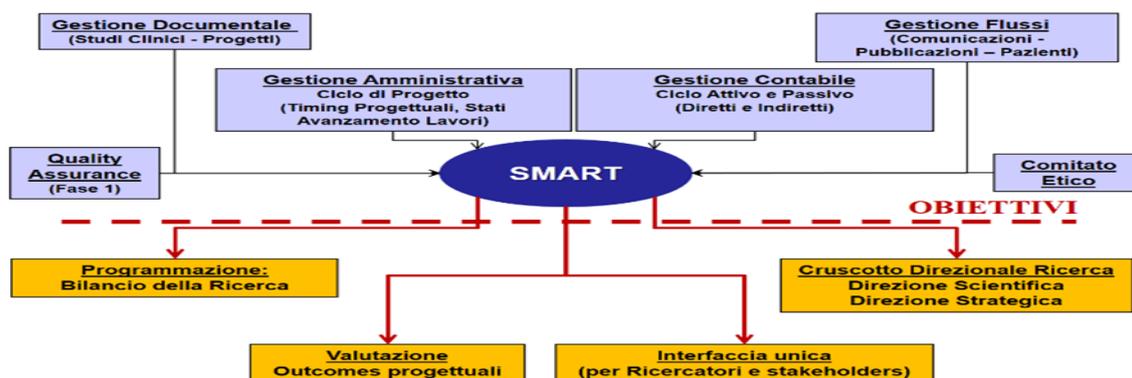
2010	34	7	41
2011	37	5	42
2012	37	2	39
2013	50	3	53
2014	58	2	60
2015	59	4	63
2016	68	11	79
2017	58	3	61
	69	8	77
Totale	540	46	586

In merito alle sperimentazioni cliniche 2007 – 2018 è da rilevarsi che il monitoraggio degli studi clinici viene effettuato principalmente tramite la piattaforma SMART (Sistema per il Monitoraggio delle Attività scientifico/amministrative della Ricerca Traslazionale) nata nell'ambito di un progetto di ricerca corrente, finanziato dal Ministero della Salute.

La piattaforma è stata progettata e realizzata allo scopo di:

- creare un database centralizzato contenente le informazioni relative alle differenti attività di ricerca (sperimentazioni cliniche, progetti di ricerca, studi osservazionali svolti in Istituto) e, per l'effetto, di valutare il trend qualitativo e quantitativo;
- costituire un network tra tutti gli operatori dell'Istituto coinvolti nella conduzione e gestione delle attività di ricerca (promotori, ricercatori interni, Direzione Scientifica, Comitato Etico, uffici amministrativi, study coordinator, servizi, ecc);
- supportare l'armonizzazione e la semplificazione delle procedure, migliorare la trasparenza e l'efficienza nel processo di valutazione e monitoraggio delle attività di ricerca, attraverso la dematerializzazione dei processi documentali e la standardizzazione dei flussi informativi;
- effettuare analisi descrittive e produrre rapporti periodici delle attività condotte in Istituto.
-

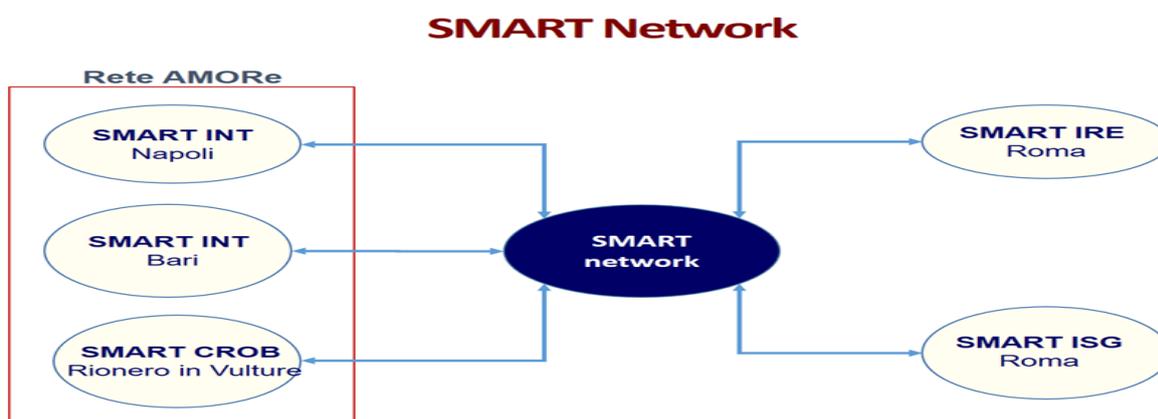
La piattaforma S.M.A.R.T



La piattaforma costituisce un sistema di gestione e monitoraggio a 360° delle attività di ricerca e rappresenta un cruscotto direzionale per le diverse attività connesse alla valutazione, programmazione e rendicontazione della ricerca. Tale sistema è un utile strumento a supporto delle attività di Quality Assurance, permettendo la condivisione ed il costante aggiornamento in merito alle procedure operative standard (SOP); inoltre, è in

fase di implementazione un'ulteriore funzionalità della stessa che permetterà la condivisione e l'interscambio delle informazioni tra tutti gli Istituti utilizzatori della piattaforma stessa.

Ad oggi la piattaforma viene utilizzata oltre che dall'Istituto, dall'Istituto Regina Elena di Roma e dagli Istituti facenti parte della Rete AMORE (IRCCS Oncologico di Bari e CROB di Rionero in Vulture). La sfida di SMART Network è quella di costituire nel prossimo futuro uno strumento che consentirà a tutti i pazienti afferenti alla rete di accedere alle migliori terapie standard e/o sperimentali disponibili non solo su base locale ma su tutto il territorio coperto dal network.



Infine la creazione del Network darà la possibilità di:

- invitare gli altri istituti a partecipare ad eventuali studi clinici promossi dagli istituti proponenti
- partnership per l'applicazione a bandi/call per il finanziamento di progetti di ricerca
- armonizzare le procedure di gestione e monitoraggio delle attività di ricerca
- condividere gli eventi formativi/informativi nell'ambito delle attività di ricerca

3.2 Mandato istituzionale e Missione

La missione dell'Istituto consiste nell'applicazione delle migliori pratiche nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali, orientata verso livelli di eccellenza coniugata con la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica e gestionale: obiettivo a cui l'Ente è preposto attraverso la precipua attuazione dei processi sanitari previsti dal Piano Sanitario Regionale e dai Decreti del Commissario ad acta per il Piano di rientro dal debito sanitario.

Pertanto, l'Istituto concorre alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Campania, missione definita come tutela globale della salute nel quadro delle risorse a tale fine destinate dalla collettività, con lo scopo di perseguire la buona qualità dell'integrazione fra le attività di assistenza, ricerca per la tutela ed il progressivo miglioramento della salute dei singoli cittadini e della collettività.

La forte integrazione della ricerca scientifica con l'assistenza garantisce, infatti, l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura altamente qualificate, pertanto, il punto di forza dell'Ente, realizzato grazie ad un continuo scambio di informazioni tra laboratorio e clinica, è la capacità di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione alle attività di diagnosi e cura.

Inoltre, l'Istituto orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto dai professionisti che operano al suo interno. Nei confronti del paziente/utente, l'Ente intende offrire prestazioni che soddisfino non solo il suo fabbisogno sanitario, ma che lo "accolgono" considerando l'interesse dei suoi bisogni. Pertanto, le attese sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche

costituiscono il sistema proprio della ricerca, dell'innovazione e qualificano le condizioni di qualità delle performance clinico assistenziali, della fruibilità ed accessibilità alle strutture, dell'integrazione tra ambiti assistenziali, ecc.

Tale sistema di attese trova, nei cittadini, i principali stakeholder mentre, le aspettative sulle condizioni sociali e di lavoro, di tutti coloro che operano nell'Ente, attribuiscono ai dipendenti la funzione di stakeholder e, nel contempo, quelle sulla semplificazione dei processi amministrativi finalizzati, a regolare i rapporti con i fornitori, fermo restando i vincoli di legalità e trasparenza a cui una qualsiasi azienda sanitaria pubblica deve attenersi, hanno come principale stakeholder i medesimi fornitori.

Il temperamento delle "differenziate aspettative", da parte dei portatori di interesse (in cui genera un sistema complesso di vincoli e opportunità all'interno del quale l'Istituto deve operare.

In tale prospettiva, un'attenta e completa informazione diventa strumentale per orientare l'utenza: a tal fine sono stati implementati strumenti di comunicazione che consentono di dare ampia diffusione alle prestazioni erogabili dall'Ente.

Difatti è stato realizzato il nuovo sito aziendale nonché il web magazine unitamente all'utilizzo della piattaforme di social network "Facebook", YouTube, Instagram, Twitter, LinkedIn, quali strumenti di informazione e "canale" di comunicazione tra i cittadini e/o pazienti e l'Ente, che assicurano la diffusione e la pubblicizzazione delle iniziative ed delle attività istituzionali.

3.3 Visione dell'Azienda e suo ruolo nella rete regionale e locale

In coerenza con il contesto di riferimento, l'Istituto individua la sua visione che si ispira ai principi sottoelencati che consentono di interpretare al meglio la missione istituzionale:

- **Centralità della persona:** l'Istituto orienta il suo operato alla centralità del paziente/utente, in quanto destinatario del servizio offerto dai professionisti che operano al suo interno.

Nei confronti dell'utente, l'Istituto intende offrire prestazioni che soddisfano non solo il suo fabbisogno sanitario ma l'interessa dei suoi bisogni (emotivi, socio culturali, psicologici ecc.).

A tal fine, l'Ente assicura un supporto psicologico a tutti i pazienti attraverso il Servizio di Psicologia Oncologica e fornisce, un concreto aiuto alle pazienti attraverso il servizio di ludoteca aziendale.

Il percorso di cd. "umanizzazione delle cure" ha trovato un ulteriore "sbocco operativo" attraverso la somministrazione a domicilio, dei farmaci biologici per il controllo dei tumori alla mammella di tipo her 2 positivo.

La centralità dell'utente non viene solo assicurata con la "completa" presa in carico del paziente ma anche attraverso la partecipazione attiva del cittadino a programmi di valutazione e controllo dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte.

L'Istituto, nel pieno rispetto della normativa vigente garantisce la partecipazione del cittadino sia in ordine all'accesso documentale, nelle forme e con le modalità previste nella l. 241/90 e s.m.i., sia con riferimento a quanto statuito dal D.Lgs. 33/2013 ss.mm.ii., ai sensi dell'art. 5 e 5 bis.

In merito ai professionisti, l'Istituto si prefigge di valorizzarne il contributo assicurando condizioni di pari opportunità tra uomini e donne anche attraverso la costituzione del Comitato Unico di Garanzia. Tale obiettivo è assicurato dall'Istituto anche attraverso la costituzione di specifici Comitati Paritetici, come previsto dai vigenti CC.NN.LL.

- **Governo Clinico:** l'Istituto ha inteso sviluppare la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali attraverso l'analisi ed il continuo miglioramento delle condizioni cliniche che organizzative. Difatti, l'integrazione virtuosa tra ricerca ed assistenza consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza

medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali viene inserito il paziente. Tale sinergia consente, infatti, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate con riferimento al processo evolutivo dei bisogni non solo in *stricto sensu* "di salute" ma anche di carattere socio culturale e psicologico e, pertanto, il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca ed assistenza rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

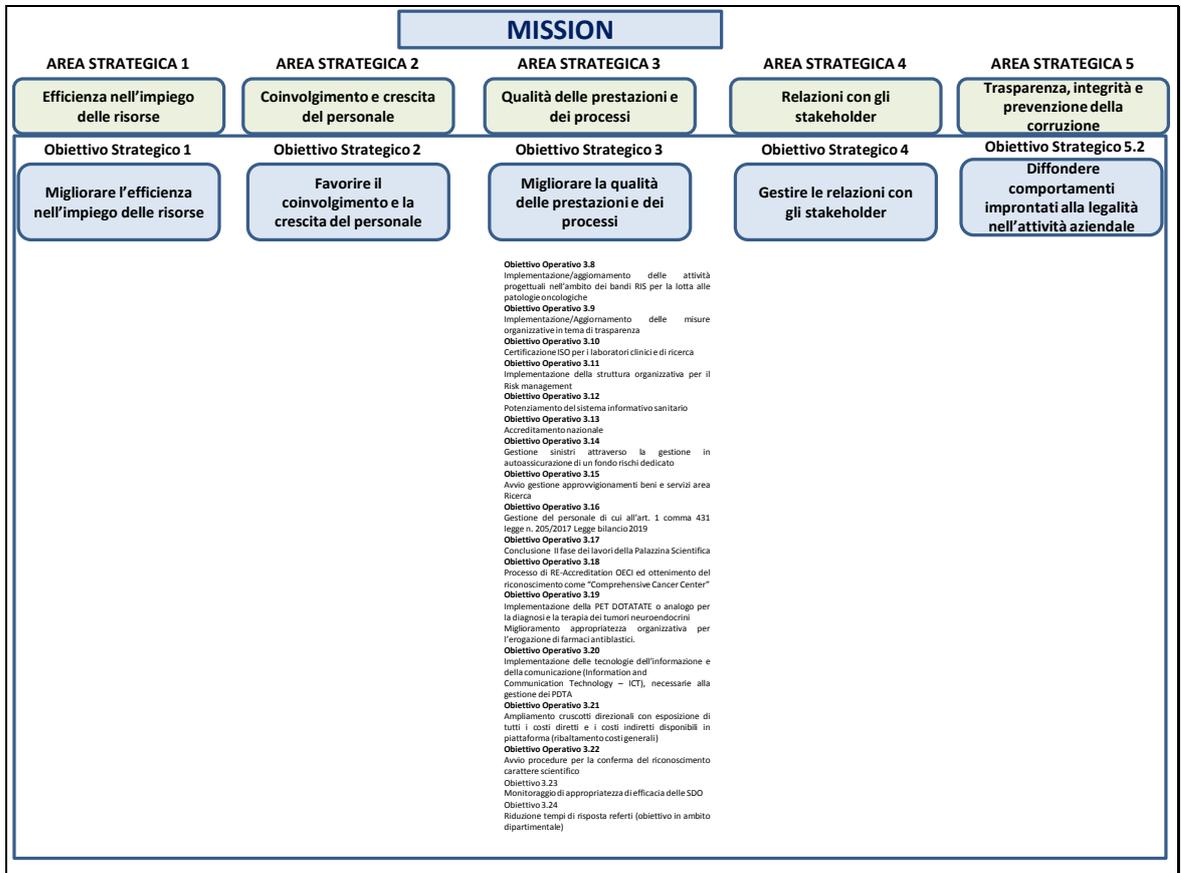
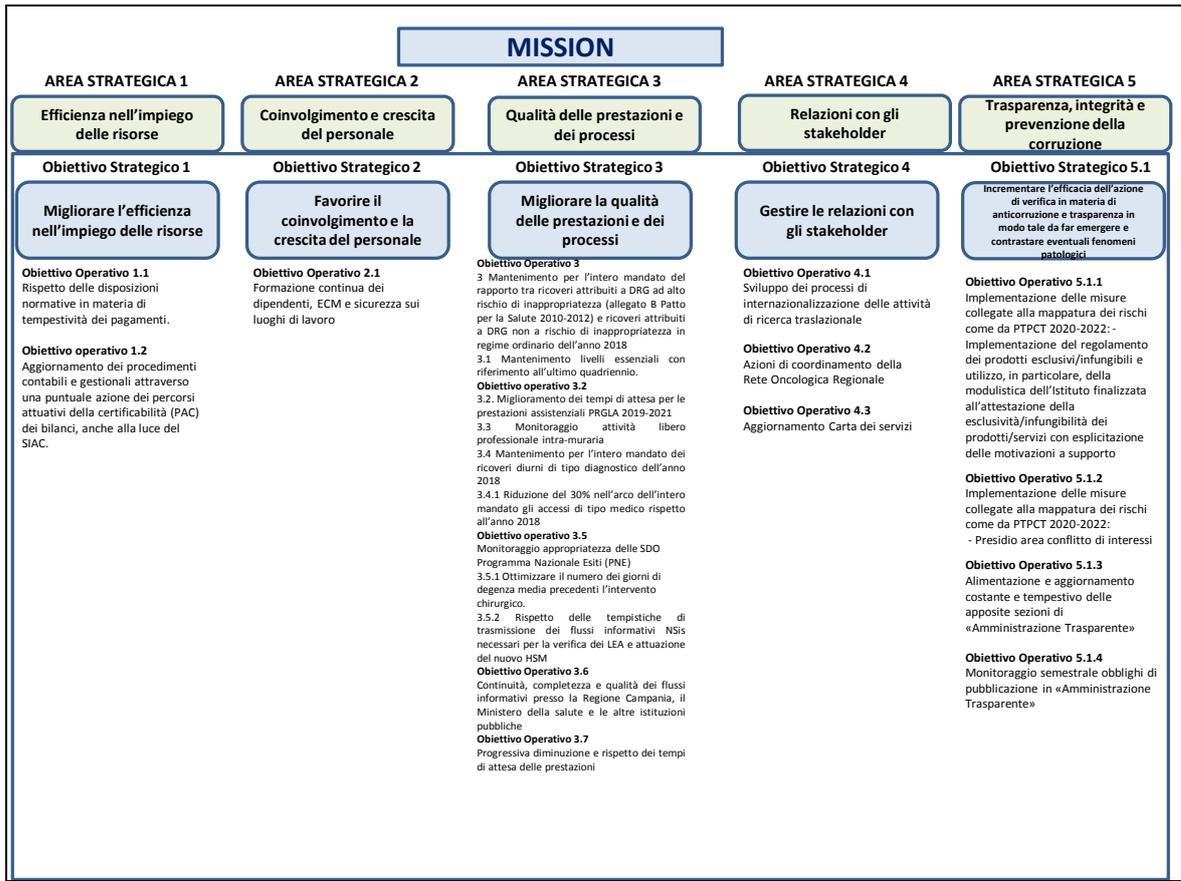
• **Equilibrio di bilancio:** l'obiettivo dell'equilibrio dinamico di bilancio impone all'Istituto la continua ricerca di condizioni di efficienza e di efficacia sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi. L'operare all'interno del Sistema Sanitario Regionale, in collaborazione con altre Aziende sanitarie ed attori istituzionali impone il rispetto di vincoli di sistema di natura economica e finanziaria. Le scelte compiute dall'Ente sono e dovranno essere realizzate nel rispetto di tali vincoli, allo scopo di preservare condizioni di equilibrio del sistema aziendale e di contribuire a quello più generale della Regione Campania.

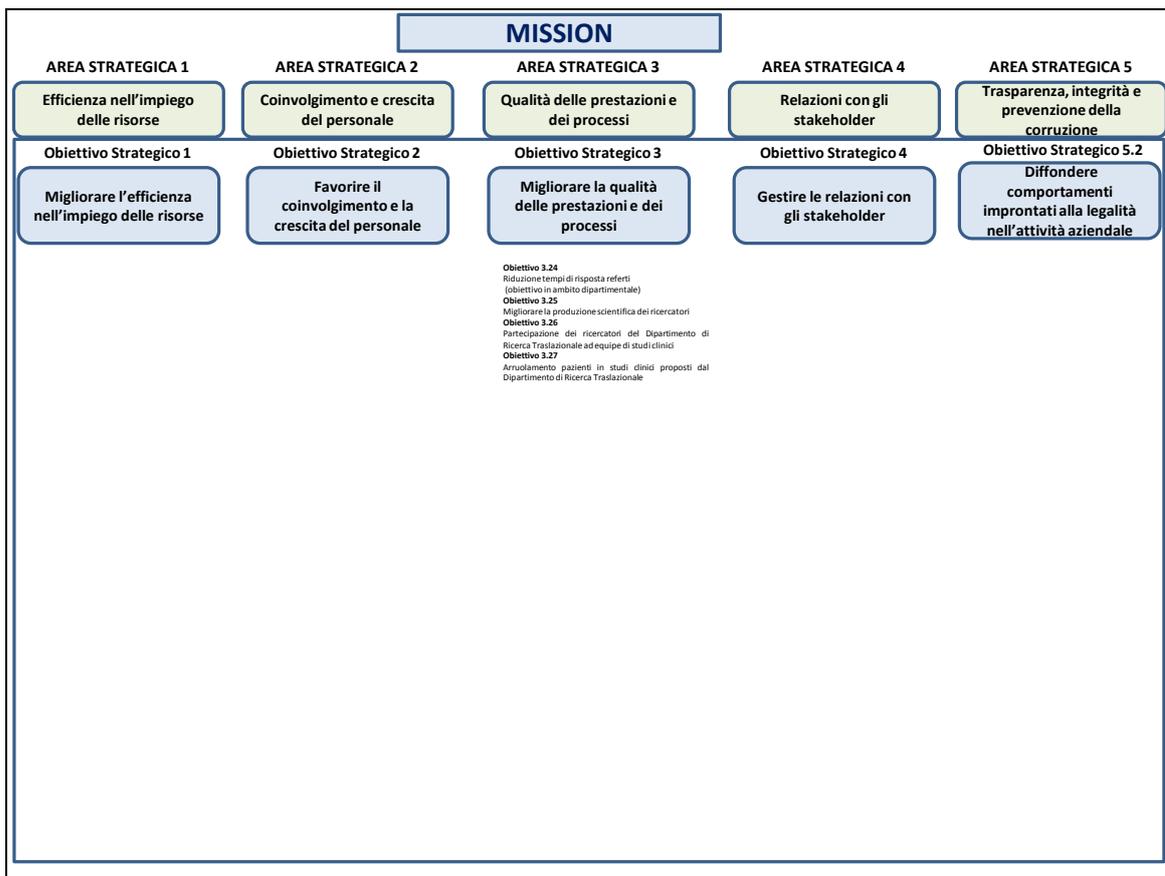
3.4 Albero della performance

L'albero della performance costituisce una rappresentazione grafica finalizzata ad evidenziare i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche ed obiettivi operativi, delineati e programmati dall'Ente. La struttura dell'albero descrive e contribuisce, nell'ambito della programmazione aziendale, alla realizzazione del mandato istituzionale; infatti, il sistema piramidale, in cui si concretizza, integra i modelli di pianificazione, programmazione e di controllo gestionale.

Ai fini dell'elaborazione dell'albero della performance, l'Istituto ha acquisito il DCA nr. 103 del 28/12/2018 "Piano regionale della Programmazione delle rete ospedaliera ai sensi del D.M. 40/2015- aggiornamento dicembre 2018", il Protocollo di intesa IRCCS Pascale e Regione Campania, il DCA nr. 98 del 20/09/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana" ed il Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano, unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria,.

Unitamente alle predette disposizioni normative vanno considerate le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno che, tradotte in obiettivi strategici, a loro volta sono declinate in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale.





4 Analisi del Contesto

4.1 Analisi del Contesto Esterno

L'Atto di indirizzo del Ministero della Salute configura il Servizio Sanitario Nazionale italiano, istituito a far data dal 1978, uno dei primi in Europa e, stante i principi ad esso sottesi, esso si configura quale esempio e modello di civiltà da salvaguardare, sempre e in ogni modo.

I risultati dell'Italia nell'ambito della sanità si collocano generalmente al di sopra della media dell'Unione Europea e il sistema sanitario italiano presenta un buon rapporto costi/efficacia.

Nonostante tale risultato, il Ministero della Salute ravvisa la necessità di un intervento ai fini dell'efficientamento dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi, di una maggiore appropriatezza dei setting assistenziali, di potenziamento dell'Information and Communications Technology (ICT) in sanità e della definizione di nuove modalità di pricing dei farmaci innovativi.

In tale prospettiva, il sistema sanitario deve rappresentare un investimento, e non solo un costo, e quindi come uno strumento finalizzato sia alla produzione di ricchezza sia alla promozione del benessere sociale nonché allo sviluppo del paese. Pertanto, poiché la promozione della salute rappresenta un fattore determinante per la qualità della vita della persona e per la sostenibilità del sistema sanitario, occorrerà coniugare, contemporaneamente, diversi elementi al fine di qualificare i processi di erogazione dei servizi sanitari.

Si tratta, in particolare, di garantire la sicurezza collettiva (dell'alimentazione e della ristorazione collettiva, della prevenzione e protezione dei bambini dalle malattie infettive ecc....), di promuovere la diagnosi precoce, la cura e riabilitazione.

Al fine di conseguire gli obiettivi prefissati occorre, da un lato, migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi e, dall'altro, potenziare il ruolo di indirizzo e controllo a livello centrale anche per consentire un monitoraggio continuo delle attività in corso, quali quelle previste dal Patto per la Salute, i nuovi Livelli essenziali di assistenza, il Piano Nazionale Anticorruzione, il Piano cronicità, il riordino della rete ospedaliera, lo sblocco delle assunzioni, la centralizzazione degli acquisti e la scomparsa della politica fondata sui tagli lineari.

In tale prospettiva, si inquadrano le principali macro-aree nelle quali si inseriscono gli obiettivi strategici della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli:

1. prevenzione;
2. comunicazione;
3. politiche in materia di ricerca sanitaria;
4. politiche sanitarie internazionali;
5. promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria;
6. sistema informativo e statistico sanitario;
7. dispositivi medici, stupefacenti e altri prodotti di interesse sanitario;
8. promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
9. politiche per l'efficienza gestionale.

A livello regionale, si perseguono obiettivi di recepimento delle linee guida nazionali e, nel contempo, continua il processo di efficientamento e miglioramento organizzativo e amministrativo-contabile.

PANDEMIA E L'IRCCS PASCALE

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la grave crisi epidemiologica quale emergenza sanitaria di interesse internazionale. Immediatamente il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio u.s., tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

Nell'ambito di tale situazione emergenziale, l'Istituto è stato in prima linea nell'attività di ricerca.

Di fatti l'AIFA ha autorizzato lo studio del TOCIVID-19 farmaco, approvato per l'artrite reumatoide, che da un'intuizione del dr. Paolo Ascierto e del dr. Franco Maria Buonaguro, rispettivamente, direttori dell'UU.OO.CC. Immunologia Clinica e Biologia Molecolare ed Oncogenesi Virale, e di taluni medici cinesi, ha implementato l'utilizzazione del farmaco per il contenimento delle complicanze respiratorie derivanti dall'infezione COVID-19.

La forza di tale intuizione, derivata dalla multidisciplinarietà di tutto il gruppo dell'Istituto e dall'interazione di competenze diverse che ha permesso di elaborare idee che sarebbe stato difficile acquisire soltanto attraverso la singola specializzazione, ha determinato che lo studio è stato oggetto di un protocollo sperimentale approvato dall'AIFA.

Infatti, attraverso la collaborazione tra diverse istituzioni pubbliche (Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l'IRCCS di Reggio Emilia e con la Commissione Tecnico Scientifica di AIFA) lo studio è stato finalizzato a valutare l'impatto del farmaco sopra citato per contrastare i gravi effetti derivanti dall'emergenza epidemiologica.

A tale studio partecipano tutti i centri clinici che ne faranno domanda e sarà gestito dalla piattaforma web del promotore (l'Istituto Pascale di Napoli); piattaforma che da anni viene utilizzata presso l'Unità Sperimentazioni Cliniche per la conduzione di studi clinici internazionali in oncologia.

Lo studio è finalizzato alla produzione:

- di dati scientificamente validi sul trattamento;
- utilizzazione del farmaco al fine delineare un nuovo percorso che consenta di tracciare tutti i trattamenti e valutarne in maniera sistematica l'impatto terapeutico; esso è strettamente monitorato da un comitato di clinici e metodologi indipendenti che potranno verificare l'andamento dei risultati e valutarne la rilevanza.

Lo studio si è articolato su due gruppi di pazienti, ma il trattamento sarà uguale per tutti.

Il primo gruppo (studio di fase 2) verificherà una ipotesi di riduzione della mortalità a un mese. Saranno trattati 330 pazienti ricoverati per polmonite da COVID-19 che mostrino i primi segni di insufficienza respiratoria o che siano stati intubati entro le ultime 24 ore.

Il secondo gruppo (raccolta dati o studio osservazionale) è stato concepito con l'obiettivo di migliorare le modalità di gestione dell'emergenza in corso ed includerà i pazienti già intubati (da oltre 24 ore) e i pazienti che siano già stati trattati prima della registrazione .

4.2 Analisi del contesto interno

4.2.1 Organizzazione

Il paradigma normativo rende particolarmente impegnativo il disegno dell'articolazione funzionale, in quanto non si presta ad inquadramenti o incasellamenti secondo schemi preordinati e tipici ma impone invece, di volta in volta, traiettorie di innovazione gestionale e organizzativa in coerenza con il mutare degli scenari di contesto: dalla transizione epidemiologica al cambiamento della traccia istituzionale, dalla evoluzione della domanda di salute ai conseguenti e continui riasseti dei livelli di ricerca e dei setting assistenziali.

Ebbene, l'istituto è una realtà peculiare nel panorama assistenziale oncologico in quanto convogliando l'attività di ricerca ed assistenziale ne amplifica gli effetti trasferisce i protocolli e le modalità di trattamento più evolute, dalla ricerca alla pratica clinica. Inoltre, l'Ente rappresenta il centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura delle patologie neoplastiche, riconosciuto come CORP/CORPUS nella rete oncologica della Regione Campania.

Il modello di riorganizzazione proposto si fonda su questi principi e se ne fa interprete, suggellando, da un lato, la inscindibilità formale e sostanziale delle componenti della ricerca e della clinica attraverso l'incardinamento nei dipartimenti delle strutture più direttamente orientate alla ricerca, presidiando, dall'altro, la funzione di Istituto che può far cura solo attraverso la ricerca. Pertanto, nella definizione delle strutture organizzative sono utilizzati i parametri di seguito indicati:

1. indicazioni normative e disposizioni amministrative nazionali e regionali
2. livello di specializzazione già presente nella struttura o previsto negli atti di programmazione regionale
3. unicità e/o valenza strategica aziendale
4. complessità dell'articolazione interna e numero di posti letto
5. volumi di attività, andamento dei tassi di occupazione, case-mix, indice di complessità, il peso totale e peso medio dei DRG, ricoveri ripetuti, ricoveri anomali, indice operatorio
6. consistenza, tipologia e adeguatezza delle risorse strumentali e loro grado di utilizzazione
7. consistenza delle risorse umane e tecnico-professionali
8. rispondenza ai bisogni di salute della popolazione.

Tale modello organizzativo ha il compito di rendere operative la mission e la visione strategica dell'Istituto, conformemente al suo ruolo di CORP/CORPUS nel DCA 98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana".

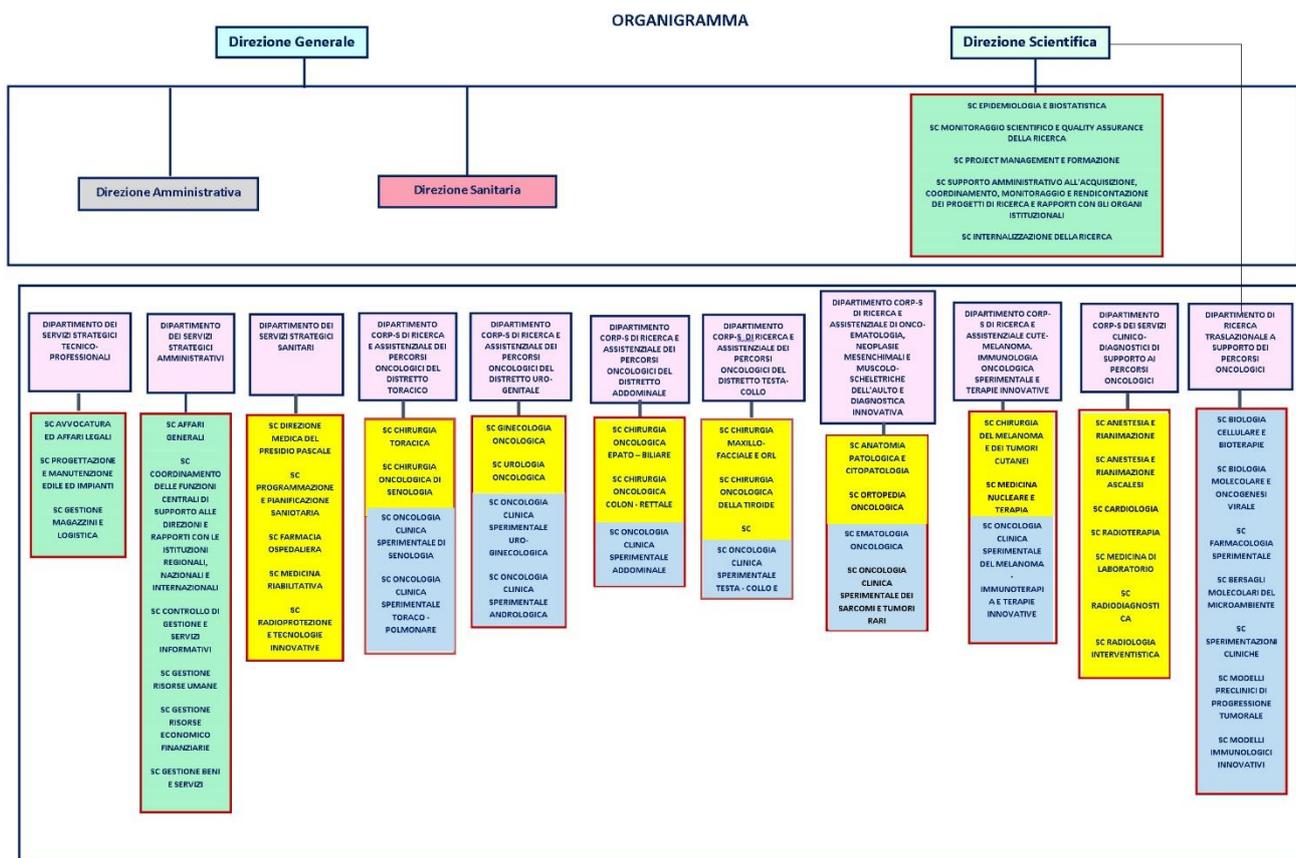
Difatti, le Strutture dell'Istituto sono le seguenti:

- CORP-S/Dipartimenti
- Dipartimenti
- Unità Operative Complesse
- Unità Operative Semplici e le Unità Operative Semplici Dipartimentali

Si riportano di seguito le strutture dipartimentali

- Dipartimento dei servizi strategici tecnico-professionali;
- Dipartimento dei Servizi strategici amministrativi;
- Dipartimento dei servizi strategici sanitari;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale dei percorsi oncologici del distretto toracico;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale dei percorsi oncologici del distretto uro-genitale;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale dei percorsi oncologici del distretto addominale;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale dei percorsi oncologici del distretto testa-collo;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale di onco-ematologia, neoplasie mesenchimali e muscolo scheletriche dell'adulto e diagnostica innovativa;
- Dipartimento CORP-S di ricerca ed assistenziale cute e Melanoma- Immunologia oncologica- Sperimentale e terapie Innovative;
- Dipartimento dei Servizi Clinico-Diagnostici di supporto ai percorsi oncologici
- Dipartimento di ricerca traslazionale a supporto dei percorsi oncologici.

Nella Figura seguente è rappresentato l'organigramma dell'Istituto.



4.2.2 Risorse umane

Per l'espletamento delle proprie attività, l'Istituto si avvale di personale dipendente e di collaboratori a progetto. Nella figura seguente, si rappresenta la distribuzione del personale dipendente nell'anno 2019

Distribuzione del personale	Anno 2019
DIRIGENTI	
Dirigenti Medici	191
Dirigenti Sanitari	40
Dirigenti Amministrativi	13
Dirigenti Professionali	3
Dirigenti Tecnici	3
Totale Dirigenti	250
Comparto	
Comparto sanitario	437

Comparto Amministrativo	67
Comparto Professionale	0
Comparto tecnico	26
Totale Comparto	530
Totale Generale	780

Distribuzione del personale- anno 2019

Inoltre, l'Istituto si avvale anche di professionalità esterne acquisite, tramite procedure ad evidenza pubblica, con l'utilizzo di fondi destinati alla ricerca.

Inoltre, in merito all'emergenza sanitaria dettata dalla diffusione del virus SARS COV-2, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione della grave emergenza sanitaria, l'Istituto, come da Direttiva regionale nr. 157368/2020 ha implementato le seguenti procedure:

N. delibera	Data delibera	Descrizione	Unità Durata	Durata in mesi
196 215	18/03/2020 24/03/2020	Dirigenti medici con specializzazione in Oncologia	10	12
190 214	18/03/2020 24/03/2020	Dirigenti medici con specializzazione in Cardiologia	2	12
193 233	18/03/2020 24/03/2020	Dirigenti sanitario biologo con specializzazione in Microbiologia e Virologia	1	12
197 232	18/03/2020 24/03/2020	Dirigenti medici con specializzazione in radioterapia	3	12
195 231	18/03/2020 24/03/2020	Dirigenti medici con specializzazione in radiodiagnostica	3	12
191 230	18/03/2020 24/03/2020	Dirigente medico con specializzazione in Pneumologia	1	12
192 229	18/03/2020 24/03/2020	Dirigente medico con specializzazione in Anestesia e Rianimazione	5	12
261	31/03/2020	Collaboratori professionali sanitari- infermieri	25	12
262	31/03/2020	Collaboratori professionali sanitari- tecnici sanitari di radiologia medica	5	12
263	31/03/2020	Collaboratori professionali sanitari- tecnici sanitari di laboratorio biomedico	6	12
225	24/03/2020	Dirigenti medici con specializzazione in Chirurgia Maxillo-facciale	2	12
403	27/04/2020	Dirigente medico con specializzazione in Chirurgia Generale per Chirurgia Oncologica della Tiroide	1	12
Prop.1018	24 aprile 2020	Dirigente medico con specializzazione in Medicina Nucleare	1	12
300	07/04/2020	Dirigente medicina con specializzazione in Medicina Nucleare	1	12
958	04/12/2019	Immissione in servizio di 25 OSS- convenzione ASL Na 2 Nord	25	12

327	09/04/2020	2 medici specializzandi in Oncologia per la SC melanoma	2	6
-----	------------	--	---	---

4.2.3. Risorse Economiche

Nell'ambito delle funzioni di programmazione e pianificazione svolte dall'Istituto, la previsione 2020 è stata finalizzata in coerenza degli indirizzi regionali definiti sia nel riparto del fondo sanitario sia, soprattutto nel Protocollo di intesa coordinato con il Piano di efficientamento in essere.

Il budget di previsione adottato dall'Istituto è stato formulato secondo le indicazioni della Circolare nr. 34 del 19/12/2019 del MEF, dei criteri volti al contenimento della spesa pubblica sia di quelle introdotte dalle altre disposizioni normative vigenti e riepilogate nel quadro sinottico di cui alla circolare in parola.

E' chiaro che l'istituto, nel rispetto delle esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica, deve assicurare un costante miglioramento dell'assistenza, della ricerca e dell'attività didattica in quanto rappresenta un importante elemento del SSN, in particolare del SSR della Campania. Pertanto, in ragione dei contemperamento dei contrapposti interessi, l'istituto deve garantire un equilibrio economico finanziario rispetto ad un'area di attività, quella assistenziale, che è strettamente collegata alle attese di governo regionale ed è intrinsecamente funzionale all'attività di ricerca. Tale equilibrio è garantito solo attraverso un sistema coerente tra il trend dei costi aziendali e le logiche di finanziamento nonché di valorizzazione. L'Istituto ha costruito il budget di previsione per l'anno 2020, sulla base degli indirizzi e degli obiettivi regionali in materia di assistenza sanitaria (ponderando il potenziale assistenziale e, quindi, le risorse a disposizione per l'erogazione di assistenza con la "capacità erogativa assistenziale") e di ricerca scientifica.

Difatti, con Protocollo d'Intesa, giusta DGRC 832/2016 ha previsto un finanziamento a favore dell'Istituto remunerativo:

- delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
- delle funzioni di base;
- del File F;
- della ricerca assistenziale e traslazionale (24 milioni).

All'esito della stipula del Protocollo, è stato finalizzato Piano di Organizzazione e Sviluppo dell'Istituto, denominato "Atto Aziendale", oggetto della delibera del Direttore Generale n. 91 del 06.02.2017 e successivamente innovato nei contenuti, anche in relazione all'annessione P.O. Ascalesi che, salvaguardando il consolidato e attuale approccio multidisciplinare al tumore d'organo, ha voluto potenziare il nuovo orientamento diretto a valutare le modifiche genetiche, proteiche ed immunologiche coinvolte nella patogenesi e progressione delle neoplasie, attraverso una più diretta integrazione della ricerca nei percorsi diagnostico-terapeutici.

Va ricordato, inoltre, che la Regione Campania, con DCA n. 102/2016, ha individuato l'Istituto Pascale tra gli enti da sottoporre ai piani di Efficientamento e di Riqualficazione, di cui all'art. 1, comma 528, della legge 208/2015.

Il Piano di efficientamento e di riqualficazione è un documento triennale finalizzato alla individuazione di manovre strategiche per il conseguimento degli obiettivi di rientro dal disavanzo, ai sensi della Legge 28 dicembre 2015 n. 208, la quale prevede, all'art. 1 comma 528, che gli enti individuati ai sensi dei commi 524 e 525 presentano alla Regione "il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati".

Le determinanti dell'ingresso nei piani di cui al suddetto articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono dunque state individuate nella presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

La Regione Campania, con DCA n. 102/2016, ha individuato l'Istituto Pascale tra gli enti da sottoporre ai Piani di cui al citato art. 1, comma 528, della legge 208/2015, limitatamente allo scostamento tra costi e ricavi.

Ciò è avvenuto nonostante il pressoché costante auto-finanziamento economico, in essere già da anni, solo per aver dovuto rilevare, nel bilancio 2015, il rimborso dei farmaci oncologici ad una percentuale del 70% (rispetto a quella prevista del 90) e aver contestualmente avuto dalla Regione un finanziamento compensativo, che, rilevato alla voce AA0030 del Conto Economico, ha di fatto portato l'Istituto in Piano di Efficiamento, secondo il tecnicismo ministeriale.

Avendo l'Istituto stipulato il predetto Protocollo d'Intesa con la Regione Campania, che rappresenta la formalizzazione dell'impegno dell'Istituto nei confronti della Regione medesima, in termini di attività assistenziale da rendere così come sancito dall'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92, dalla L.R. Campania n. 32/94 e dall'art. 10 c. 2 del D. Lgs. 288/2003 (di riordino degli IRCCS), gli atti di programmazione economica finanziaria sono basati, oltre che sul rispetto delle indicazioni della Circolare n. 34-2019 del MEF, sul coordinamento degli obiettivi di rientro dal disavanzo previsti dal Piano di Efficiamento con gli obiettivi previsti dal citato Protocollo di Intesa.

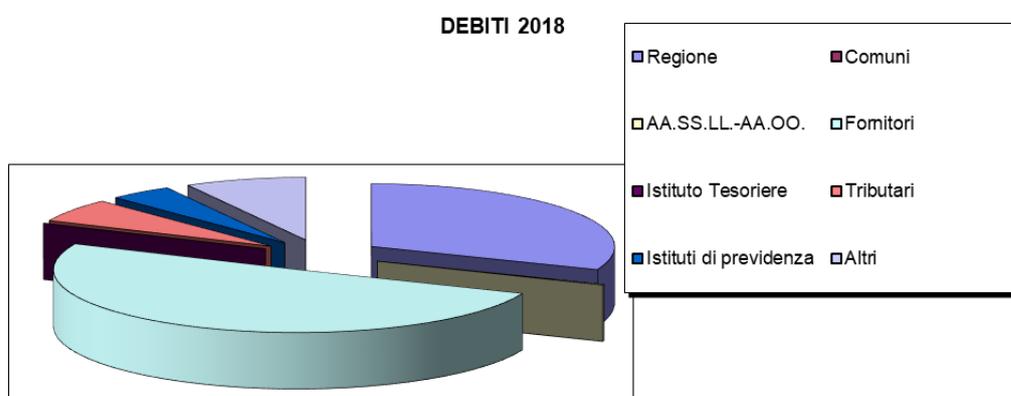
Conformemente a tale programmazione aziendale e ed in continuità con quanto delineato con delibera del Direttore Generale n.674 del 28 settembre 2017, è stata finalizzata la prevista ricognizione straordinaria di tutte le partecipazioni detenute direttamente o indirettamente dall'Istituto individuando, per l'effetto, quelle che ai sensi del citato Testo Unico devono essere alienate, ovvero oggetto di misure di razionalizzazione ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 19 agosto 2016 n.175 (Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica), come novellato dal D.Lgs. 16 giugno 2017 n. 100. Inoltre, ai sensi poi dell'art.20 comma 1 del citato D.Lgs. 19 agosto 2016 n.175, con delibera del Direttore Generale n.315 del 12 aprile 2019, è stata parimenti finalizzata dall'Istituto la revisione periodica di tutte le partecipazioni detenute alla data del 31 dicembre 2017, con i connessi adempimenti di comunicazione eseguiti direttamente tramite l'applicativo "Partecipazioni" del portale Tesoro <https://portaletesoro.mef.gov.it>

Di seguito, si descrive lo stato delle dieci partecipate:

	Costo (A)	Quota posseduta	Risultato di esercizio 2018 (B)	Patrimonio netto 2018 (C)
Alleanza contro il cancro	25.000		112.482	2.518.218
eHealthNet S.c.a r.l.	3.600	3,00%	389	127.256
Hepatopharma S.r.l.	1.800	6,00%	9.330	265.631
Fic-Htmd S.r.l.	1.000	5,00%	-406	193.270
DFM - Diagnostica e Farmaceutica Molecolari S.c.a r.l.	18.000	6,00%	-84.798	42.470
Cerict S.c.a r.l.	1.650	1,10%	10.717	195.522
Bioricerche 2010 S.c.a r.l.	6.720	24,00%	Bilancio in fase di predisposizione	
A.M.O.Re.	33.000	33,00%	Dati non ancora ricevuti alla data di redazione del presente documento	
Bioteknet S.c.p.a.	17.500	2,50%	Dati non ancora ricevuti alla data di redazione del presente documento	
Co.Me.C. S.c.a r.l.	8.750	25,00%	Dati non ancora ricevuti alla data di redazione del presente documento	
Totale	117.020			

In merito all'Alleanza contro il Cancro, si rileva ai fini della completezza dei dati inseriti la quota posseduta è pari al 4,73%.

Accanto a quelle sopra descritte, è da segnalare la partecipazione dell'Istituto alla Fondazione Melanoma O.n.l.u.s. (Delibera 680 del 23.10.2007), avente sede presso l'Istituto stesso, la cui costituzione è stata promossa insieme con il Dott. Paolo Ascierio (Direttore S.C.Oncologia Medica Melanoma Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative) e con la Seconda Università di Napoli, ora Università "Luigi Vanvitelli", in merito alla quale l'IRCCS Pascale e la SUN hanno contribuito al fondo di dotazione con l'importo simbolico di € 1 ciascuno. Analogamente, va ricordata la partecipazione al Consorzio Italtotec, al quale l'Istituto ha aderito nella qualità di consorziato ordinario (adesione formalizzata con Delibera del Direttore Generale n.296 del 29 marzo 2013), senza versare alcun contributo, dato che, ai sensi dell'art.6 dello Statuto, la partecipazione si concretizza esclusivamente con apporti di prestazioni di opera scientifica.



5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi 2020-2022 sono stati definiti dalla Direzione Strategica sulla base di quelli triennali assegnati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica nonché di quelli regionali assegnati al Direttore Generale (D.G.R.C. n. 377 del 06/08/2019 pubblicata sul BURC nr. 48 del 09/08/2019) e stabilendo ulteriori obiettivi, anche con riferimento alle azioni contenute nel vigente Piano triennale della prevenzione della corruzione e della Trasparenza dell'Istituto.

Le Aree e gli obiettivi strategici sono quelli definiti ai sensi di quanto statuito dall'art. 8 del D.lgs. 150/2009 ss.mm.ii. mentre, per l'area strategica relativa alla trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione per la quale sono stati individuati due obiettivi strategici.

Inoltre, in ottemperanza alla circolare DFP 0080611 -P del 30/12/2019 finalizzata a dare concreta attuazione a quanto statuito dall'art. 8, comma 1, lett. d ed f) del citato decreto, il Dipartimento della Funzione pubblica ha individuato indicatori comuni a tutte le PP.AA., l'Istituto sta valutando la fattibilità interna nell'ambito del proprio piano della performance a decorrere dal ciclo 2020-2022 in quanto utili ai fini della misurazione della performance organizzativa complessiva delle amministrazioni pubbliche.

Le aree e gli obiettivi strategici sono quelli definiti sulla base degli ambiti di misurazione della performance organizzativa (art. 8 del decreto) negli Allegati Tecnici in cui sono riportati anche gli obiettivi da perseguire direttamente a cura della Direzione Strategica.

Area Strategica 1 – Efficienza nell’impiego delle risorse (contenimento e riduzione dei costi; ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi)- (D.Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera f);

Obiettivo strategico 1: Migliorare l’efficienza nell’impiego delle risorse

Area Strategica 2 – Coinvolgimento e crescita del personale (qualità dell’organizzazione, delle competenze professionali e della capacità di attuazione di piani e programmi, obiettivi di promozione delle pari opportunità) (D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera b) d) ed h)

Obiettivo strategico 2: Favorire il coinvolgimento e la crescita del personale

Area Strategica 3 – **Qualità delle prestazioni e dei processi** (qualità e quantità delle prestazioni erogate, razionalizzazione e sviluppo attività e processi gestionali, sanitari e di ricerca)-(D. Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera g)

Obiettivo strategico 3: Migliorare la qualità delle prestazioni e dei processi

Area Strategica 4 – **Relazioni con gli stakeholder** (pazienti, cittadini, soggetti interessati, utenti, destinatari dei servizi, comunità scientifica, altri IRCCS ecc.) (D.Lgs. n. 150/2009 art.8 comma 1 lettera a) c) ed e)

Obiettivo strategico 4: Gestire le relazioni con gli stakeholder

Area Strategica 5 – **Trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione** (trasparenza; prevenzione della corruzione) (D.Lgs. n. 33/2013 art.10 comma 3) .

Obiettivo strategico 5.1: Incrementare l’efficacia dell’azione di verifica in materia di anticorruzione e trasparenza in modo tale da far emergere e contrastare eventuali fenomeni patologici

Obiettivo strategico 5.2: Diffondere comportamenti improntati alla legalità nell’attività aziendale

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Ogni obiettivo strategico è articolato in uno o più obiettivi operativi, per ognuno dei quali è individuata la struttura organizzativa assegnataria, l’indicatore e il relativo valore atteso, nonché l’orientamento temporale.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

Il processo di definizione degli obiettivi, indicatori e valori attesi si basa sugli obiettivi regionali, assegnati al Direttore Generale, e gli obiettivi triennali assegnati alla Direzione Strategica dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

La Direzione Strategica, individuati eventuali ulteriori obiettivi, assegna gli obiettivi operativi alle Strutture le quali, al loro interno, procedono all’assegnazione degli obiettivi individuali.

I principali attori del processo sono, pertanto, il Consiglio di Indirizzo e Verifica, la Direzione Strategica e il Collegio di Direzione. Inoltre, ai sensi della normativa in materia, assumono un ruolo importante le funzioni relative alla performance, alla qualità, alla trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione nonché quella economico-finanziaria.

Tale processo si inserisce nel contesto metodologico, definito negli anni scorsi, il quale prevede la definizione di cinque aree strategiche, per ognuna delle quali è previsto un obiettivo strategico, tranne che per l’area relativa alla trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione per la quale sono stati previsti due obiettivi strategici.

7.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

Il corretto funzionamento del ciclo di gestione della performance si basa, soprattutto, sul grado di integrazione tra i processi, gli attori e gli strumenti di programmazione, misurazione e rendicontazione. Nel corso degli anni, l'Istituto ha potenziato tali sinergie, con particolare riferimento all'integrazione tra performance, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.

Il miglioramento dell'integrazione con l'ambito relativo alle pari opportunità, per il tramite del Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), rappresenterà una importante azione di miglioramento del ciclo in argomento. Va da sé che un'ulteriore azione di potenziamento del ciclo di gestione della performance è rappresentata dall'informatizzazione dell'intero processo, dalla definizione degli obiettivi fino alla misurazione e rendicontazione della performance.

8. ALLEGATI TECNICI

Attraverso una chiara e sintetica rappresentazione degli obiettivi, l'Istituto ha tradotto negli allegati (1 e 2) quanto oggetto di programmazione e rubricati:

8.1 Allegato Tecnico 1 Obiettivi Operativi per Area Strategica-

8.2 Allegato Tecnico 2 Obiettivi Operativi per Area Organizzativa.



**“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI**

Deliberazione N. 598 del 05/06/2020

PROPONENTE: Direzione Amministrativa

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE E OBIETTIVI OPERATIVI 2020-2022. Aggiornamento anno 2020.

In pubblicazione dal 08/06/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

S.C. Affari Generali

Direttore

Elenco firmatari

Elisa Regina - S.C. Affari Generali

Sergio Russo - Direzione Amministrativa

Sergio Russo - Direttore Amministrativo

Gerardo Botti - Direttore Scientifico

Leonardo Miscio - Direttore Sanitario

Attilio Bianchi - Direttore Generale