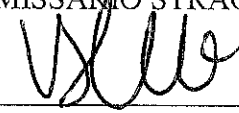


<b>DELIBERAZIONE N.</b> <u>233</u> <b>DEL</b> <u>14 APR. 2015</u>	
<b>Oggetto:</b> Adozione del Piano Strategico 2014-2016 degli Istituti IFO (IRCCS Regina Elena ed IRCCS San Gallicano).	
Esercizio _____ Conto _____ Sottoconto n. _____ Centro di costo: Budget - <b>assegnato:</b> €..... - <b>utilizzato:</b> €..... - <b>presente atto</b> €..... - <b>Residuo :</b> €..... Scostamento budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Servizio Risorse Economiche <u>Chiusa 16/04/2015</u>	<b>IL COMMISSARIO STRAORDINARIO</b>  _____ Dott. Valerio Fabio Alberti
<b>PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</b> <u>Favorevole</u> _____ Data <u>14/4/2015</u> _____ <b>IL DIRETTORE SANITARIO</b>	<b>PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b> <u>Favorevole</u> _____ Data <u>14/4/2015</u> _____ <b>IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>
Parere del Direttore Scientifico <u>Favorevole</u> data <u>14/4/15</u> Firma <u>[Signature]</u>	
Parere del Direttore Scientifico <u>Favorevole</u> data <u>14/4/2015</u> Firma <u>[Signature]</u>	
La presente deliberazione si compone di n° _____ pagine di cui n° _____ pagine di allegati che ne formano parte integrante e sostanziale.	



segue deliberazione n° 233 del 14 APR. 2015

*Il Commissario Straordinario*

- Visto il D.L.vo del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Visto il D.L.vo del 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la L.R. del 23 gennaio 2006, n. 2;
- In virtù dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n.T00237 del 25 luglio 2014;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 158 del 1° aprile 2014 con la quale è stato disposto il commissariamento dell'IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma "IFO" che terminerà con la nomina del nuovo vertice dell'Istituto;
- Vista la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 159 del 1° aprile 2014 con la quale è stato disposto il commissariamento dell'IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" che terminerà con la nomina del nuovo vertice dell'Istituto;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00247 del 25 luglio 2014, "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00251 del 30 luglio 2014, "Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00259 del 6 agosto 2014, "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00331 del 15 ottobre 2014, "Differimento dei termini previsti dal DCA n. U00251/14 e dal DCA n. U00259/14 per la presentazione, da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale";
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00368 del 31 ottobre 2014 "Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Lazio";



segue deliberazione n° 233 del 14 APR. 2015

- Richiamata in particolare l'Azione 3.2.1. (Riorganizzazione della rete ospedaliera) del predetto DCA n. U00247/2014 laddove prevede l'accorpamento fra IRCCS Lazzaro Spallanzani e IRCCS IRE-ISG, con la conseguenza che per i due Istituti viene prevista un'unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa, lasciando separate le Direzioni Scientifiche ai fini del mantenimento della specificità degli stessi;
- Considerato che la esplicitazione delle principali misure di riorganizzazione e razionalizzazione del SSR per gli anni 2013-2015 è contenuta nei Programmi Operativi;
- che gli strumenti per l'attuazione di tali programmi operativi sono, a livello delle singole aziende, i Piani Strategici che esse devono adottare per il periodo 2014-2016 al fine di definire i propri obiettivi di breve e medio periodo, secondo quanto previsto dalle relative Linee Guida;
- che gli Atti Aziendali rappresentano gli assetti organizzativi dei quali le Aziende si dotano al fine di perseguire gli obiettivi delineati dai Piani Strategici;
- che, conseguentemente, tra i DCA di cui sopra intercorre un rapporto di interdipendenza e connessione logica;
- che il Piano Strategico costituisce lo strumento di programmazione sanitaria triennale della Direzione Aziendale, mediante il quale, nel suo sviluppo pluriennale, viene formalizzata l'azione strategica formulata, chiarendo gli obiettivi e predisponendo le azioni che da essa devono scaturire;
- Preso atto da ultimo, del Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta, n. U00454 del 22 dicembre 2014, avente ad oggetto "previsione della redazione di due Piani Strategici distinti e due Atti Aziendali distinti per gli IRCCS IRE - ISG e Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani";
- in particolare che detto DCA n. U00454 del 22 dicembre 2014, tra l'altro evidenzia:
- che il delicato processo di accorpamento dei due IRCCS è attualmente in fase istruttoria e che il completamento non è, al momento, stimabile in termini temporali;
  - che il citato accorpamento si sta, tra l'altro, rilevando particolarmente complesso e necessita di specifici approfondimenti giuridico- amministrativi;



segue deliberazione n° 233 del 14 APR. 2015

- Vista la nota in data 14.01.2015 degli IFO, indirizzata alla Regione Lazio, concernente "Accorpamento IFO/INMI "Lazzaro Spallanzani"- nomina Direttore Amministrativo e Sanitario con estensione delle funzioni";
- la nota della Regione Lazio prot. 37995 del 23.01.2015, con la quale si condivide sostanzialmente la proposta di estensione delle funzioni del Direttore Amministrativo degli IFO anche all'INMI;
- Ritenuto pertanto, di dare attuazione alle norme ed agli indirizzi in precedenza citati, provvedendo alla adozione del Piano Strategico 2014-2016 degli Istituti IFO (IRCCS Regina Elena-IRCCS San Gallicano);
- Sentito il Collegio di Direzione;
- Sentito il Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- Sentite le Organizzazioni Sindacali delle tre Aree di contrattazione;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla Legge 7 agosto 1990 n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla Legge 11 febbraio 2005 n. 15;
- Attestato in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
- Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale, del Direttore Amministrativo, del Direttore Scientifico IRE e del Direttore Scientifico ISG;

### **DELIBERA**

per i motivi di cui in narrativa che qui si intendono integralmente richiamati:



segue deliberazione n° 233 del 14 APR. 2015

- di adottare, nel testo che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, il Piano Strategico 2014-2016 degli Istituti IFO (IRCCS Regina Elena-IRCCS San Gallicano);
- di trasmettere la presente deliberazione, ai fini della relativa approvazione, alla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria;
- di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Ricerca e dell’Innovazione in Sanità e Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e della Sicurezza delle Cure.

**Il Commissario Straordinario**

**Dott. Valerio Fabio Alberti**

# **Piano strategico 2014 – 2016**

## INDICE

<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	<b>4</b>
<b>1    PREMESSA</b> .....	<b>5</b>
<b>2    L'IFO IN CIFRE</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1   Dati di attività</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2   La ricerca</b> .....	<b>13</b>
<b>3    LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1   Ambiente esterno: minacce e opportunità</b> .....	<b>18</b>
3.1.1   La rete oncologica e dermatologica.....	19
<b>3.2   Ambiente interno: punti di forza e di debolezza</b> .....	<b>22</b>
<b>4    IL PORTAFOGLIO DEI SERVIZI EROGATI</b> .....	<b>24</b>
<b>5    MISSIONE STRATEGICA AZIENDALE</b> .....	<b>26</b>
<b>6    LE STRATEGIE DI CAMBIAMENTO</b> .....	<b>27</b>
6. 1   Aspetti generali.....	27

6. 2	Percorso di accorpamento e ricadute sulla ricerca .....	30
6. 3	Modelli di funzionamento .....	34
6. 4	Accordi di contiguità con altre Aziende Ospedaliere o Territoriali e rete.....	35
<b>7.</b>	<b>SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA.....</b>	<b>36</b>
7. 1	Gli ambiti di intervento e le principali azioni.....	36
7. 2	Conto economico tendenziale.....	41
<b>8</b>	<b>LA METODOLOGIA ADOTTATA E GLI STRUMENTI DI CONTROLLO.....</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI: IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE.....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE: IL BUDGET AZIENDALE E METODOLOGIA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE .....</b>	<b>49</b>



### RIFERIMENTI NORMATIVI

Si portano di seguito i principali Atti regionali e normativa di riferimento di interesse:

**DCA U00247 del 25 luglio 2014**: Adozione della nuova edizione dei **Programmi Operativi 2013 - 2015** a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi della Regione Lazio”;

**DCA U00251 del 30 luglio 2014**: Adozione delle **Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 - 2016**;

**DGR n. 42 del 31 gennaio 2014**: Approvazione degli **Obiettivi** da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie all'atto della stipula del contratto;

**DCA n.148 del 29 aprile 2014**: “Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli **obiettivi per l'anno 2014**” integrato con DCA n. 244 del 24 luglio 2014;

**DCA 24 luglio 2014 n. 244**: Integrazione del DCA U00148/2014

**DCA n. 437 del 28 ottobre 2013**: Piano regionale per il governo delle **liste di attesa** 2013 - 2015

**DCA n. U00331 del 15.10.2014**: Differimento dei termini previsti dal DCA n. U00251/2014 e dal DCA n. U00259 delle proposte di Piano strategico;

**DCA n. U000454 del 22.12.2014**: Previsione della redazione di due Piani Strategici distinti e di due Atti Aziendali distinti per gli IRCCS “IRE-ISG” e “INMI”.

### 1 PREMESSA

Il DCA n. 454 del 22 dicembre 2014 dispone che i due IRCCS "IRE-ISG" e "INMI" redigano due distinte proposte di Piano Strategico e due distinte proposte di Atto Aziendale, nelle more del processo di accorpamento.

Lo stesso DCA precisa che, al momento, non sono stimabili i termini temporali dello stesso processo di accorpamento in relazione alla complessità di tale processo ed alla conseguente necessità di sviluppare i conseguenti approfondimenti.

Alla luce di quanto sopra evidenziato le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale verranno redatte distintamente secondo i seguenti criteri:

- per i Piani Strategici verrà contestualmente proposta una riflessione sulle prospettive dell'accorpamento;
- per gli Atti Aziendali, tenendo conto che le proposte operative devono da un lato prefigurare organizzazioni che autonomamente "funzionino" (IFO ed INMI) e dall'altro non favorire dotazioni di strutture complesse "in doppio", anche se nei casi più problematici, attivando tra i due Istituti modalità di interazione "tradizionali" quali dipartimenti interaziendali e/o Convenzioni.

Quanto sopra in piena coerenza con l'individuazione di un unico Direttore Sanitario ed Amministrativo per i due Istituti.

## 2 L'IFO IN CIFRE

### 2.1 Dati di attività

La **dotazione attuale di posti letto**, a seguito del Decreto 386/2014 è la seguente:

Area	Codice Disciplina	Descrizione	PPLL ORD	PPLL DH
M		Area Medica	77	
	02	DH Multispecialistico		37
C		Area Chirurgica	103	
	12	Ch. Plastica	14	
	13	Ch. Toracica	20	
	30	Neurochirurgia	8	
	98	DS Multispecialistico		15
AC	49	Terapia intensiva	10	
<b>Totale</b>			<b>232</b>	<b>52</b>
			<b>284</b>	

## Sintesi dei dati di attività:

				Delta	
				assoluto	%
<b>RICOVERI ORDINARI</b>					
<b>Ricoveri</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>		
Numero SDO		7.849	8.107	-258	-3,2%
Giornate di degenza		52.271	55.700	-3.429	-6,2%
Degenza media		6,7	6,9	-0	-3,1%
<b>RICOVERI DIURNI</b>					
<b>Ricoveri</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>		
Numero SDO		2.796	2.953	-157	-5,3%
Accessi dh		9.536	10.792	-1.256	-11,6%
Accessi medi		3,4	3,7	-0	-6,7%
<b>Prestazioni ambulatoriali</b>					
Numero prestazioni		1.246.945	1.206.336	40.609	3,4%

In linea con gli obiettivi definiti per il budget 2013, l'attività ambulatoriale è aumentata rispetto all'anno precedente, anche come conseguenza del passaggio del Potenziamento attività di day service (Trasferimento attività da ricovero dh/ds in ambulatorio). Più in dettaglio, ecco alcune tabelle specifiche:

### Ricoveri ordinari per MCD (2013 e confronto con 2012)

MDC	2013		2012		Scostamento N. ricoveri		Scostamento giornate di degenza	
	N. Ricoveri	Giornate degenza	N. Ricoveri	Giornate degenza	Assoluto	%	Assoluto	%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente	1.614	8.858	1.740	9.786	-126	-7,2%	-928	-9,5%
MDC non identificato	143	3.800	114	3.175	29	25,4%	625	19,7%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	620	5.925	631	6.763	-11	-1,7%	-838	-12,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	604	5.961	606	6.213	-2	-0,3%	-252	-4,1%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	1.107	3.991	1.033	4.128	74	7,2%	-137	-3,3%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	528	4.336	461	4.456	67	14,5%	-120	-2,7%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	503	3.647	475	3.780	28	5,9%	-133	-3,5%
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto	522	4.224	676	5.118	-154	-22,8%	-894	-17,5%
Malattie e disturbi sistema nervoso	208	2.573	192	2.112	16	8,3%	461	21,8%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	402	1.690	411	1.511	-9	-2,2%	179	11,8%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	303	1.576	332	1.844	-29	-8,7%	-268	-14,5%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	307	1.310	298	1.467	9	3,0%	-157	-10,7%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi	352	1.134	529	1.881	-177	-33,5%	-747	-39,7%
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi	199	779	228	1.067	-29	-12,7%	-288	-27,0%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	241	964	203	992	38	18,7%	-28	-2,8%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	97	659	77	561	20	26,0%	98	17,5%
Malattie infettive e parassitarie	48	541	39	463	9	23,1%	78	16,8%
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	32	206	32	254	0	0,0%	-48	-18,9%
Infezioni da HIV	7	18	13	47	-6	-46,2%	-29	-61,7%
Malattie e disturbi occhio	7	53	11	42	-4	-36,4%	11	26,2%
Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	4	18	4	28	0	0,0%	-10	-35,7%
Malattie e disturbi mentali	1	8	2	12	-1	-50,0%	-4	-33,3%
Gravidanza, parto e puerperio								
<b>Totale</b>	<b>7.849</b>	<b>52.271</b>	<b>8.107</b>	<b>55.700</b>	<b>-258</b>	<b>-3,2%</b>	<b>-3.429</b>	<b>-6,2%</b>

### Ricoveri diurni per MCD (2013 e confronto con 2012)

MDC - DRG	2013		2012		Scostamento N. cicli		Scostamento numero accessi	
	N. Cicli	N. Accessi	N. Cicli	N. Accessi	Assoluto	%	Assoluto	%
Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	1.259	5.928	1.284	6.048	-25	-1,9%	-120	-2,0%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente	320	1.175	442	2.353	-122	-27,6%	-1.178	-50,1%
Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi	674	1.016	644	912	30	4,7%	104	11,4%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	213	525	245	507	-32	-13,1%	18	3,6%
Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	125	311	91	225	34	37,4%	86	38,2%
Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto	42	116	44	165	-2	-4,5%	-49	-29,7%
Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi	43	147	95	305	-52	-54,7%	-158	-51,8%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	19	96	11	43	8	72,7%	53	123,3%
Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	42	79	4	25	38	950,0%	54	216,0%
Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	8	24	6	14	2	33,3%	10	71,4%
Malattie e disturbi occhio	8	32	12	45	-4	-33,3%	-13	-28,9%
Malattie e disturbi rene e vie urinarie	13	17	51	109	-38	-74,5%	-92	-84,4%
Malattie e disturbi apparato digerente	8	19	10	20	-2	-20,0%	-1	-5,0%
Malattie e disturbi apparato respiratorio	7	11	1	2	6	600,0%	9	450,0%
Malattie e disturbi sistema nervoso	5	10	6	8	-1	-16,7%	2	25,0%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	2	8	2	2	0	0,0%	6	300,0%
Infezioni da HIV	1	2			1		2	
Malattie e disturbi mentali	1	1			1		1	
Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	3	13			3		13	
Malattie infettive e parassitarie	3	6	3	5	0	0,0%	1	20,0%
Altro			2	4	-2	-100,0%	-4	-100,0%
<b>Totale</b>	<b>2.796</b>	<b>9.536</b>	<b>2.953</b>	<b>10.792</b>	<b>-157</b>	<b>-5,3%</b>	<b>-1.256</b>	<b>-11,6%</b>

## Prestazioni ambulatoriali (2013 e confronto con 2012)

	2013	2012	Scostamento	
	Quantità	Quantità	Assoluto	%
prestazioni di laboratorio	687.125	665.712	21.413	3,2%
visite, anamnesi, misure e test	230.352	232.284	-1.932	-0,8%
medicina nucleare	94.041	89.807	4.234	4,7%
altre procedure non operatorie	56.264	52.720	3.544	6,7%
altre procedure diagnostiche radiologiche e relative tecniche	28.555	26.533	2.022	7,6%
terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure senza classificazione	28.027	23.371	4.656	19,9%
intubazioni e irrigazioni non operatorie	24.290	23.918	372	1,6%
interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	19.746	17.996	1.750	9,7%
radiologia diagnostica	17.624	16.085	1.539	9,6%
incisione, asportazione ed occlusione di vasi	14.951	14.403	548	3,8%
procedure relative alla psiche	12.452	12.206	246	2,0%
incisione, asportazione e anastomosi dell'intestino	7.531	7.787	-256	-3,3%
diagnosi e trattamenti oftalmologici o otologici	4.696	4.460	236	5,3%
interventi sui muscoli, sui tendini, sulle fasce e sulle borse	3.395	3.757	-362	-9,6%
interventi sul pene	2.539	2.346	193	8,2%
interventi sulla vagina e sul fornice posteriore	1.861	994	867	87,2%
Prestazione non indicata	1.634	1.547	87	5,6%
interventi sulla tiroide e sulle paratiroidi	1.585	1.174	411	35,0%
interventi sul corpo uterino	1.389	974	415	42,6%
categoria non identificata	1.335	1.167	168	14,4%
interventi sulla vescica	1.306	949	357	37,6%
altre prestazioni	941	929	12	1,3%
<b>Totale:</b>	<b>5.306</b>	<b>4.982</b>	<b>324</b>	<b>6,5%</b>
	<b>1.246.945</b>	<b>1.206.101</b>	<b>40.844</b>	<b>3,4%</b>

L'aumento dell'attività ambulatoriale trova riscontro anche nell'incremento nel **numero delle infusioni chemioterapiche e nei consumi:**

	2012	2013	Scostamento	
			ass.	%
Infusioni (n. pazienti trattati)	26.052	26.860	808	3,1%
Infusioni (n. somministrazioni)	43.206	43.956	750	1,7%

### Consumi (2013 e confronto con 2012)

Macro Gruppo - Gruppo - Classe - Prodotto	2013		2012		Scostamento	
	Costo	Quantità	Costo	Quantità	Assoluto	%
farmaci	€ 35.115.617,32	3.199.324	€ 30.385.860,96	1.857.271	€ 4.729.756,36	15,57%
materiali sanitari	€ 18.226.248,53	8.358.853	€ 18.509.825,63	9.797.696	-€ 283.577,10	-1,53%
materiali tecnico-economici	€ 297.320,01	1.164.474	€ 527.865,87	878.787	-€ 230.545,86	-43,68%
<b>Totale</b>	<b>€ 53.639.185,86</b>	<b>12.722.651</b>	<b>€ 49.423.552,46</b>	<b>12.533.754</b>	<b>€ 4.215.633,40</b>	<b>8,53%</b>



## Personale

### PERSONALE IN FORZA AL 31 DICEMBRE 2013

RUOLI	PERSONALE IN FORZA			NOTE
	T.I.	T.D.	TOTALE	
<b>AMMINISTRATIVO</b>				
Dirigenti	6	1	7	
Comparto	161	1	162	
<b>TOTALE AMMINISTRATIVO</b>	<b>167</b>	<b>2</b>	<b>169</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>999</b>	<b>21</b>	<b>1020</b>	

Dettaglio COSTO PERSONALE (al netto della ricerca)	2013	2012	%
<b>Costi del Personale Dipendente</b>	<b>60.217.638</b>	<b>61.714.906</b>	<b>-2,43%</b>
Personale dirigente medico	26.822.757	27.590.617	-2,78%
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.834.283	4.805.335	0,60%
Personale comparto ruolo sanitario	18.917.827	19.453.175	-2,75%
Personale dirigente altri ruoli	1.062.772	1.023.089	3,88%
Personale comparto altri ruoli	8.579.999	8.842.690	-2,97%

### 2.2 La ricerca

#### **Istituto Regina Elena**

L'attività svolta dall'Istituto Nazionale dei Tumori Regina Elena (IRE) nel 2013 ha consolidato quale obiettivo strategico il potenziamento della ricerca traslazionale volta al miglioramento delle diagnosi e delle terapie in campo oncologico.

La severa crisi economica insieme alla progressiva riduzione del contributo ministeriale della Ricerca Corrente, hanno richiesto uno sforzo particolare nel cercare da un lato di riorganizzare la programmazione della ricerca e dall'altro di esercitare un utilizzo più mirato delle risorse disponibili e contemporaneamente attrarre nuove risorse economiche.

Queste in sintesi le linee di attività:

Ricerca Corrente - Linee di Ricerca 2013-15

*Linea 1 - Basi molecolari e cellulari per la ricerca traslazionale in oncologia*

*Linea 2 - Approcci innovativi nelle classificazioni diagnostiche e prognostiche del paziente oncologico*

*Linea 3 - Terapie innovative in ambito oncologico*

*Linea 4 - Prevenzione primaria e secondaria e qualità della vita*

Gruppi Traslazionali

Con l'intento di promuovere la sinergia tra ricerca clinica e di base e lavorare per un'efficiente traslazione delle conoscenze al letto del paziente, nel 2013 il Direttore Scientifico ha istituito formalmente (Deliberazione N° 383 del 14 Maggio 2013, Oggetto: "Istituzione di "Translational Groups" presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena") sei Gruppi di Ricerca Traslazionale (TG) suddivisi per patologia: tumori polmonari, ovarici, urologici, colo-rettali, cerebrali e sarcomi.

I TG hanno presentato dei progetti, che sono stati esaminati da esperti esterni: sulla base di tali valutazioni, la Direzione Scientifica darà un contributo ai suddetti progetti.

Tali progetti sono stati inseriti come Programmi all'interno delle Linee di Ricerca sopramenzionate, nel seguente modo:

Linea 1:

LUNG CANCER TRANSLATIONAL PROGRAM Identification of novel genomic alterations in smoking-related nsclc by analyzing tumor and stromal-associated cells.

### Linea 2:

COLO-RECTAL CANCER TRANSLATIONAL PROGRAM Exploiting next-generation sequencing and loss- of-function genetic screens for discovering novel molecular predictors and therapeutic targets in colorectal cancer.

NEURO-ONCOLOGY TRANSLATIONAL PROGRAM Biomolecular characterization and advanced imaging modalities in the diagnosis of brain gliomas: validation of prognostic and predictive factors –BIG-.

OVARIAN CANCER TRANSLATIONAL PROGRAM Exploring biomarkers and pathways driving disease outcome in high grade serous ovarian carcinoma (HGS OCa).

SARCOMA TRANSLATIONAL PROGRAM Identification of prognostic factors and definition of predictive drug response elements in selected sarcoma patients.

UROLOGIC CANCER TRANSLATIONAL PROGRAM New tools for individual risk assessment and treatment assignment in prostate cancer patients.

### Linea 3

UROLOGIC CANCER TRANSLATIONAL PROGRAM 1 Evaluation of in vitro/in vivo-drug sensitivity and phosphoproteomic expression profiles in renal cancer patients: stem cells models and new molecular biomarkers for personalized therapy.

### Risultati Scientifici 2013:

- N. Pubblicazioni in riviste impattate: 221
- I.F. normalizzato totale: 1000,2
- N. Trials clinici attivi: 266
- N. Pazienti reclutati in Trials clinici: 4194
- I.F. normalizzato per Ricercatore: 17,42
- I.F. normalizzato calcolato considerando esclusivamente i Ricercatori che hanno pubblicato articoli scientifici in riviste impattate: 17,88

### RICERCA FINALIZZATA

#### Finanziamenti 2013

Nell'anno 2013, i ricercatori IRE hanno ottenuto otto nuove proposte progettuali finanziate dall'AIRC (di cui un Giovane Ricercatore), che unite ai rinnovi dei progetti presentati negli anni precedenti ammontano ad un totale di 3.1 milioni di euro. Inoltre, nell'ambito del Programma ERANET, sono stati ricevuti dal Ministero della salute 125.000,00 Euro per la partecipazione dell'IRE al progetto TRANSCAN. Fra gli enti finanziatori, oltre ai citati AIRC e Ministero della Salute, figurano anche il CNR, il MIUR, l'ISS, l'ENEA, la Regione Lazio, la UE. L'ammontare complessivo dei finanziamenti è stato di euro 4.5 milioni di Euro.

L'IRE ha ricevuto anche € 163.000 in borse di studio (AIRC-FIRC, Fondazione Veronesi). I proventi netti da sperimentazioni cliniche ammontano a Euro 562.500 e le donazioni a € 53,000.

AIRC 5x1000. Il finanziamento IRE annuale ammonta a 1.4 milioni di euro l'anno, di cui 600.000 euro l'anno sono destinate a tre unità composte da team di clinici e ricercatori IRE dedicati alla ricerca di nuove terapie per i tumori del colon e del polmone.

#### Conto Capitale

Nell'ambito del Bando Conto Capitale 2012, nel 2013 è stato finanziato dal Ministero della Salute un progetto del valore di Euro 800.000,00 dal titolo: *Bioimaging ad alta tecnologia avanzata mediante utilizzo delle spect e delle spect-ct finalizzata alla identificazione morfofunzionale delle patologie attraverso un corso di riduzione ed ottimizzazione della dose al paziente.*

Nel 2013 è stato presentato un progetto di 900.000 euro in Conto Capitale dal Ministero della salute per la dotazione delle attrezzature per il futuro stabulario o l'ammodernamento di quello attuale.

#### *Obiettivi futuri*

Tutte le iniziative intraprese sono volte a favorire il dialogo della ricerca di base con la ricerca clinica e mirano a creare un terreno fertile che darà i suoi frutti a lungo termine.

In particolare la nostra ricerca si impegnerà a:

- stabilire le procedure tassonomiche delle neoplasie, in maniera da implementare i sistemi canonici di diagnosi, prognosi e trattamento del paziente.
- individuare nuovi bersagli terapeutici specifici.
- condurre questi pazienti lungo percorsi di medicina personalizzata.

### Istituto San Gallicano

La ricerca svolta negli IRCCS comprende rispettivamente: Ricerca corrente, Ricerca finalizzata, Progetti di ricerca diretti al raggiungimento di obiettivi biomedici e clinici individuati dagli atti di programmazione sanitaria regionale e nazionale, Progetti sponsorizzati.

#### LINEE DI RICERCA CORRENTE 2013

Linea	Titolo
1	DERMATOLOGIA INFETTIVOLOGICA E NOSOCOMIALE
2	DERMATOLOGIA ONCOLOGICA
3	DERMATOLOGIA CLINICA E INFIAMMATORIA
4	PORFIRIE E DERMATOSI RARE

#### RICERCHE FINALIZZATE ENTI ISTITUZIONALI

ENTE/anno	Titolo
<b>Min Salute/2010</b>	<i>"Sebum lipidomics: a new tool to correlate skin and systemic lipid metabolism"</i>
<b>Min. Salute/2008</b>	<i>Porphyrias: biochemical and genetical quality controls. Unusual signs and symptoms: hair shaft alterations</i>
<b>ISS</b>	<i>Servizio per le attività di esecuzione delle valutazioni immuno-virologiche per studi clinici sponsorizzati dall'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale AIDS</i>
<b>ISS</b>	<i>Programma di sostegno al Ministero della Sanità del SudAfrica al programma nazionale di risposta globale all'HIV/AIDS nelle zone di confine e di accesso stradale del SudAfrica e in regioni di sviluppo sostenibile</i>
<b>INAIL</b>	<i>Dermatiti da contatto da allergeni occupazionali in parrucchieri ed estetisti: studio clinico epidemiologico e sviluppo di strategie di prevenzione</i>

<b>Università Tor Vergata</b>	<i>Analisi della realtà relativa alle infezioni nosocomiali nelle rianimazioni romane</i>
<b>Telethon</b>	<i>Calcium dysregulation and oxidative stress: from molecular mechanisms to therapic implications in Hailey-Hailey disease</i>
<b>ISS</b>	ISS P-002
<b>Univ.Cattolica S.Cuore</b>	ATLAS
<b>Min Sal 5x1000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Prevenzione dei tumori cutanei</i></li> <li>- <i>Screening delle Lesioni Squamose Intraepiteliali HPV-associate dell'ano-retto in una coorte di maschi a rischio (Progetto SAIN)</i></li> <li>- <i>Valutazione del metabolismo del glucosio encefalico mediante tomografia ad emissione positronica (PET) in pazienti con psoriasi con e senza depressione maggiore prima e dopo terapia efficace.</i></li> </ul>

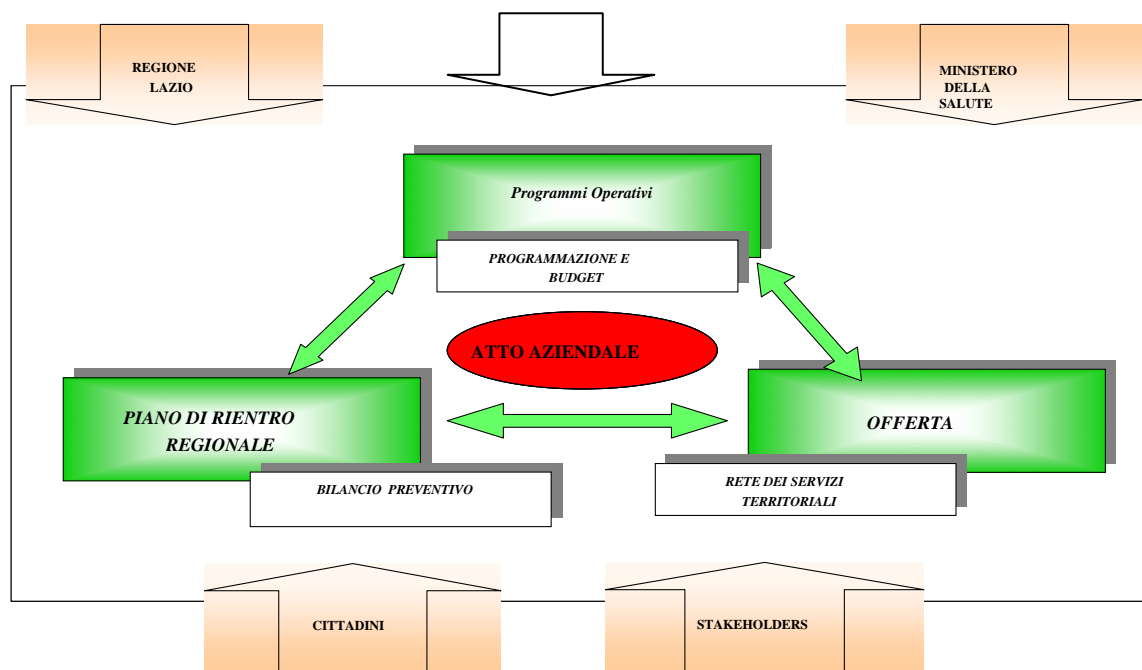
A tutto questo si aggiungono, inoltre, numerosi progetti sponsorizzati, anche finanziamenti specifici in conto capitale.

### PRODUZIONE SCIENTIFICA (numero pubblicazioni, anni 2012 e 2013)

	2012	2013
■ IFNA	198,4	213,5
■ IF NORM.	249,4	282
■ IF GREZZO	207,112	189,037
■ N. PUBBL.	62	64

### 3 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

#### 3.1 Ambiente esterno: minacce e opportunità



Rimandando alle competenze delle Aziende Sanitarie locali per un'analisi approfondita di carattere epidemiologico e di contesto ambientale, gli IFO vedono, a livello regionale, riconosciuto il ruolo di istituti capofila della rete oncologica, e dermatologica.

Questo difficile ed ambizioso compito, che dovrà essere sempre più sviluppato nel triennio in esame, dovrà comunque tener conto delle variabili di contesto che caratterizzano le strutture sanitarie della Regione Lazio, con particolare riferimento al Piano di rientro a cui la Regione è sottoposta ed alle conseguenti azioni di contenimento della spesa.

E' inoltre fondamentale comprendere che il far parte di un "sistema di rete", sia oncologico che dermatologico, può potenzialmente, anche essere una fonte di possibili inefficienze se non accompagnato da regole chiare definite a livello regionale, in particolare per le strutture di secondo livello. Sarà quindi prioritario, al fine di ridurre questi potenziali rischi, definire laddove non ancora fatto le "regole di funzionamento" del sistema di rete.

### **3.1.1 La rete oncologica e dermatologica**

La rete oncologica si basa su un modello hub e spoke in cui i dipartimenti svolgono tendenzialmente entrambe le funzioni attraverso strutture di primo livello e centri specializzati e garantiscono la prossimità delle cure, e, ove necessario, assicurano funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

Il modello a dipartimenti interaziendali, mediante relazioni di area vasta, consente inoltre economie di scala (ad esempio, per l'acquisto di beni e servizi mediante "centri servizi condivisi" comuni a più ASL e/o centri ad alta specializzazione) e una programmazione delle attività per zone territoriali sovra aziendali.

Le strutture spoke eseguono una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche secondo linee guida concordate, assicurando la totalità e l'integrazione del percorso diagnostico-terapeutico nei casi per i quali è possibile fornire le prestazioni richieste e inviando i pazienti al Centro hub nei casi in cui siano necessari interventi richiedenti la concentrazione di professionalità e tecnologie adeguate. Il centro hub cura i casi in cui l'inquadramento diagnostico e il piano assistenziale siano complessi e/o richiedano maggiore esperienza ed effettua le prestazioni di alta specializzazione. Data la peculiarità del malato oncologico, spesso ad alto carico assistenziale, si intendono sviluppare



e potenziare le funzioni e le attività che consentano la maggiore prossimità possibile del paziente al proprio ambiente di vita abituale, favorendo una distribuzione capillare delle funzioni assistenziali e dei servizi di primo livello.

Si è stimato che nel 2013, in Italia, verranno diagnosticati circa 366.000 nuovi casi di tumore maligno (circa 1.000 al giorno), di cui circa 200.000 (55%) negli uomini e circa 166.000 (45%) nelle donne, oltre ai carcinomi della cute che per le loro peculiarità biologiche e cliniche e per la difficoltà di stimarne esattamente il numero (orientativamente circa 71.000 casi, 38.000 nei maschi e 33.000 nelle femmine) vengono conteggiati separatamente.

La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (escludendo i carcinomi della cute) è in media di circa 7 nuovi casi ogni 1.000 uomini ogni anno (692 casi ogni 100.000 abitanti/anno), un po' più di 5 casi ogni 1.000 donne (543 casi ogni 100.000 abitanti /anno), quindi nel complesso circa 6 casi ogni 1.000 persone.

Considerando entrambi i sessi, e sempre escludendo i carcinomi della cute, il tumore del colon-retto rappresenta la patologia oncologica più frequente (14% del totale), seguita dal tumore della mammella, che nonostante sia estremamente raro nel sesso maschile rappresenta il 13% di tutti i tumori diagnosticati in totale, poi dalla prostata (11%) e dal tumore del polmone (11%). Si è stimato che nel 2013 in Italia, i decessi causati da tumore saranno circa 173.000 (98.000 fra gli uomini e 75.000 fra le donne). La frequenza dei decessi causati dai tumori nelle aree italiane coperte da Registri Tumori è, in media, ogni anno, di circa 3,5 decessi ogni 1.000 uomini e di circa 2,6 decessi ogni 1.000 donne. In totale, quindi, circa 3 decessi ogni 1.000 persone. Pertanto si può affermare che mediamente ogni giorno oltre 470 persone muoiono in Italia a causa di un tumore.

I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2010 (ultimo anno al momento disponibile) in circa 174.000 i decessi attribuibili a tumore – tra gli oltre 581.000 decessi verificatisi in quell'anno. I tumori sono la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (38%). Il peso dei tumori è più rilevante tra gli uomini, dove causano un numero leggermente superiore a quello dei decessi delle malattie cardio-circolatorie (35%) che tra le donne (26% dei decessi).

Tra gli uomini, il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età rappresentando il 16% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 30% tra gli adulti (50-69 anni) e il 25% tra gli ultrasessantenni. Tra le donne, il tumore della mammella si colloca al primo posto in tutte le fasce di età: rappresenta il 28% dei decessi tra le giovani, il 21% tra le adulte e infine il 14% tra le donne in età superiore a 70 anni.

Il melanoma cutaneo è uno dei principali tumori che insorgono in giovane età e costituisce in Italia attualmente il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni.

Circa un uomo su 68 e una donna su 81 sono destinati a sviluppare un melanoma cutaneo nel corso della vita, e sono quasi 10.500 i nuovi casi attesi in Italia nel 2013 (con una lieve preponderanza nei maschi) - Tabella 3. L'incidenza del melanoma maligno è da anni in costante ascesa sia negli uomini (+3,5%/anno), che nelle donne (+3,6%/anno). Gran parte di questo fenomeno (comune a tutti i Paesi sviluppati) è attribuibile alla sempre maggiore diffusione e potenza degli strumenti diagnostici, con diagnosi in stadio tendenzialmente più precoce, ed all'effettivo aumento del ruolo eziopatogenetico da parte delle radiazioni UV, mentre la frazione di malattia attribuibile a fattori genetici sembra stabile nel tempo.

Sulla base dei dati epidemiologici disponibili per la Regione Lazio può essere stimata una prevalenza di neoplasie nel 2010 di 192.829 casi e un'incidenza di 24.928 casi, pari circa al 10% dei dati nazionali.

Sempre per le patologie neoplastiche nel 2006 si è osservata nel Lazio una mobilità attiva di 11.222 casi e passiva di 6143 casi (fonte Ministero della Salute, LazioSanità-ASP).

Al 2011 il Lazio mostra un tasso di crescita totale positivo in linea con il resto d'Italia. Rispetto al decennio precedente, la speranza di vita alla nascita continua ad aumentare in entrambi i generi e questo stesso andamento si osserva in tutte le Province. Gli anziani costituiscono pertanto un'importante componente della popolazione (pari al 20% in tutta la Regione).

Nel 2011 si sono verificati 52.962 decessi per tutte le cause tra i residenti nella Regione Lazio, con una mortalità generale maggiore nei maschi rispetto alle femmine (596,0 rispetto a 378,4 per 100.000 residenti rispettivamente).

I tumori maligni rappresentano la prima causa di decesso nei maschi e i tassi risultano essere quasi il doppio rispetto alle femmine (211,3 e 125,8 per 100.000 residenti, rispettivamente).

Nel 2011 vi sono stati circa 64.000 ricoveri per tumori maligni, in ugual numero nei maschi e nelle femmine, con tassi più elevati in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma.

Il numero di decessi per tumore maligno nel 2011 è di 15.937 di cui il 56,1% nei maschi. Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 211,3 nei maschi e 125,8 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano i tassi più elevati nei maschi nella ASL RM F, RM G, e nelle femmine nella ASL RM D e nella Provincia di Roma.

### 3.2 Ambiente interno: punti di forza e di debolezza

Premesso che la realizzazione dell'accorpamento con l'INMI comporterà necessariamente un importante lavoro di omogeneizzazione a livello organizzativo, oltre che sulle risorse umane e strumentali, si riporta di seguito la struttura dei punti di forza e debolezza. In sintesi, questa la situazione rilevata:

Ambito	Punti di forza	
Sistema organizzativo	Ricerca sanitaria e biomedica	Presenza di specialità che per la loro valenza assistenziale e terapeutica caratterizzano l'Istituto con l'Alta Specializzazione ed il Rilievo Nazionale
	Sistema degli indicatori e monitoraggio degli obiettivi	Presenza di volumi assistenziali specifici con elevata concentrazione territoriale di alcune patologie di competenza
	Qualità dei servizi erogata	Articolazione organizzativa in Dipartimenti che accorpano orizzontalmente le strutture complesse e hanno come obiettivo principale e diretto l'ottimizzazione delle politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici e volte a migliorare l'efficienza
	Complessità della casistica	

Ambito	Punti di forza
Risorse strumentali ed economiche	Monitoraggio della gestione della manutenzione
	Dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate ed innovative
Risorse umane	Elevata professionale qualificazione delle componenti professionali e cliniche

Ambito	Punti di debolezza
Sistema organizzativo	Tempi di attesa non sempre adeguati alla domanda
	Qualità percepita a volte non in linea con la qualità dei servizi erogati
	Necessità di migliorare l'approccio per "processo"
	Frammentazione organizzativa e mancanza di connessione sistemica ed organica tra ricerca ed assistenza e nell'ambito dell'assistenza stessa
Risorse strumentali ed economiche	Incremento delle soluzioni di Sanità digitale e miglioramento dei sistemi informativi amministrativo-contabili
	Migliore diffusione dei Piani di emergenza
Risorse umane	Mancanza di un chiaro percorso di sviluppo della dirigenza in relazione alla parte contrattuale per percorsi di carriera professionali-sanitari (politiche del personale)
	Fondi limitati per la Dirigenza Amministrativa (scarso effetto attrattivo e premiante rispetto al mercato della Regione Lazio che rende più difficile stabilizzare una professionalità di qualità negli Ifo)
	Migliorare il collegamento delle performance individuali a quelle organizzative

### 4 IL PORTAFOGLIO DEI SERVIZI EROGATI

Si riporta di seguito i dettaglio dei servizi offerti.

- Chirurgia oncologica per:
  - Tumori della mammella e della cute
  - Sarcomi parti molli
  - Tumori gastro-digestivi ed epatopancreatici
- Chirurgia toracica ed endoscopia toracica
- Urologia
- Chirurgia ginecologica
- Neurochirurgia
- Chirurgia testa-collo (otorinolaringoiatria)
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Oncologia medica
- Farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- Emato-oncologia con annessa sezione di trapianti di midollo
- Radioterapia
- Radiologia per immagini con sezioni di RMN, TC spirale, radiologia interventistica
- Endoscopia digestiva e delle vie biliari
- Anatomia patologica e patologia sperimentale
- Dermatologia oncologica
- Dermatologia Clinica-Infiammatoria
- Struttura di accoglienza (piano di assistenza individuale)
- Prevenzione secondaria (screening)
- Centro di epidemiologia e biostatistica
- Fisica medica
- Medicina nucleare
- Psicologia oncologica

- Riabilitazione oncologica
- Laboratorio di patologia clinica con annesse sezioni di biologia molecolare ed ematologia
- Centro trasfusionale
- Servizio nutrizionale
- Terapie palliative e assistenza domiciliare
- Biblioteca e centro documentazione

Inoltre è ormai una realtà consolidata quelle delle "Unit", ovvero equipe multidisciplinari capaci di garantire percorsi diagnostico-terapeutici completi e rispondenti a precisi standard qualitativi garantiscono maggiore omogeneità nella gestione delle pazienti e che offrono anche un grande vantaggio psicologico per i pazienti che sentono di essersi affidati ad una guida che non affronta la commistione con altre patologie, e quindi è in grado di seguire la patologia specifica a 360 gradi.

### 5 MISSIONE STRATEGICA AZIENDALE

**Mission, vision** e **valori** sono parte essenziale della strategia dell'Ifo in quanto orientano la funzione di comunicazione, rafforzano l'identità dell'organizzazione e l'identificazione dei singoli membri e agevolano l'allineamento degli obiettivi individuali.

In accordo con le finalità istituzionali degli IRCCS, gli Istituti Regina Elena e San Gallicano sono concretamente impegnati nella ricerca biomedica in campo rispettivamente oncologico e dermatologico.

La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

- a) perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- b) garantire prestazioni di eccellenza;
- c) dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma anche in termini di ricerca e prevenzione;
- d) consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- e) integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, CNR, etc) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarietà di ruoli e di continuità assistenziale;
- f) creare le condizioni per lo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per

applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli. Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati. In questo settore, la presenza di biobanche in GLP permetterà una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

## **6 LE STRATEGIE DI CAMBIAMENTO**

### **6. 1 Aspetti generali**

Nel percorso di accorpamento a tendere il nuovo Polo Scientifico Pubblico, progettato attraverso l'unificazione dei due Istituti IFO ed INMI dovrà rappresentare un punto di riferimento nazionale, con grande capacità attrattiva conseguenziale al valore aggiunto determinato dalla unione di tre eccellenze specialistiche della ricerca e dell'assistenza in campo dermatologico, infettivo ed oncologico.

L'accorpamento è perseguito nell'ottica di razionalizzare e ottimizzare le risorse disponibili, realizzando sinergie e integrazioni organizzative, ove possibile, senza compromettere il livello delle performance delle UU.OO. e i livelli di assistenza, garantendo le caratteristiche distintive e le peculiarità assistenziali, di innovazione e di ricerca.

In quest'ottica di razionalizzazione e accorpamento la Direzione Generale deve tenere in considerazione il fatto che l'unificazione avviene tra IRCCS con specifiche peculiarità clinico-assistenziali. Si ritiene prioritaria, pertanto, per la Direzione Strategica una organizzazione specifica per il personale afferente ai tre diversi Presidi proprio in considerazione delle differenti patologie dei pazienti a cui vengono erogati i servizi e delle specialità acquisite negli anni da parte del personale sanitario.



Tale processo di accorpamento rappresenta uno dei percorsi organizzativi tra i più difficili, poiché può generare duplicazioni di ruoli e di competenze.

Questi gli *elementi cardine su cui si poggia il progetto di accorpamento*:

a) **maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione del nuovo Ente**, rispetto a quella degli attuali singoli Istituti, grazie alla costituzione di un **unico Polo scientifico** della ricerca con sinergie ed attività comuni, mantenendo, al contempo le **single progettualità di ricerca affidate ai Direttori Scientifici** dei tre Istituti ed al cui interno dovrà essere previsto e realizzato un **Clinical Trial Center unico**.

b) **Valorizzazione dei tre Istituti nell'ambito delle reti** dermatologica, oncologica e delle malattie infettive con conseguente sviluppo di competenze multidisciplinari con un'elevata qualità assistenziale e di ricerca diversificata nelle tre aree di interesse; la strategia sarà proiettata ad integrare e sviluppare modelli organizzativi più idonei alla presa in carico ed alla cura dei pazienti. Si ritiene che l'essere parte integrante e attiva di un sistema a rete per le rispettive tre discipline costituisca un aspetto strategico per il nuovo soggetto giuridico.

c) **Sviluppo di sinergie tra i tre Istituti** su specifici programmi e implementazione, ai sensi del D.lgs 288/2003, di misure idonee di **collegamento con altre strutture** di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università, con istituti di riabilitazione, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare protocolli di assistenza condivisi, operare la circolazione delle conoscenze con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

d) **Centralizzazione delle strutture di supporto tecnico amministrativo**

Grazie all'accorpamento di IRE, ISG ed INMI sarà possibile attuare **una gestione unitaria** dei processi tecnico amministrativi a supporto delle attività sanitarie e di ricerca, **pur mantenendo inalterate le caratteristiche di specificità dei tre Istituti**.

Nella redazione del bilancio di esercizio, infatti, oltre alla elaborazione dei bilanci sezionali della ricerca dei tre IRCCS, l'Amministrazione darà evidenza delle dinamiche economiche proprie di ciascun Istituto.

La revisione ed ottimizzazione dei processi, unita all'uniformazione delle procedure e dei regolamenti interni, costituirà un elemento essenziale per la razionalizzazione, l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione. Si prevede come obiettivo la realizzazione di una piattaforma comune dei sistemi informativi. Tutto ciò determinerà la riduzione dei costi di gestione;

e) **unificazione dei servizi comuni e ridimensionamento delle attività diagnostiche** al fine dell'ottimizzazione delle risorse umane e strumentali con conseguente diminuzione delle strutture complesse nonché miglioramento in termini di qualità e volumi prodotti.

I servizi diagnostici non considerati come caratterizzanti i due Istituti sono, infatti, riorganizzati attraverso un processo di centralizzazione e semplificazione organizzativa; ciò anche in funzione degli accordi con l'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini e la ASL RMD.

Al fine di conciliare l'obiettivo del processo di accorpamento IFO – INMI con l'esigenza di mantenere le specificità dei tre IRCCS l'organizzazione interna viene, quindi, configurata nei seguenti termini:

Organi, organismi e strutture comuni:

- Unica Direzione Generale e funzioni di staff;
- Ufficio di Direzione;
- Unica Direzione Sanitaria;
- Unica Direzione amministrativa e strutture in staff;
- Consiglio di indirizzo e verifica;

- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione;
- Organismo indipendente di valutazione della performance;
- altri organismi di carattere consultivo (es. Comitato Valutazione Sinistri, etc.);
- Servizi

### Strutture specifiche dell'IRE - ISG:

Presidi ospedalieri;

Dipartimenti e strutture ad essi afferenti;

- Dipartimento Clinico Sperimentale Oncologico;
- Dipartimento Clinico Sperimentale Dermatologia;
- Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica.

Si evidenzia che nella rideterminazione del numero di Unità Operative, la Direzione Strategica ha ritenuto opportuno effettuare, nel complesso, un ridimensionamento consistente tenendo però in dovuta considerazione:

- il fatto che, a differenza delle comuni strutture ospedaliere, gli IRCCS devono essere dotati necessariamente di UUOO dedicate alla gestione dell'attività di ricerca e/o di rilevanza regionale e/o nazionale e che tali Unità non possono essere che aggiuntive rispetto alle unità dettate dagli standard delineati dalla normativa per le strutture ospedaliere in senso stretto;
- che per quanto riguarda gli IFO recentemente si è era già operato ad una razionalizzazione delle risorse attraverso la soppressione di alcune strutture.

## **6. 2 Percorso di accorpamento e ricadute sulla ricerca**

L'anno 2014, il giorno 19 del mese di novembre, alle ore 11.00, presso il Ministero della Salute si sono incontrati i Direttori Scientifici dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, dell'Istituto Regina Elena e

dell'Istituto San Gallicano in relazione alla richiesta del Commissario Straordinario di fornire informazioni sulle possibili aree di collaborazione e sulle possibili attività di integrazione funzionale tra gli IRCCS pubblici romani.

I Direttori Scientifici dei 3 IRCCS esprimono grande apprezzamento per l'impegno del Commissario nel cercare di definire un assetto organizzativo dei tre Istituti e sono convinti della necessità di supportare il Commissario affinché negli atti prodotti vengano evidenziate le peculiarità dei singoli Istituti e ne venga preservata l'autonomia, l'indipendenza e l'immagine individuale in quanto ognuno di essi ha una valenza storica, a livello nazionale sul piano clinico-assistenziale e a livello internazionale nell'ambito della ricerca traslazionale. Il nuovo modello di gestione deve invece rappresentare il punto di partenza per un ulteriore progresso nelle specifiche discipline, consolidandone la competitività a livello nazionale e alimentando la propensione all'eccellenza degli Istituti che devono competere per l'accesso ai fondi comunitari con gli Istituti di pari grado dei paesi avanzati, dotati di finanziamenti dedicati molto cospicui e di strutture e attrezzature tecnologiche di ultima generazione.

I Direttori Scientifici concordano che sia indispensabile che la Regione Lazio, che promuove il modello di gestione unificata degli IRCCS pubblici presenti sul proprio territorio, si impegni a:

- approvare in tempi brevi uno strumento normativo/legislativo che garantisca agli IRCCS pubblici uno status di coordinatori delle attività di ricerca svolte nel Lazio sulle tematiche di riconoscimento;
- affidare agli IRCCS pubblici il coordinamento delle reti regionali assistenziali di patologia delle aree di competenza;
- demandare agli IRCCS pubblici (per area di competenza) il coordinamento della partecipazione a programmi di finanziamento nazionale in cui sia prevista la partecipazione attraverso le Regioni (esempio: CCM, mattone Internazionale);
- privilegiare gli IRCCS pubblici negli investimenti sulle tecnologie innovative, come i finanziamenti in Conto capitale, con l'impegno degli IRCCS pubblici a metterle a disposizione delle altre strutture di assistenza e ricerca presenti sul territorio, sviluppando sinergie con le università, le aziende sanitarie, nonché con le imprese del/presenti nel Lazio;
- garantire agli IRCCS pubblici un finanziamento almeno pari a quello erogato dal Ministero della salute, come previsto dalle normative vigenti e già effettuato da altre regioni per i propri IRCCS e come anche indicato dalla Corte dei Conti.

In particolare i Direttori Scientifici intendono smentire che sia in corso un processo per arrivare ad un unico dipartimento di ricerca per i 3 Istituti, che verrebbe ad annullare anzitutto l'autonomia scientifica ed inoltre la peculiarità dei propri modelli organizzativi e gestionali. In particolare sono concordi nell'affermare che l'unico modello sostenibile di ricerca per ottenere risultati significativi nella ricerca traslazionale all'interno dei singoli Istituti sia l'integrazione tra ricerca e assistenza.

Proprio a questo fine ritengono sia importante promuovere modelli di collaborazione strutturata tra gli Istituti, sia assistenziale che scientifica, in un modello di tipo consortile che riduca al minimo le duplicazioni e le ridondanze, permetta una concentrazione di attività per competenze, consenta l'accesso reciproco e bilaterale a *core facilities* dei singoli Istituti e ad attrezzature di ricerca avanzate anche al fine di realizzare un maggior tempo di utilizzo delle macchine, favorisca la costruzione di nuove competenze su aspetti innovativi (es. bioinformatica) in cui i volumi di attività sono essenziali al fine della messa a punto degli strumenti non disponibili commercialmente, permetta di realizzare economie di scala, accresca la massa critica dei singoli Istituti.

Esempi di possibili aree di collaborazione strutturata sono:

- realizzazione di una unità di trial clinici centralizzata (sperimentazione fase I e successive), ma che figuri funzionalmente indipendente per area di riconoscimento. Tale unità dovrebbe essere coordinata direttamente dalle tre direzioni scientifiche per fornire un supporto alle sperimentazioni cliniche, fermo restando che gli eventuali proventi delle sperimentazioni, detratti i costi ribaltati per la gestione dell'Unità, vengano reinvestiti nell'Istituto a cui afferisca la ricerca. Nell'ambito di una tale struttura inoltre l'INMI, che ha una UOC di epidemiologia clinica di alto livello, può offrire il supporto metodologico alla pianificazione e gestione di studi clinici, sempre con particolare riferimento alle sperimentazioni indipendenti;
- l'INMI potrebbe mettere a disposizione dell'IRE le proprie competenze (cliniche e diagnostiche) sia per la gestione clinica/diagnostica che per studi di intervento (terapeutico, preventivo ed amministrativo) delle infezioni nel paziente oncologico;
- l'IRE potrebbe sviluppare con l'INMI un programma di chirurgia della tubercolosi, che potrebbe essere effettuata presso una stanza multifunzionale (operatoria/autoptica) della nuova struttura di alto isolamento dell'INMI, nonché delle ricerche microbiologiche, cliniche e terapeutiche correlate;

- l'INMI potrebbe implementare con l'IRE e l'ISG il programma di epidemiologia, monitoraggio clinico/biologico/farmacologico e prevenzione delle complicanze infettive in pazienti oncologici trattati con farmaci biologici già messo a punto dall'INMI in collaborazione con il Royal Free Hospital di Londra;
- l'IRE potrebbe accedere al programma dell'INMI per la gestione delle infezioni in ortopedia, con particolare riferimento alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamenti di tali infezioni, anche attraverso studi preclinici e clinici con nuovi farmaci antibiotici non ancora commercialmente disponibili (modello Investigational New Drugs-IND);
- l'IRE potrebbe utilizzare l'INMI per effettuare i controlli biologici per la Banca di tessuto ovarico (che può essere estesa per gli embrioni e alla manipolazione dello sperma per la rimozione di agenti infettivi) e la Banca tessuto muscolo scheletrico. Ciò anche tenendo in considerazione che l'INMI dispone dell'unica banca per materiali infetti in alto biocontenimento (livello 3);
- l'INMI potrebbe avere accesso allo stabulario e alla tecnologie sviluppate dall'IRE nell'ambito dell'imaging metabolico dei modelli animali;
- l'IRE potrebbe utilizzare i laboratori di biocontenimento e alto biocontenimento per studi di ricerca traslazionale che prevedano l'impiego di vettori adenovirali, retrovirali e lentivirali, nonché per lo sviluppo di vettori virali da utilizzare in programmi vaccinali contro il cancro, come anche utilizzare le degenze in alto isolamento per studi di fasi 1 che prevedano l'impiego sull'uomo di vettori virali (al fine di monitorare lo shedding virale);
- l'INMI potrebbe accogliere nell'area delle degenze ad alto isolamento, e fornire diagnostica avanzata, i pazienti oncologici e onco-ematologici (inclusi i trapiantati di midollo) dell'IRE gravemente immuni compromessi al fine di realizzare un isolamento protettivo e conseguentemente di ridurre i rischi infettivi;
- l'INMI potrebbe avere il supporto dell'IRE per la gestione clinica e a fini di ricerca dei tumori in pazienti con infezione da HIV;
- L'INMI ha una notevole expertise nel settore della spettrometria di massa e possiede una *facility* con attrezzature moderne e particolarmente performanti che potrebbero essere di grande ausilio alla ricerca traslazionale dell'IRE, sia per l'identificazione di nuovi marcatori tumorali, sia per l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici;

- L'ISG potrebbe sviluppare con l'INMI un piano sulla dermatologia infettiva, con particolare riguardo alla leishmaniosi e tubercolosi cutanea, sulle infezioni cutanee da Stafilococco, con particolare riferimento ai soggetti atopici;
- L'ISG potrebbe sviluppare con l'INMI un piano sulla prevenzione, diagnosi e terapia delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), e costituire per il Centro-Sud un importante punto di riferimento della rete dermato-venereologica.
- IRE, INMI e ISG potrebbero sviluppare un approccio comune interdisciplinare per migliorare la ricerca, la diagnostica, la gestione clinica ed il trattamento (chemioterapico, antinfettivo e radioterapico) sul sarcoma di Kaposi, sulla patologia HPV-correlata, e sul tumore di Merkel (poliomavirus). L'approccio interdisciplinare dovrebbe mirare a costituire poli di competenza a livello regionale e nazionale per tali patologie.

### 6. 3 Modelli di funzionamento

Al di là dei Dipartimenti, il modello ordinario di funzionamento nei tre Istituti si distinguerà per:

- La presa in carico standardizzata del paziente;
- L'approccio multidisciplinare e interdisciplinare;
- L'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base.

A tal fine, il modello di funzionamento utilizzerà specifici strumenti atti a definire la programmazione ottimale degli interventi eseguiti, validi per specifiche procedure assistenziali, adattabili al singolo paziente, e costruiti in maniera multidisciplinare e interdisciplinare. Questo al fine di perseguire il modello dell'accreditamento, che consenta di raggiungere requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali tali da assicurare un'elevata qualità assistenziale. L'adozione di tali strumenti rappresenterà un passaggio fondamentale del processo di integrazione, realizzando connessioni e modelli di collaborazione professionale e gestionale che sia ponte tra le differenti discipline (oncologia, malattie infettive, dermatologia) che rappresentano il "core business" del nuovo soggetto istituzionale.

Gli strumenti e le metodologie verranno meglio specificati nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento.

### **6. 4 Accordi di contiguità con altre Aziende Ospedaliere o Territoriali e rete**

In fase di realizzazione con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e la ASL RMD specifici accordi che prevedono in particolare la concentrazione presso l'INMI di attività assistenziali e servizi diagnostici in base alla competenza e al ruolo di riferimento. Più in dettaglio:

Istituzione di un Dipartimento Interaziendale del Farmaco tra ASL RMD e San Camillo cui afferirà il nuovo Polo Scientifico Pubblico, sulla base delle specifiche competenze. A questa iniziativa aderirà anche l'Ifo.

Sempre in questo contesto è da includere l'attività del servizio trasfusionale dell'Ifo che afferisce all'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini- Servizio di Immunoematologia e medicina trasfusionale.



### 7. SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA

#### 7. 1 Gli ambiti di intervento e le principali azioni

Gli interventi che verranno attuati sono riconducibili a questi ambiti:

- **Ricavi**
- **Costi**
- **Lancio progettualità future e sviluppo produttività**
- **Ruolo nella rete oncologica e candidatura per la gestione del Registro Tumori della provincia di Roma**
- **Sviluppo di modelli gestionali rivolti ad integrare assistenza e ricerca secondo modalità innovative**

In dettaglio:

#### **Ricavi**

##### ***Livelli tariffari e finanziamenti a funzione***

L'Ifo utilizza tecnologie altamente specializzate che generano costi aggiuntivi non riconosciuti. Per le fattispecie dettagliate nel seguito è possibile ipotizzare un costo aggiuntivo complessivo, su base annua, di **1,7 milioni** di euro, per il quali si potrebbe ipotizzare uno specifico "finanziamento a funzione".

##### ***1) l'utilizzo della robotica in sala operatoria***

L'utilizzo del robot "Da Vinci" genera un costo, per intervento chirurgico, di 5.800 euro (di cui 3.500 euro per materiali sanitari, 1.200 euro per ammortamento, 1.100 euro per manutenzione)

Nel 2013 sono stati effettuati 280 interventi di questo genere. Vengono analizzati i dati relativi a 234 interventi in Urologia (94 prostata, 79 rene, 61 vescica), 43 in Ginecologia (utero) e 3 in ORL, che hanno generato un

costo di **1,6 milioni di euro**. Di seguito le patologie e le modalità di trattamento eseguite, con relativa valorizzazione corrisposta (per l'Urologia);

Organo	Robot	Totale	DRG Ricavo medio
Prostata	94	227	5.997
Rene	79	148	7.386
Vescica	61	102	14.889

- In altre Regioni è stato raggiunto un accordo su un rimborso forfettario a fronte dei costi sostenuti; ad esempio, in Lombardia è previsto un rimborso di 3.500 euro per intervento: nella nostra situazione corrisponderebbe ad un ricavo di circa **900 mila euro**<sup>1</sup>.

## 2) l'erogazione di prestazioni di radiologia interventistica

Queste procedure, effettuate su pazienti ricoverati presso l'Ifo, hanno generato costi aggiuntivi e non riconoscibili dall'attuale sistema DRG per **800 mila euro** (600 mila euro per consumi di presidi sanitari e 200 mila euro per costo del personale).

Questi costi possono essere rappresentati come "costi aggiuntivi" non riconosciuti.

### **Tariffe extra LEA ed aumento entrate proprie**

Si prevede di incrementare le entrate propria attraverso il miglioramento dei ricavi attuali per l'attività esterna del "San Gallicano" attraverso azioni volte alla diffusione del "Brand". Tenuto conto infatti dell'elevata visibilità di questo "Brand", associato in generale alla cura della pelle in senso lato, si ritiene che gli attuali livelli di ricavi della "Farmacia esterna San Gallicano" possano essere sensibilmente incrementati.

<sup>1</sup> Quotidiano Sanità, articolo del 18 ottobre 2014

### Costi

In sintesi, le azioni si focalizzeranno sulla razionalizzazione e sull'efficiamento nell'ambito sanitario e amministrativo, attraverso la messa in atto una serie di azioni quale ad esempio: rinegoziazione dei contratti, la revisione e riorganizzazione dei servizi, appropriatezza prescrittiva

A tutto questo si assocerà:

- una verifica sistematica sulle singole voci di bilancio; ogni ambito di attività verrà sottoposto a revisione per valutare i singoli risparmi di spesa;
- il contenimento della spesa dei farmaci dispositivi in chiave di appropriatezza ed il migliore utilizzo delle tecnologie secondo una logica di Health Technology Assessment.

Occorre inoltre segnalare l'impatto sul conto economico del *completamento del trasferimento dei laboratori di ricerca*. Lo scorso dicembre sono stati inaugurati i nuovi laboratori di ricerca presso l'Ifo. E' stata in questo modo completata la fase di trasferimento del personale impiegato nella ricerca e del relativo allestimento dei locali.

Nel corso del 2014 dovranno essere liberati i locali presso cui erano insediati i laboratori, una volta che sarà completato il trasferimento anche dello stabulario.

**Lancio progettualità future e sviluppo produttività*****Aumento della produttività e pieno utilizzo delle strutture***

Nel corso del 2014 sono state avviate azioni specifiche sulla produttività, sia sul fronte dell'utilizzo della sala operatoria che delle prestazioni ambulatoriali.

***Maggiore utilizzo della sala operatoria***

Nelle ultime 7 settimane del 2014 sono state attivate ulteriori sedute di sala operatoria. Ciò ha consentito di programmare circa 200 interventi chirurgici aggiuntivi. Complessivamente questo incremento nell'utilizzo delle sale operatorie genera ricavi potenziali per circa 900 mila euro, a fronte di costi aggiuntivi per personale infermieristico e consumo di materiali sanitari e costi di funzionamento per circa 500 mila euro.

Nel 2015 si può prudenzialmente stimare in circa 5,2 milioni di euro l'importo dei ricavi aggiuntivi, a fronte di costi complessivi di 2,8 milioni di euro.

***Abbattimento delle liste di attesa***

Sul fronte delle prestazioni ambulatoriali sono stati attivati da ottobre 2014 in poi due acceleratori lineari della Radioterapia, che hanno consentito già nel 2014 di aumentare le prestazioni ambulatoriali, come del resto richiesto per l'abbattimento delle liste di attesa.

Questa la programmazione a della maggior produzione per il 2014:

	<b>Ambulatoriale</b>	<b>Rimborso costo del personale</b>
Medicina Nucleare	58.990	
Radiologia	68.462	
Radioterapia	129.600	
<b>Totale</b>	<b>257.052</b>	<b>100.000</b>

Per quanto riguarda la Radioterapia si rileva che, oltre al fatturato ambulatoriale previsto per il 2014, servirebbe mantenere attivo il progetto fino al 31 marzo 2015 al fine del riallineamento delle prestazioni ai percorsi diagnostico terapeutici, per un corrispondente valore di produzione di 150 mila euro ed un costo aggiuntivo del personale di 30 mila euro. Di seguito la tabella riepilogativa:

	<b>Attività (fatturato ambulatoriale)</b>			
	Pianificata	Al 2 dicembre 2014	Dicembre 2014	Previsione a finire 2014
Medicina Nucleare	58.990	32.000	27.000	<b>59.000</b>
Radiologia	68.462	16.000	6.000	<b>22.000</b>
Radioterapia	129.600	73.000	56.000	<b>129.000</b>
<b>Totale</b>	<b>257.052</b>	<b>121.000</b>	<b>89.000</b>	<b>210.000</b>
<b>Tetto regionale</b>				<b>130.000</b>
<b>Delta</b>				<b>80.000</b>
<b>Radioterapia: gennaio-marzo 2015:</b>				
- fatturato ambulatoriale				<b>150.000</b>
- costo del personale				<b>30.000</b>

***Sviluppo di programmi di ricerca traslazionale*** grazie al completamento dei laboratori di ricerca.

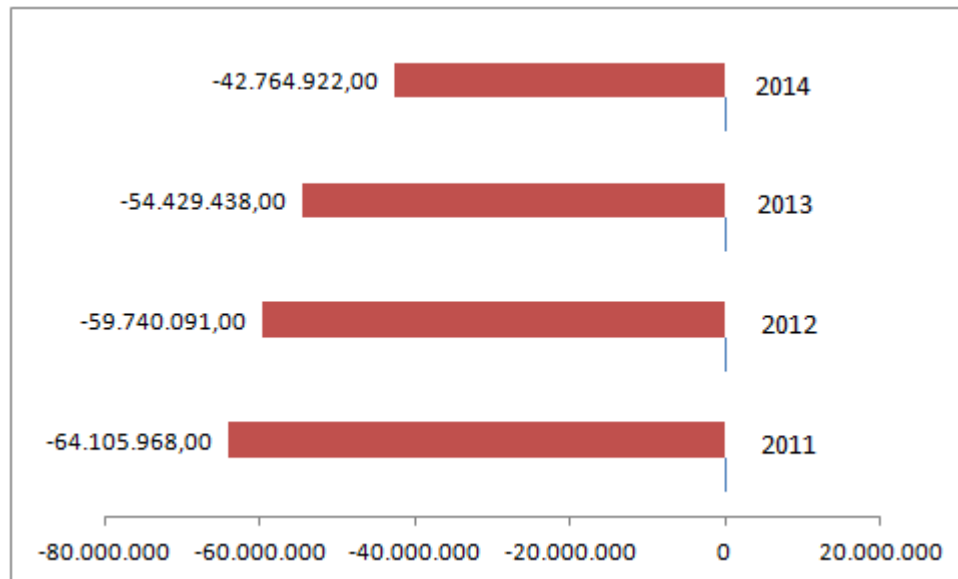
***Ruolo nella rete oncologica e candidatura per la gestione del Registro Tumori della provincia di Roma***

Sarà di particolare impulso alla maggiore caratterizzazione dell'Ifo nel suo ruolo di struttura di riferimento nella rete oncologica e dermatologica essere riconosciuto come "gestore" del Registro Tumori della provincia di Roma.

***Sviluppo di modelli gestionali rivolti ad integrare assistenza e ricerca secondo modalità innovative*** anche grazie al *nuovo modello di Atto Aziendale*, che prevede una maggiore integrazione tra area assistenziale e ricerca.

### 7. 2 Conto economico tendenziale

Perdita d'esercizio - anni 2011 - 2014



Il budget per l'anno 2015 conferma il trend degli ultimi quattro anni e che fanno rilevare una riduzione cumulata della perdita d'esercizio del 33% (\*).

Per quanto riguarda il conto economico tendenziale per l'anno 2016 si fa riferimento alle relative proiezioni regionali non essendo al momento ipotizzabile, nel contesto generale dei cambiamenti descritti in questo Piano, un dimensionamento alternativo delle voci di costo e ricavo. E' comunque possibile sin d'ora, visto il budget per il 2015, prevedere un miglioramento del risultato d'esercizio anche per l'esercizio 2016 rispetto conto economico tendenziale di cui alle proiezioni regionali (perdita di circa 61 milioni di euro).

(\*) Valori 2014 e 2015 provvisori

ID	CONTO ECONOMICO €/000	FORMULE
A1	Contributi F.S.R.	11.971.817
A2	Saldo Mobilità	97.790.857
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	4.930.373
A3.2	Ticket	4.211.311
A3.3	Altre Entrate Proprie	8.550.284
A3	Entrate Proprie	17.691.968
A4	Saldo Intramoenia	2.554.203
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 855.535
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	2.600.000
A	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>131.753.310</b>
B1	Personale	65.008.528
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	41.893.920
B3	Altri Beni e Servizi	62.955.058
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	262.150
B5	Accantonamenti	1.390.406
B6	Variazione Rimanenze	158.354
B	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>171.668.416</b>
C1	Medicina Di Base	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	-
C3	Prestazioni da Privato	200.000
C	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>200.000</b>
D	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>171.868.416</b>
E	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 40.115.106</b>
F	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>5.767.076</b>
G	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 45.882.182</b>

Per l'anno 2015 le azioni di miglioramento illustrate in precedenza, con riferimento alla sostenibilità economica del presente Piano e agendo sia su costi che ricavi, contribuiranno a migliorare ulteriormente la performance di bilancio che si attesta su una perdita a circa 45 milioni di euro.

### **8 LA METODOLOGIA ADOTTATA E GLI STRUMENTI DI CONTROLLO**

La metodologia adottata si sviluppa nel seguente percorso:

- Definizione degli obiettivi di budget specifici da assegnare ai responsabili di struttura complessa, semplice e semplice dipartimentale sulla base delle indicazioni e degli obiettivi strategici individuati dalla Direzione, conformemente alle linee-guida fissate dalla Regione Lazio in relazione sia ai costi che ai volumi di attività;
- Nomina del Comitato di Budget;
- Definizione di un piano di indicatori per la valutazione ed il controllo degli obiettivi;
- Predisposizione e consegna dei documenti di base ai responsabili di struttura e quindi della proposta di Budget da parte della Direzione Strategica;
- Negoziazione con i Dirigenti Responsabili;

Sull'aspetto della negoziazione occorre precisare che per l'area sanitaria, si prevede di mantenere un momento di confronto tra la Direzione e i vari responsabili di unità operativa (UOC e UOSD) con una partecipazione congiunta con i Direttori di Dipartimento.

Dal punto di vista operativo quindi le schede degli obiettivi della singola struttura che compone il Dipartimento saranno sottoscritte dal Direttore di Dipartimento e dal dirigente responsabile.

E' previsto il coinvolgimento dei coordinatori infermieristici negli incontri per la negoziazione.

La negoziazione avviene con la Direzione Generale ed è presieduta per le Strutture Sanitarie dal Direttore Sanitario Aziendale e per le Strutture Amministrative dal Direttore Amministrativo.



## **7 LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI: IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE**

La programmazione aziendale viene sviluppata con riferimento all'Albero della performance, adeguato di anno in anno in relazione alle indicazioni regionali ed all'andamento dei valori consuntivati.

Nelle tabelle seguenti viene rappresentato l'albero della performance adottato per il budget 2013 e 2014 e che sarà alla base del budget per il 2015.

Macro Area	Area *	descr Obiettivo R3	azione	descrizione dato R3
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA E QUALITA'	APPROPRIATEZZA CLINICA e DIAGNOSTICA	Aumento dei livelli di complessità prestazionale	incremento	pm APR-DRG RO
			incremento	pm drg RO (incl scarti)
			incremento	pm DH DS (incl scarti)
			incremento	Indice di operatività chirurgica (incl scarti)
		Riduzione degli abbattimenti (Trasferimento DRG Lea da regime ordinario in DH)	riduzione	numero ricoveri a rischio inappropriatelyzza
			riduzione	% DRG ad alto rischio inappr. su tot. DRG
		Riduzione degli abbattimenti (Prestazioni DH e DS valide)	azzeramento	N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)
		Riduzione degli abbattimenti (Riduzione ricoveri diagnostici)	riduzione	Prestazioni interne richieste
			riduzione	Numero prestazioni prodotte per interni
		Potenziamento attività di day service (Trasferimento attività da ricovero dh/ds in ambulatorio)	incremento	Attività in Day service (N. PAC e APA erogati)
			incremento	N. PAC Breast Unit
		Migliore utilizzo preospedalizzazione	monitoraggio (incremento)	N. pazienti PO/Tot Pazienti
			monitoraggio (incremento)	N. PO/Tot. Interventi (incl. extra Regione)
			monitoraggio (incremento)	N. PO valide su totale
			incremento	N. pazienti extra regione senza PO
		Mantenimento Qualità professionale Referti prodotti	mantenimento	Mantenimento Qualità professionale Referti prodotti - Referti PET a doppia firma (valutabili su RIS/PACS)
Riduzione degli abbattimenti per ricoveri ripetuti	riduzione	Ricoveri ripetuti		

Macro Area	Area *	descr Obiettivo R3	azione	descrizione dato R3
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA E QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Riduzione ricoveri ordinari medici brevi	riduzione	N. RO medici brevi (incl scarti)
		Riduzione ricoveri ordinari chirurgici 0-1 gg.	riduzione	RO chirurgici inappropriati (0-1 g.) (incl scarti)
		Ottimizzazione del processo produttivo clinico tramite:	rispetto	Tempistica validazione RAD: entro 10 gg dalla data di dimissione
			rispetto	Rispetto tempistica rendicontazione attività ambulatoriale
			riduzione	Degenza media
			riduzione	Degenza media preoperatoria
			azzeramento	Rad non inviabili per eccessivo ritardo
			riduzione	Prestazioni richieste urgenti alla Patologia Clinica IRE
			riduzione	Prestazioni interne urgenti erogate da Patologia Clinica IRE (totali)
			mantenimento	attività irraggiamento sacche sangue
		Ottimizzazione processo produttivo clinico: Utilizzo procedure standardizzate	attivazione	Protocollo riorganizz/gestione PL T.I. - attivazione
			attivazione	Realizzazione della check list di S.O.
		Attività obiettivi di piano	pubblicazione	Relazione attività obiettivi di piano - Invio al CdG
		Aumento offerta ambulatoriale per esterni	mantenimento	Valore Medio prestazioni esterni
			incremento	Numero prestazioni per esterni (valide)
		Riduzione tempi refertazione	riduzione	tempo medio consegna risposta per referti interni - riduzione
		Implementazione, pianificazione ed avvio trattamenti rapidarc con e senza tecnica FFF	pubblicazione	trattamenti rapidarc con e senza tecnica FFF (Implem. pianificaz. avvio) - pubblicazione relazione
		Messa a punto di nuove modalita' di trattamento in terapia radiometabolica	pubblicazione	nuove modalita' trattamento in terapia radiometabolica (messa a punto) - pubblic. relazione
		Messa a punto ed implementazione di studi basati sull'imaging a Risonanza Magnetica	pubblicazione	studi basati sull'imaging a Ris. Magnetica (messa a punto ed implementazione) - pubblic. relazione
		Ottimizzazione Radioprotezione pazienti	pubblicazione	Ottimizzazione Radioprotezione pazienti - Relazione
Estensione progetto Qualità da Reparti pilota	pubblicazione	Estensione progetto Qualità da Reparti pilota - Relazione finale		
ADT informatizzata nei reparti	completamento	ADT informatizzata nei reparti - completamento		

Macro Area	Area *	descr Obiettivo R3	azione	descrizione dato R3
MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA E QUALITA'	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Promozione dell'appropriatezza dell'attività ospedaliera	supporto	Supporto per consentire lo svolgimento dell'attività dei controlli esterni ASL
			supporto	Supporto al SIO nello svolgimento degli audit con i referenti di reparto
			supporto	Supporto attivaz. procedura cartella amb. LAIT
		revisione costo prestazioni alpi	completamento	Completare revisione costo prestazioni alpi
		verifica prestazioni	verifica	Istruttoria / verifica prest. est/int rich/erogate
		Tempi consegna referti	riduzione	Tempi consegna referti PET per interni (h)
		Registrazione tempestiva delle bolle di carico e dei movimenti di magazzino	rendicontazione	Registrazione movimenti magazzino entro il 5 del mese succ.
		Implem. Procedura cadute accid.	Implementazione	Procedura cadute accid. (monitoraggio trim al Risk manager) - relazione
		Attivazione amb. a gest. Infirm.	avvio	Amb. a gest. Infirm. (medicazioni chir., accessi venosi; lesioni cutanee)
		Progetto fattibilità riorg. Reparti ad Intensità di cura	avvio	Progetto fattibilità riorg. Reparti ad Intensità di cura
		Unit Psoriasi	avvio	Unit Psoriasi - attivazione
	Attivazione PDT	rendicontazione	Attivazione PDT (rendicontazione)	
	QUALITA'	"Buone Pratiche di Laboratorio"	incremento	"Buone Pratiche di Laboratorio" - studi svolti commissionati da aziende esterne (incremento)
		Aumentare l'interazione clinico-sperimentale attraverso la definizione di tests o analisi specifiche	definizione	Definizione test o analisi di 'eccellenza' diagnostica
		Incrementare Distribuzione tessuti - Attivare convenzioni con Ditte Estere	attivazione	Attivazione convenzioni per importazione di tessuti che necessitano validazione BTMS (regionali)
		Incrementare Distribuzione tessuti - Attivare convenzioni con altre Regioni	attivazione	N. convenzioni extraregionali
		Incrementare il numero dei consensi all'espianto	incremento	Consensi per prelievo da parte dei familiari
		Incrementare il numero delle donazioni da donatore vivente e cadavere	incremento	n. prelievi epifisi femorali
		Potenziare la formazione in ambito di regionale	svolgimento	corsi di formazione aziendale presso ASL regionali
		Aumento grado di adesione all'utilizzo di PDT	rendicontazione	N. PDT attivi – Verifica modalità di revisione periodica (rendicontazione)
		Amb. Medicina rigenerativa	avvio	Avvio gruppo lavoro amb. Medicina rigenerativa
		Monitoraggio sistema ISO9000	monitoraggio	Monitoraggio sistema ISO9000 - Riesame Direzione (0/1)
		Attivazione percorsi	rendicontazione	Attivazione percorsi - Relazione

Macro Area	Area *	descr Obiettivo R3	azione	descrizione dato R3
SPESA FARMACEUTICA	QUALITA'	Incremento interventi di Farmacovigilanza	monitoraggio	segnalazioni reazioni avverse in farmacovigilanza
	OTTIMIZZAZIONE GESTIONE RICHIESTE	Revisione anagrafica farmaci	pubblicazione	Revisione anagrafica farmaci - consegna relazione e verifiche trimestrali
		Razionalizzazione Scorte Reparti	rendicontazione	Razional. Scorte Reparti - ispezioni ai reparti - rendicontazione
			rendicontazione	Razional. Scorte Reparti -n. incontri formativi
	GOVERNO CLINICO SCELTE PRESCRITTIVE	Promozione uso Farmaci Generici	incremento	Consumo Farmaci Generici Ifo: Percentuale sul Totale Consumo Farmaci
		Revisione modalità controllo utilizzo farmaci off-label	riduzione	spesa per off-label
		Abbattimento oneri aggiuntivi	incremento	% fatture liquidate entro 30 gg da ricevimento Risorse Econ.
		Monitoraggio terapie ad alto costo	rendicontazione	Monitoraggio terapie ad alto costo - Rendicontazione nominativa (0/1)
		Contenimento Costi	riduzione	Costo dei Farmaci
			riduzione	Costo dei materiali sanitari
			riduzione	Costo dei Farmaci Ifo
			riduzione	Costo dei materiali sanitari Ifo
			riduzione	Costo mat san escl nuovi materiali Endosc. Dig. (da definire)
			riduzione	Costo Farmaci escl nuovi farmaci CNN Ematologia (da definire)
			riduzione	Costo mat. Sanitari escl Thyrogen
			monitoraggio senza obj (riduzione)	Thyrogen
			monitoraggio senza obj (riduzione)	Consumi Robot
	monitoraggio senza obj (riduzione)		N. Interventi Robot	
	monitoraggio senza obj (riduzione)	Rapporto % Personale/Ricavi		
	monitoraggio senza obj (riduzione)	Rapporto % Farmaci/Ricavi		
monitoraggio senza obj (riduzione)	Rapporto % Mat. Sanitari/Ricavi			

### **8 LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE: IL BUDGET AZIENDALE E METODOLOGIA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE**

Attraverso il sistema di budget (budgeting), gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi dei dirigenti e delle differenti articolazioni organizzative aziendali (dipartimenti, unità operative sanitarie, staff, unità operative amministrative).

Il processo di budgeting, rappresenta per l'azienda il momento di traduzione dei programmi generali, come definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e nei piani attuativi aziendali, in obiettivi specifici di ogni singola struttura (Centro di responsabilità) correlati alle cosiddette "variabili controllabili" del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (dirigente) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli può incidere.

Il processo di budgeting dell'Azienda si articola nelle seguenti fasi:

1. predisposizione - linee di indirizzo;
2. individuazione dei Centri di Responsabilità/Titolari di Budget secondo quanto indicato nell'Atto Aziendale;
3. trasmissione all'Organismo Indipendente di Valutazione dei documenti relativi all'avvio del Ciclo di gestione della Performance;
4. predisposizione delle Schede di Budget per i Centri di Responsabilità/titolari di budget;
5. fase di avvio del Ciclo di Gestione della Performance;
6. fase di negoziazione finale;
7. fase di consolidamento delle Schede di Budget e predisposizione delibera di chiusura della negoziazione;
8. trasmissione all'Organismo Indipendente di Valutazione dei documenti relativi alla fase di negoziazione del Ciclo di gestione della Performance;
9. informativa sul Ciclo di gestione della Performance attraverso pubblicazione sul sito aziendale nella sezione dedicata alla trasparenza;
10. analisi periodica degli eventuali scostamenti con evidenza delle criticità;

11. eventuale revisione del Piano Strategico;
12. verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi;
13. sistema di misurazione e valutazione della Performance.

Il processo di budgeting all'interno dell'azienda è un processo negoziale che, per scelta direzionale, risulta fortemente guidato dalla Direzione Aziendale. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno tuttavia sempre - stante la natura negoziale dello stesso - condivisi e concordati, rappresentando, ai sensi dei vigenti contratti collettivi di lavoro, gli elementi per la valutazione annuale, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'art. 14 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, della performance organizzativa delle strutture aziendali e della valutazione dei dirigenti apicali.

E' necessario, in particolare, che il processo di budget si caratterizzi per:

- tempi di svolgimento che rispettino la tempistica concordata, anche per consentire una eventuale rinegoziazione a metà anno;
  - forte coerenza con gli obiettivi regionali;
  - attenzione ai vincoli economici.

Si ricorda, inoltre, che la finalità del budget non è quella di ricomprendere, all'interno della scheda, tutte le attività del Centro di Responsabilità attuali e future, ma quella di definire il contributo (ambito e contenuti) che ogni Centro di Responsabilità potrà dare nello svolgimento di quelle azioni e attività che consentano il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La Scheda di Budget è un prospetto sintetico redatto per i centri di responsabilità/Titolari di Budget.

E' articolato in sezioni in corrispondenza delle aree strategiche individuate nella *mission*. Nell'ambito di ciascuna area vengono inquadrati gli obiettivi generali ed operativi con i relativi indicatori di misurazione, specificando per ciascuno le seguenti informazioni:

- il valore negoziato per l'Anno di riferimento;
- i valori di *range* entro i quali l'obiettivo si considera raggiunto;
- la percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

**I tempi (CRONOPROGRAMMA) del processo di budget**

La Direzione Generale conclude le negoziazioni del budget entro il 30 Aprile di **ciascun anno**.

Tale scadenza può essere rispettata solo con la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti.

Il rispetto dei tempi rappresenta, pertanto, una condizione essenziale per dare valore al processo di Programmazione e Controllo e costituisce un elemento di valutazione per tutta la dirigenza aziendale.

A tale scopo il processo di budget viene avviato appena disponibili i dati di consuntivo dell'anno precedente, opportunamente elaborati dal Bilancio e - attraverso la scheda di budget - messi a disposizione dei soggetti interessati e coinvolti nel processo di budget. Nel corso dell'anno sarà in ogni caso possibile rivedere gli obiettivi ed i programmi di attività concordati in sede di negoziazione del budget, qualora lo richiedano importanti ed oggettive modificazioni di contesto registrate nel primo semestre.

Il **cronoprogramma** del processo di budget è pertanto il seguente, salvo diversa tempistica che potrà definirsi per specifiche esigenze o per problematiche al momento non valutabili:

entro il 28 febbraio	Adozione da parte della Direzione Generale delle linee guida (processo di budget) per l'anno in corso
Entro il 10 marzo	Avvio - da parte della Direzione Generale - del Ciclo di Gestione della Performance (processo di budget) per l'anno in corso individuando i Centri di responsabilità/Titolari di Budget secondo quanto indicato nell'Atto Aziendale
Entro il 15 marzo	Predisposizione delle schede di budget
Entro il 20 marzo	Ultimazione consegna delle schede della Direzione Aziendale ai responsabili di Centro di Responsabilità/Titolari di Budget individuati quali destinatari del processo di budget
Entro 10 gg dalla consegna	Tempo a disposizione dei Dirigenti di Centro di Responsabilità per: - Valutazione e condivisione degli obiettivi con gli operatori della struttura - Restituzione alla delle schede con proposte sul risultato atteso e su eventuali obiettivi integrativi
Dal 1 aprile al 30 aprile	Negoziazione, anche attraverso appositi momenti di Dal 1 Aprile al 30 verifica e confronto con la Direzione aziendale Aprile verbale di negoziazione
Entro il 30 aprile	Consolidamento ed accredito degli obiettivi negoziati
Entro il 30 giugno	Eventuale revisione del piano della performance e adozione della relazione sulla performance



### **Variazione dei budget**

Nel corso dell'esercizio annuale è previsto il monitoraggio **trimestrale** dell'andamento degli indicatori; il Comitato di Budget esegue l'analisi degli scostamenti tra andamento parziale rilevato e andamento programmato dei diversi obiettivi. Vengono infatti discussi in quella sede gli scostamenti di entità tale da ritenere necessari approfondimenti, discuterne il problema e individuarne le cause.

Al termine di tali incontri è possibile ritenere non giustificate le cause della differenza tra indicatori effettivi e programmati ed in questo caso non è prevista la rinegoziazione di un eventuale variazione del budget.

Nel caso in cui invece vengano alla luce delle situazioni particolari, giudicate dal Comitato di Budget oggettive e non preventivabili al momento della negoziazione, per le quali si ritiene giustificato lo scostamento dal budget, è necessario correggere il valore assegnato mediante una rinegoziazione che tenga conto della rinnovata situazione.

A conclusione dell'esercizio annuale il Comitato di Budget elabora il conto consuntivo dei centri di attività ponendo a confronto per ciascuno il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Tali risultati andranno ad integrare la valutazione del conseguimento degli obiettivi da parte dei centri di attività.



segue deliberazione n° 233 del 14 APR. 2015

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito dell'Ente a decorrere dal 21 APR. 2015

**IL DIRIGENTE  
DELLA U.O. ATTI DELIBERATIVI**

**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO**  
*Dr. Enrico DEL BAGLIVO*

La presente deliberazione è stata notificata in copia al Collegio Sindacale in data 21 APR. 2015

**IL DIRIGENTE  
DELLA U.O. ATTI DELIBERATIVI**

(.....)  
**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO**  
*Dr. Enrico DEL BAGLIVO*