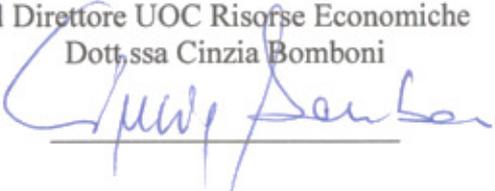


<b>DELIBERAZIONE N.</b> <u>96</u> <b>DEL</b> <u>08 FEB. 2017</u>	
<b>Oggetto:</b> Approvazione del "Piano di efficientamento 2017-2019" degli IFO ad integrazione della deliberazione del 12 dicembre 2016, n. 1129.	
Esercizio _____ Conto _____ Sottoconto n. _____ Centro di costo _____ Budget - assegnato: €..... - utilizzato: €..... - presente atto €..... - Residuo : €..... Scostamento budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SERVIZIO RISORSE ECONOMICHE PER PRESA VISIONE Servizio Risorse Economiche <u><i>[Signature]</i></u>	<p style="text-align: center;">           Il Direttore UOC Risorse Economiche            Dott.ssa Cinzia Bomboni                Proposta n. <u>2</u> del <u>08/02/2017</u> </p>
<p style="text-align: center;"><b>PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</b></p> <p style="text-align: center;"><u><i>[Signature]</i></u></p> Data <u>08/02/2017</u> <p style="text-align: center;"><u><i>[Signature]</i></u>          IL DIRETTORE SANITARIO <i>[Signature]</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b></p> <p style="text-align: center;"><u><i>[Signature]</i></u></p> Data <u>08/02/2017</u> <p style="text-align: center;"><u><i>[Signature]</i></u>          IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</p>
Parere del Direttore Scientifico _____ data _____ Firma _____ Parere del Direttore Scientifico _____ data _____ Firma _____	
La presente deliberazione si compone di n° _____ pagine di cui n° _____ pagine di allegati che ne formano parte integrante e sostanziale.	



segue deliberazione n° 96 del 08 FEB. 2017 pag. 2

### Il Direttore UOC Risorse Economiche

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Vista la deliberazione del 12 dicembre 2016, n. 1129, avente per oggetto "Individuazione dei requisiti di sostenibilità economica dei Piani di Rientro – DCA n. U00273/2016, degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri", sottoposta ai competenti Uffici della Regione Lazio nell'incontro del 13 dicembre 2016;
- Richiamate tutte le norme e le disposizioni contenute nelle premesse della predetta deliberazione n. 1129/2016, che qui si intendono integralmente riportate;
- Considerato
- che la Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, con nota del 12 gennaio 2017, n. 14718, ha trasmesso una richiesta di integrazione e modifiche al Piano di Rientro 2017-2019 di questo Ente;
  - che tale integrazione è richiesta dal livello regionale con l'obiettivo di rendere le manovre di cui trattasi maggiormente coerenti con quanto previsto a livello regionale, nell'ambito del Programma Operativo 2016-2018, sia dal punto di vista dell'impatto economico atteso, sia in ordine alla selezione delle manovre utili alla riduzione del disavanzo;
  - ancora che, nel dettaglio, agli IFO è stato richiesto di focalizzare i propri ambiti di intervento sui seguenti tre assi:
    - a) completamento della rilevazione dei dati gestionali/contabili richiesti dalla Regione ed analisi dei dati raccolti;
    - b) rappresentazione del trend 2013-2016 delle voci di costo e ricavo, fornendo evidenza delle determinazioni che hanno generato tali scostamenti;
    - c) rappresentazione del programmatico 2017-2019 delle voci di costo e ricavo, fornendo evidenza delle manovre pianificate e del contributo di ciascuna manovra al raggiungimento del risultato economico;



segue deliberazione n° 96 del 08 FEB. 2017 pag. 3

- Considerato che, pertanto, in ragione di quanto precede, gli IFO hanno elaborato una versione corretta del Piano di Efficientamento 2017/2019 sulla base delle indicazioni regionali come dettagliato in seguito.
- Dato atto
- che detto Piano, contiene, pur se in maniera sintetica, le indicazioni sulla visione futura dell'Istituto che saranno ulteriormente approfondite e dettagliate nel Piano Strategico che l'Amministrazione intende predisporre nel corso dell'anno 2017 e di cui il Piano in oggetto sarà parte integrante;
  - che il nuovo Piano persegue una difficile sintesi tra la necessità di prendere in considerazione i processi di cambiamento ed innovazione che il sistema propone quotidianamente ad un Istituto di ricerca come IFO e i necessari sforzi di razionalizzazione ed efficientamento richiesti ai fini del perseguimento dell'equilibrio economico aziendale e del sistema regionale e nazionale nel complesso;
  - infine, che, rispetto al precedente documento adottato con la deliberazione n. 1129 del 12 dicembre 2016, con il presente Piano si è completato l'insieme delle analisi propedeutiche e necessarie alle valutazioni strategiche, nonché si è proceduto ad approfondire e rendere più incisiva e comprensibile la sezione relativa alla definizione degli obiettivi, attraverso una ridefinizione degli stessi, declinando con maggior dettaglio le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli stessi;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nelle forme e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficienza di cui all'art. 1, primo comma, della legge n. 241/90, come modificata dalla legge n. 15/2005;
- 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;



segue deliberazione n° 96 del 08 FEB. 2017 pag. 4

### **Propone**

per le motivazioni e le finalità di cui in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare il “Piano di efficientamento 2017-2019” degli IFO che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, ad integrazione della deliberazione del 12 dicembre 2016, n. 1129;
- di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, ai sensi del DCA n. U00273/2016.

**Il Direttore UOC Risorse Economiche  
Dott.ssa Cinzia Bomboni**



segue deliberazione n° 96 del 08 FEB. 2017 pag. 5

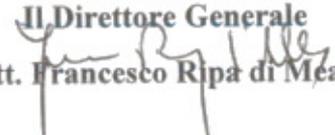
### Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- In Virtù dei poteri conferitigli dal Presidente della Regione Lazio con Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248;
- Preso atto che il Direttore Amministrativo proponente sottoscrive il presente provvedimento e attesa che lo stesso, 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;
- Preso atto altresì che il Direttore Amministrativo proponente sottoscrive il presente provvedimento e attesta in particolare, che lo stesso 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 f.f. e del Direttore Amministrativo f.f.;

ritenuto di dover procedere;

### Delibera

- di approvare la proposta così formulata concernente **“Approvazione del “Piano di efficientamento 2017-2019” degli IFO ad integrazione della deliberazione del 12 dicembre 2016, n. 1129.”** e di renderla disposta;
- di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, ai sensi del DCA n. U00273/2016.

Il Direttore Generale  
  
Dott. Francesco Ripa di Meana

# Istituti Fisioterapici Ospitalieri

## I.F.O.



**PIANO DI EFFICIENTAMENTO 2017 – 2019**

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>1 ANALISI DELLA SITUAZIONE ECONOMICO GESTIONALE DEL TRIENNIO 2013-2015</b>	<b>4</b>
1.1 Ricavi	5
1.1.1 Analisi dei dati di produzione del triennio 2013-2015	6
1.1.1.1 Ricoveri	6
1.1.1.2 Ambulatoriale	16
1.1.1.3 Rappresentazione delle "principali" attività non remunerate con DRG/tariffe	19
1.2 Costi	20
1.2.1 Personale	20
1.2.2 Beni e servizi	24
1.2.2.1 Prodotti farmaceutici	24
1.2.2.2 Dispositivi medici	27
1.2.2.3 Servizi	28
1.2.2.4 Macchinari: sistema "Da Vinci"	30
<b>2 DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI, INTERVENTI E AZIONI</b>	<b>33</b>
2.1 Punti di forza e punti di debolezza emersi dalle analisi dell'ultimo triennio in termini sia economici che gestionali	33
2.2 Ruolo attuale dell'azienda all'interno della rete regionale e nazionale	37
2.3 Vincoli normativi definiti a livello nazionale e regionale	39
2.4 Definizione degli obiettivi e relative manovre di efficientamento della spesa e controllo dei fabbisogni	41
2.4.1 Manovre di costo a perimetro di attività costante	42
2.4.1.1 Manovre su acquisto e consumo di beni e servizi	42
2.4.1.2 Manovre sul personale	44
2.4.1.3 Manovre sulla riorganizzazione dei processi	46
2.4.2 Manovre di potenziamento selettivo dell'attività	48
2.4.3 Altre azioni non quantificate nel conto economico programmatico	50
2.4.4 Riepilogo delle Manovre	50
<b>3 PREDISPOSIZIONE DEL CONTO ECONOMICO TENDENZIALE E PROGRAMMATICO, MONITORAGGIO DELLE AZIONI E VERIFICA DEI RISULTATI</b>	<b>52</b>
3.1 Conto Economico Tendenziale	52

3.2	Conto Economico Programmatico	56
4	<b>LA GOVERNANCE DEL PIANO</b>	<b>60</b>
4.1	Pianificazione Strategica e piano delle performance	60
4.2	Il budget aziendale e la metodologia del ciclo delle performance	60
4.3	Monitoraggio dei budget	62
4.4	La Governance del Piano	62

## INTRODUZIONE

Con il DCA 273/2016 la Regione Lazio ha inserito l'IFO tra le strutture che, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 21.06.2016, in attuazione dell'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), erano tenute a presentare un piano di rientro dal disavanzo, con l'obiettivo di riequilibrare, nel triennio 2017-2019, lo scostamento tra costi e ricavi, calcolato secondo la metodologia indicata nel decreto stesso.

Il presente documento è stato redatto in coerenza con le indicazioni del suddetto DM, nonché in coerenza con le indicazioni pervenute dalla Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, nei diversi momenti di confronto che hanno scadenato la predisposizione del piano.

Il Piano di Efficientamento 2017-2019 dell'IFO contiene, pur se in maniera sintetica, le indicazioni sulla visione futura dell'Istituto che saranno ulteriormente approfondite e dettagliate nel Piano Strategico che la Direzione Generale intende predisporre nel corso del 2017 e di cui il presente piano sarà parte integrante.

In questo senso, si sottolinea l'importanza di questo documento che persegue una difficile sintesi tra la necessità di prendere in considerazione i processi di cambiamento ed innovazione che il sistema propone quotidianamente ad un istituto di ricerca come l'IFO e i necessari sforzi di razionalizzazione ed efficientamento richiesti dal DM ai fini del perseguimento dell'equilibrio economico aziendale e del sistema regionale e nazionale nel complesso.

Rispetto al documento "*Individuazione dei requisiti di sostenibilità economica dei Piani di Rientro – DCA 273/2016*" deliberato il 9 dicembre 2016, in questa sede, si è completato l'insieme delle analisi propedeutiche e necessarie alle valutazioni strategiche, nonché si è proceduto ad approfondire e rendere più incisiva e comprensibile la sezione relativa alla definizione degli obiettivi attraverso una ridefinizione degli stessi. Se il precedente documento ha posto gli obiettivi, ambiziosi, a cui tendere, con il presente documento è stato possibile declinare con maggior dettaglio le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli stessi.

Il presente Piano pone un'importante riflessione strategica che mira al raggiungimento degli obiettivi di rientro previsti dal DCA 273/2016 e pone le basi per il Piano Strategico che l'Istituto predisporrà nel corso del 2017, in coerenza sia con il presente Piano, sia con il Piano delle Performance.

Il Direttore Generale  
  
Francesco Ripa di Meana

# 1 Analisi della situazione economico gestionale del triennio 2013-2015

La situazione economico finanziaria dell'IFO evidenzia, come illustrato nel grafico seguente, una riduzione del disavanzo tra il consuntivo 2013 e la stima a chiudere 2016 di circa 6 €/mln, nonché una riduzione dello stesso di circa 13 €/mln tra il risultato al IV trimestre 2015 e la stima a chiudere 2016.

Inoltre, ricalcolando lo scostamento ex DM 21.06.2016 per il consuntivo 2015 (-5,4 €/mln) e la stima a finire 2016 (-2,3 €/mln), si rileva un netto miglioramento del dato rispetto al CE IV trimestre 2015 (-18,5 €/mln) sulla base del quale l'IRCCS era stato sottoposto al Piano di Efficiamento.

*Evoluzione risultato economico (Trend 2013 – 2016)*

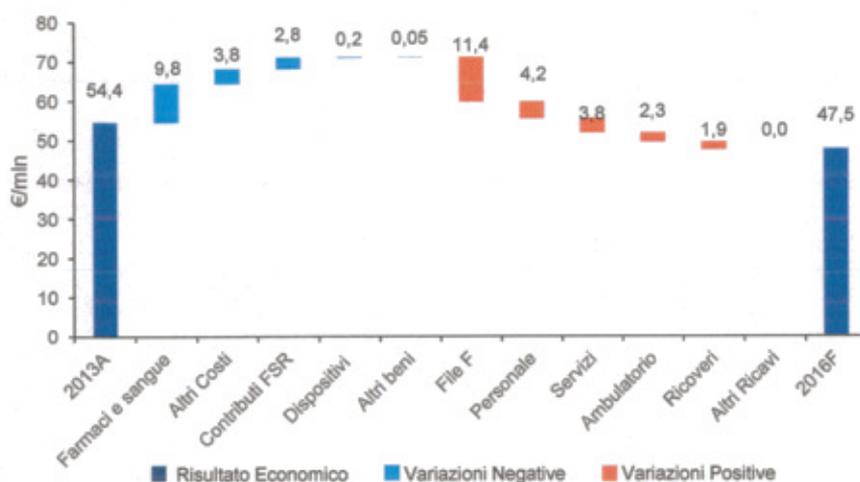


Fonte dati: Conto Economico (ed elaborazione tendenziale stima a chiudere 2016)

Rispetto l'anno 2013, la stima a finire del 2016 conferma l'andamento positivo dei ricavi, con un incremento sia del File F, compensato da un conseguente aumento della spesa per farmaci, sia dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda i costi, unitamente ad una riduzione del costo del personale (-5%) principalmente imputabile al blocco del turn over e dei servizi (-12%), la stima a finire 2016 rileva un incremento degli accantonamenti, imputabile principalmente all'incremento dei fondi per accantonamenti rischi.

*Evoluzione costi e ricavi (Trend 2013 – 2016)*



Fonte dati: Conto Economico (ed elaborazione tendenziale stima a chiudere 2016)

*[Handwritten signature]*

L'andamento delle perdite di esercizio degli ultimi anni evidenzia un disavanzo ormai storicizzato. Le ragioni principali sono riconducibili a:

- presenza di un modello organizzativo obsoleto, di tipo tradizionale con una struttura difficilmente permeabile alle spinte verso il cambiamento e la collaborazione;
- presenza di linee di servizio clinico assistenziali di tipo generalista, non consone alla *mission* e al ruolo di II e III livello dell'IFO;
- mancanza di specifici percorsi assistenziali che permettano la presa in carico del paziente da parte dell'IRCCS per seguirlo nell'intero percorso di diagnosi e cura;
- in parte, all'attività di ricerca svolta dall'IRCCS e, in particolare, ai maggior costi sostenuti dalle strutture che effettuano in modo sistematico e diffusivo attività di ricerca correlata alla clinica.

Per quanto riguarda lo stato di implementazione della contabilità analitica, i risultati delle valutazioni regionali condotte ai fini della verifica degli adempimenti del Questionario LEA hanno evidenziato:

- coerenza del piano dei Centri di Responsabilità e di Costo con la struttura organizzativa; il piano dei Centri di Costo e Centri di Responsabilità attualmente utilizzato è stato predisposto nel 2012, e modificato nel 2016 con Del. 405/2016, in coerenza con le indicazioni della Regione Lazio ed aggiornato successivamente in base alle esigenze dell'Azienda
- coerenza del piano dei Fattori Produttivi con il Piano dei Conti; il piano dei fattori produttivi attualmente utilizzato è stato predisposto nel 2012, e modificato nel 2016 con Del. 405/2016, in coerenza con le indicazioni della Regione Lazio
- quadratura tra Contabilità Generale e Contabilità Analitica; viene controllata la quadratura ed inviati trimestralmente i relativi prospetti di riconciliazione in Regione Lazio in coerenza con le indicazioni Regionali
- capacità di quantificare gli scambi interni ed il ribaltamento dei costi comuni; vengono quantificate le prestazioni interne richieste dai Reparti ai Servizi e vengono ribaltati i costi operativi diversi (utenze, servizi vari, manutenzioni, amministrativi, etc.), in base ai metri quadri o altri criteri ritenuti più opportuni a seconda delle voci di costo e delle esigenze.

## 1.1 Ricavi

Il valore dei ricavi è incrementato di 13,5 €/mln tra il 2013 ed il 2015. In generale, si è registrato un incremento delle voci di ricavo relativi ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali, nonché un aumento del File F di 11,4 €/mln.

Il maggior valore gestionale rispetto al dato contabile nel caso dei ricoveri e dell'ambulatorio è in parte riconducibile agli abbattimenti e alle voci di ricavo relative a STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) e ENI (Europeo Non Iscritto) non considerate nel valore contabile.

L'incremento della produzione può essere principalmente ricondotto ad una rimodulazione dell'offerta sanitaria nel corso del triennio, in linea con le indicazioni nazionali e regionali, che ha seguito criteri di appropriatezza, incentivando modelli organizzativi virtuosi con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

In particolare, l'IFO ha posto in essere azioni di *governance* volte a recuperare efficienza nell'erogazione delle prestazioni, riqualificando l'assistenza ospedaliera mediante trasferimento di parte dell'attività di ricovero ordinario verso modalità di erogazione più appropriate, e verso regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse: dal ricovero ordinario al *day hospital* e da questo verso l'ambulatorio.

Il recupero dell'appropriatezza, inoltre, è stato perseguito mediante la strutturazione e il potenziamento dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici, con la presa in carico dello stesso in tutte le fasi della malattia e nella piena integrazione delle terapie chirurgiche, mediche, radioterapiche e di medicina nucleare.

Riconciliazione contabile/gestionale – Voci di ricavo (Trend 2013 – 2015)

€ mln	2013	2014	2015	Delta '15-'13
<b>Ricoveri - Valore contabile</b>	<b>40,5</b>	<b>43,5</b>	<b>42,5</b>	<b>1,9</b>
<i>Delta gestionale</i>	<i>(0,8)</i>	<i>(1,2)</i>	<i>(1,1)</i>	<i>(0,3)</i>
<b>Ambulatorio - Valore contabile</b>	<b>26,0</b>	<b>27,1</b>	<b>27,8</b>	<b>1,8</b>
<i>Delta gestionale</i>	<i>(1,4)</i>	<i>(1,4)</i>	<i>(1,3)</i>	<i>0,03</i>
<b>File F - Valore contabile</b>	<b>25,5</b>	<b>30,9</b>	<b>36,8</b>	<b>11,4</b>
<b>Contr. Per quota FS reg.</b>	<b>11,7</b>	<b>11,8</b>	<b>8,9</b>	<b>(2,8)</b>
<b>Altri ricavi</b>	<b>29,3</b>	<b>35,3</b>	<b>30,5</b>	<b>1,2</b>
<b>TOTALE</b>	<b>132,9</b>	<b>148,5</b>	<b>146,5</b>	<b>13,5</b>

Fonte dati: Conto Economico e flussi gestionali interni

## 1.1.1 Analisi dei dati di produzione del triennio 2013-2015

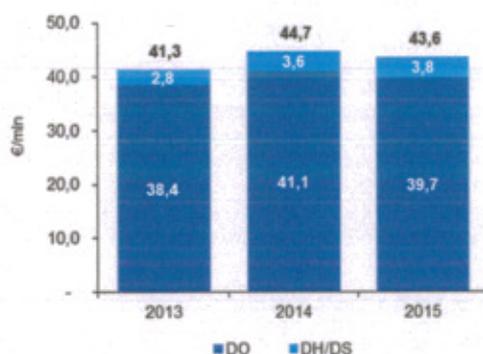
### 1.1.1.1 Ricoveri

#### Andamento dei ricoveri

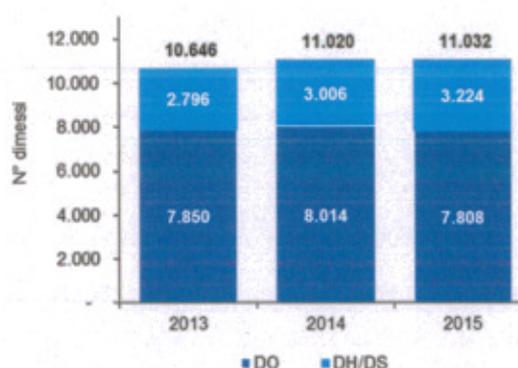
Nel triennio 2013-2015 il valore della produzione ospedaliera è passato da 41,3 €/mln nel 2013 a 43,6 €/mln nel 2015, registrando un incremento percentuale CAGR del 2,7%.

Con riferimento al numero dei ricoveri, il dato mantiene un andamento pressoché costante nel triennio, pur registrando una lieve diminuzione dei ricoveri in regime ordinario (CAGR -0,27%) a fronte di una crescita (CAGR 7,38%) dei ricoveri in *day hospital/day surgery*.

Valore ricoveri (Trend 2013-2015)



Numero dimessi (Trend 2013-2015)



Fonte dati: Flussi gestionali interni

La quota maggiore di ricoveri è riconducibile ai ricoveri chirurgici, che presentano un trend complessivamente in aumento nel triennio 2013-2015.

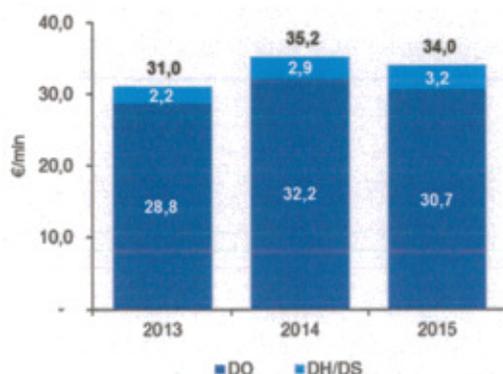
Nel corso del triennio, infatti, è stato avviato un processo di potenziamento dell'attività chirurgica finalizzato alla riduzione delle liste di attesa e ad una generale necessità di recupero di efficienza delle prestazioni sanitarie, così come richiesto dalle disposizioni regionali riguardanti la rimodulazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche. In particolare, si è provveduto a migliorare la programmazione dell'attività operatoria e, conseguentemente, il numero degli interventi effettuati.

Il trend positivo è principalmente generato da un aumento dei ricoveri chirurgici in regime di DH/DS, riconducibile ad un miglioramento dell'appropriatezza, mentre i ricoveri effettuati in regime ordinario, pur risultando complessivamente in crescita nel triennio, presentano una lieve

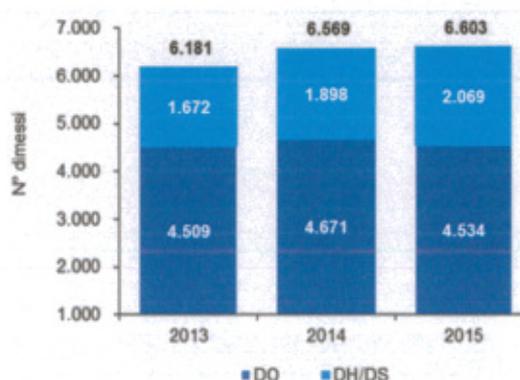
flessione tra il 2014 e il 2015 sia in termini di numero di dimessi (-5%) sia in termini di valore (-3%). Tale flessione, nello specifico, è dovuta alla ristrutturazione del blocco operatorio effettuata nel 2015, i cui lavori hanno riguardato il rifacimento delle pavimentazioni e delle pareti, dei terminali impiantistici e l'installazione di apparecchiature multimediali a corredo dell'attività chirurgica.

Con riferimento al valore dei ricoveri medici, invece, l'andamento risulta in lieve diminuzione (CAGR -3,5%), principalmente in ragione del recupero dell'appropriatezza attraverso il cambio *setting* dal regime di ricovero a quello ambulatoriale (con particolare riferimento alla chemioterapia).

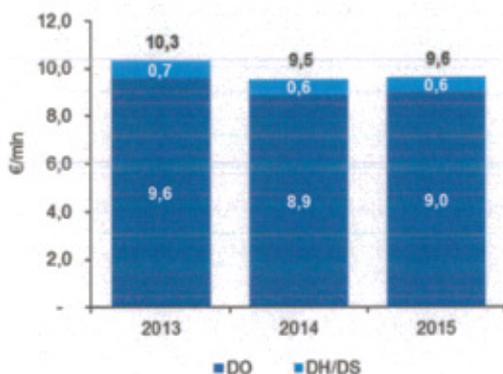
Valore ricoveri chirurgici (Trend 2013-2015)



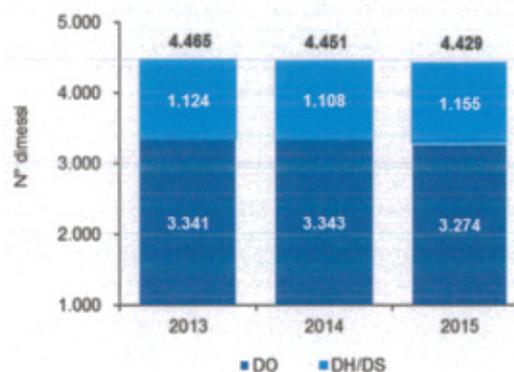
Numero dimessi ricoveri chirurgici (Trend 2013-2015)



Valore ricoveri medici (Trend 2013-2015)



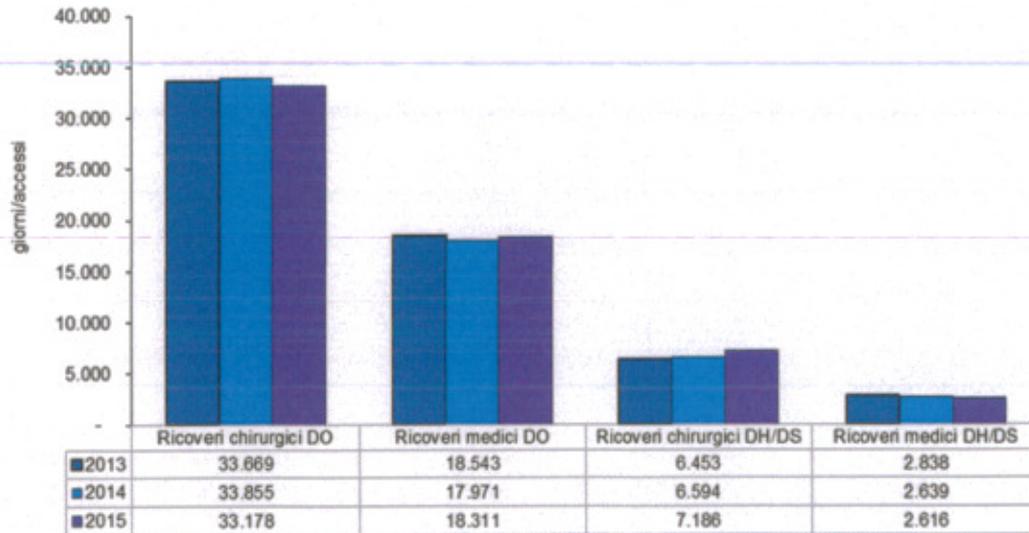
Numero dimessi ricoveri medici (Trend 2013-2015)



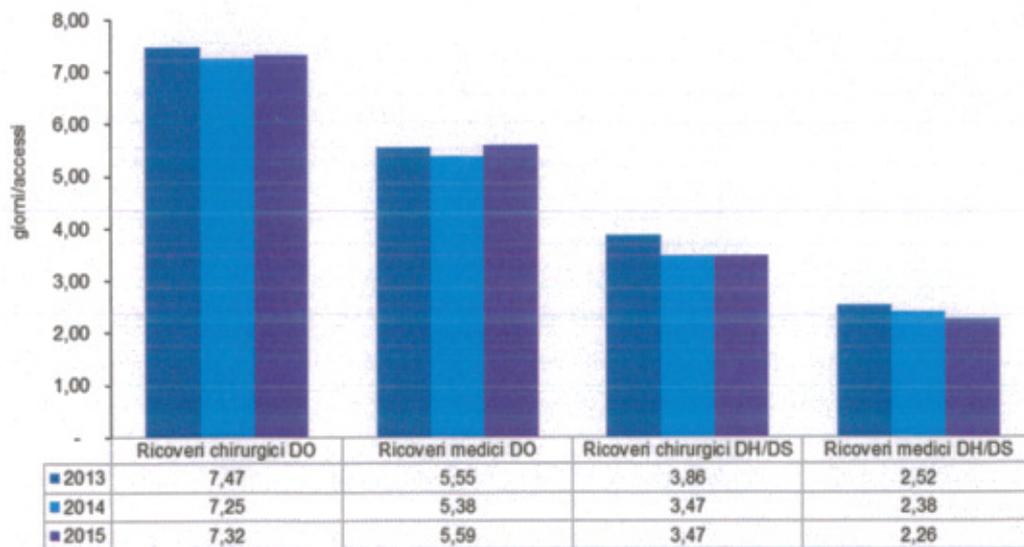
Fonte dati: Flussi gestionali interni

Il numero di giornate di degenza/accessi, nel totale, ha presentato un andamento quasi costante nel triennio di riferimento. Nello specifico si è registrata, in linea con l'analisi precedente, una leggera diminuzione delle giornate di degenza/accessi dei ricoveri medici (sia DO che DH/DS) e dei ricoveri chirurgici in DO, mentre sono aumentati gli accessi in regime di DH/DS chirurgico.

Giornate di degenza/Numero di accessi (Trend 2013-2015)



Degenza media/Accessi medi (Trend 2013-2015)



Fonte dati: Flussi gestionali interni

La tabella seguente riporta il dato relativo alla degenza/accessi medi distinto per UOC di dimissione. La UOC Ematologia risulta quella con il valore più alto della degenza media in regime ordinario, in quanto i ricoveri sono dovuti principalmente a pazienti sottoposti a trapianto e, dunque con tempi di recupero più lunghi.

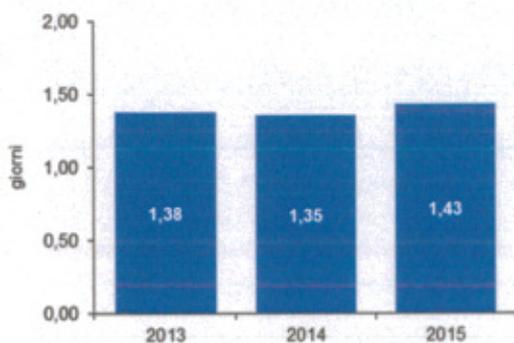
Degenza media/Accessi medi per UOC (Trend 2013-2015)

UOC	DO			DH		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Ematologia	18,86	15,57	17,24	1,57	1,16	1,20
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	25,50	23,24	15,98	1,08	1,03	1,02
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	10,64	11,35	12,17			
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatob.	10,76	9,75	11,63			
UOC Ortopedia Oncologica	14,73	15,03	11,32	2,00	1,93	-
UOC Neurochirurgia	12,27	10,29	11,23	-	-	1,00
UOC Chirurgia Toracica	9,45	9,22	11,00			
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	6,53	7,22	7,13	2,21	2,03	2,13
UOC Urologia Oncologica	7,13	6,91	6,63	1,20	-	2,00
UOC Oncologia Medica "A"	6,50	6,77	6,63	1,36	1,59	1,50
UOC Oncologia Medica "B"	5,73	4,75	5,03	1,97	2,19	1,11
UOC Medicina Nucleare	4,12	4,46	4,56			
UOC Dermatologia Clinica	4,13	3,76	4,32	14,69	15,72	13,03
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	3,61	3,93	4,03	12,73	11,17	9,59
UOC Ginecologia Oncologica	3,72	4,27	3,85	2,42	2,89	2,88
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	3,11	2,99	2,88	4,61	4,29	4,24
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermat. e Rig.	2,60	2,42	2,31	3,83	3,28	3,52
UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva	3,70	3,41	3,31	4,12	3,93	3,63

Fonte dati: Flussi gestionali interni

Con riferimento alla degenza media pre-operatoria, questa mostra un andamento in crescita nel triennio (CAGR 1,95%) e le UOC con un maggior numero di giornate di degenza media, con riferimento al 2015, sono la Neurochirurgia (3,31), la UOC Ortopedia Oncologica (2,89) e la UOC Chirurgia Toracica (2,68).

Degenza media pre-operatoria DO chirurgici (Trend 2013-2015)



Fonte dati: Flussi gestionali interni

Degenza media pre-operatoria DO chirurgici per UOC (trend 2013-2015)

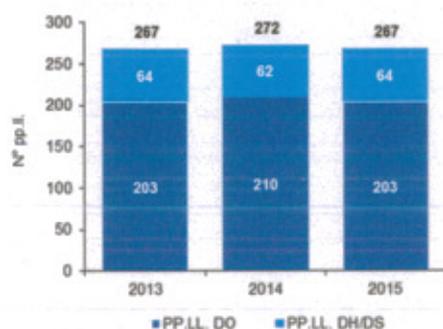
UOC	2013	2014	2015
UOC Neurochirurgia	3,48	2,94	3,31
UOC Ortopedia Oncologica	4,84	3,97	2,89
UOC Chirurgia Toracica	1,88	2,13	2,88
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	1,89	1,68	2,11
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopan.	2,19	1,45	2,01
UOC Urologia Oncologica	1,40	1,76	1,70
UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva	1,33	1,32	1,18
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	0,94	0,86	0,78
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	0,57	0,57	0,52
UOC Ginecologia Oncologica	0,45	0,47	0,41
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rig.	0,34	0,36	0,34

Fonte dati: Flussi gestionali interni

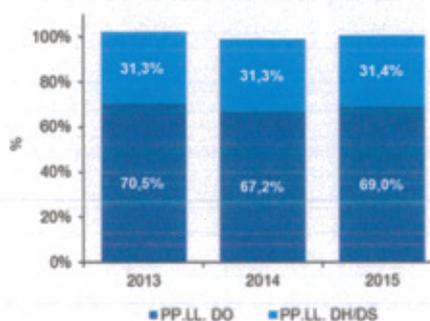
Posti letto

Nel triennio di riferimento il numero di posti letto attivi risulta costante tra il 2013 e il 2015, mentre nel 2014 si registra un incremento (+7) dei posti letto in DO e un decremento (-2) dei posti letto di DH/DS. Il tasso di occupazione, allo stesso modo, presenta un andamento costante nel triennio considerato e si attesta, nel 2015, al 69% per i posti letto in DO e al 37% per i posti letto in DH/DS.

Posti letto (Trend 2013-2015)



Tasso occupazione PP.LL. (Trend 2013-2015)



Posti letto e relativo tasso di occupazione per UOC (Trend 2013-2015)

UOC	N. PP.LL.			TO PP.LL.		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Neurochirurgia	8	8	8	89%	103%	86%
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	10	10	10	91%	91%	97%
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	5	5	5	86%	73%	59%
UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva	5	5	5	85%	78%	82%
UOC Oncologia Medica "A"	21	22	21	83%	74%	80%
UOC Oncologia Medica "B"	19	18	19	77%	75%	75%
UOC Urologia Oncologica	21	22	21	76%	72%	79%
UOC Dermatologia Clinica	5	5	5	74%	64%	63%
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	8	8	8	71%	51%	37%
UOC Ematologia	15	15	15	69%	69%	67%
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopancreatico	13	13	13	67%	57%	67%
UOC Ginecologia Oncologica	7	7	7	63%	71%	72%
UOC Ortopedia Oncologica	12	12	12	61%	59%	59%
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	17	18	17	60%	53%	53%
UOC Medicina Nucleare	8	8	8	59%	60%	59%
UOC Chirurgia Toracica	19	20	19	54%	59%	72%
UOSD Dermatologia Infiamm. e Alergologia	5	5	5	50%	55%	50%
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	8	9	8	50%	49%	52%
Day Hospital/ Day Surgery	64	62	64	37%	37%	37%
<b>TOTALE</b>	<b>267</b>	<b>272</b>	<b>267</b>			

Fonte dati: Flussi gestionali interni

Alcuni valori del tasso di occupazione risultano bassi e in generale ciò è dovuto all'operatività di alcuni reparti, che lavorano in regime di *week hospital*. In particolare, nel corso del 2015 si è effettuato un consolidamento della modalità gestionale secondo il modello di ospedalizzazione su 5 giorni per i reparti di degenza sia medici e chirurgici dell'Istituto San Gallicano e per 3 reparti chirurgici dell'Istituto Regina Elena (Chirurgia Generale Oncologica A, Ginecologia e Chirurgia Plastica e Ricostruttiva). Tale scelta strategica è stata finalizzata a conseguire un recupero di risorse in termini di personale infermieristico, una riduzione dei turni di guardia medica, una maggiore appropriatezza in termini di DRG sia medici che chirurgici e a garantire, allo stesso tempo, un elevato livello assistenziale al paziente.

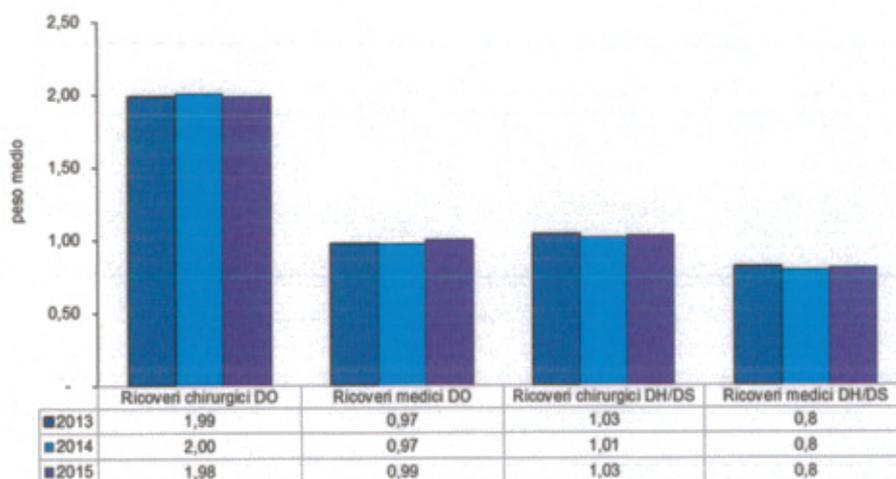
Peculiare, invece, è il caso della UOC Rianimazione, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore e Cure Palliative, che presenta un tasso di occupazione in diminuzione nel triennio di riferimento. In realtà la struttura, provvista di 8 PL, viene utilizzata come Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO) in quanto correlata all'attività chirurgica che si svolge dal lunedì al venerdì e non dal lunedì alla domenica. Infatti, il sabato e la domenica i posti occupati in rianimazione sono solamente 2 o 3 e questo spiega il valore basso del tasso di occupazione del PL. Il dato del 2015 appare anomalo e sarà oggetto di ulteriori approfondimenti.

Con riferimento alla UOC Ginecologia, infine, al momento risultano attivi 7 posti letto dei 13 assegnati alla struttura. I restanti 6 posti letto diventeranno operativi nel corso del 2017, quando è previsto il definitivo avvio delle attività della Banca del Tessuto Ovarico e delle Cellule Germinali, finalizzata a preservare la fertilità delle bambine e delle giovani donne che devono sottoporsi a trattamenti oncologici, attraverso la conservazione di frammenti di tessuto ovarico contenenti gli ovociti e il successivo reinnesto alla fine dei trattamenti.

#### Complessità della casistica trattata

Nel triennio 2013-2015 il peso medio del DRG presenta un andamento pressoché costante e il peso maggiore si registra per i ricoveri chirurgici in regime ordinario.

Peso medio DRG (Trend 2013-2015)

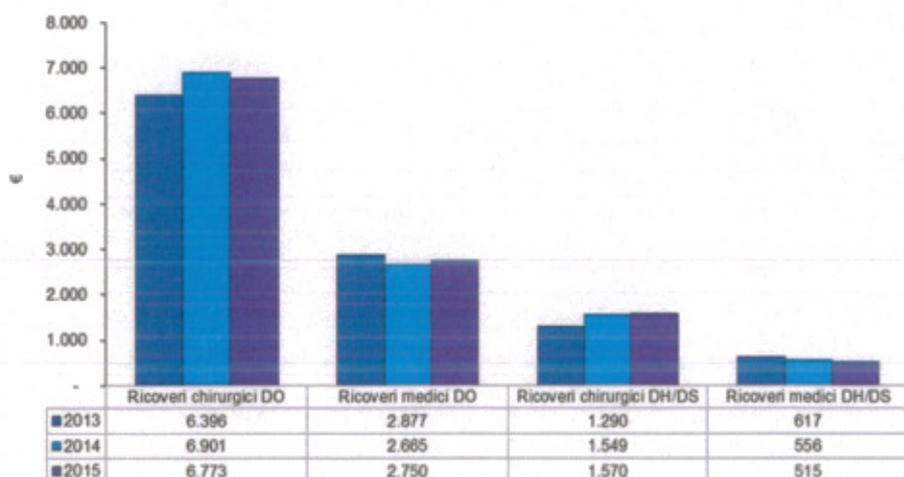


Fonte dati: Flussi gestionali interni

Peso medio DRG (Trend 2013-2015)



Valore medio DRG (Trend 2013-2015)

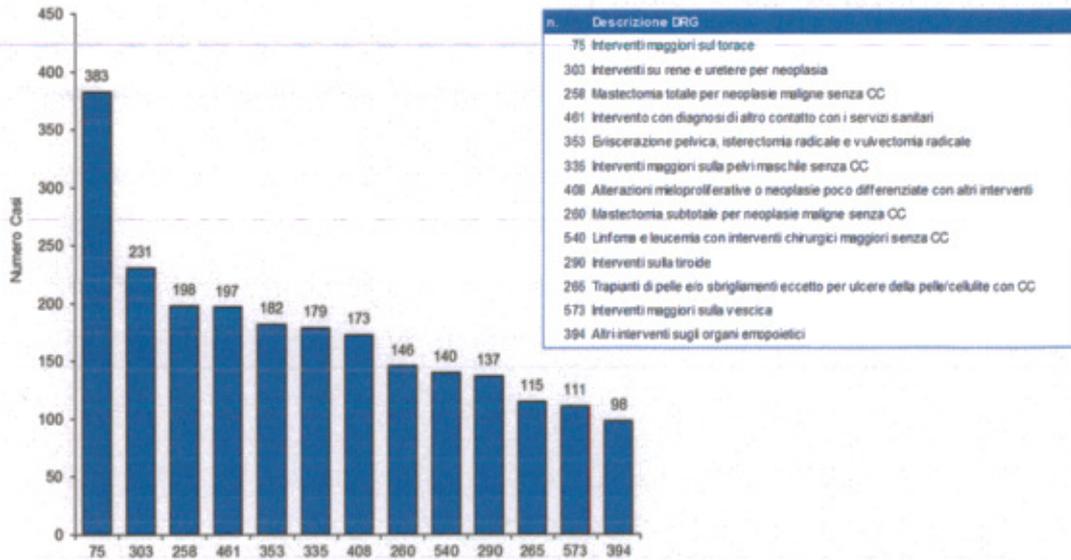


Fonte dati: Flussi gestionali interni

Dall'analisi del numero di casi effettuati per ciascun DRG nel 2015, emerge che il numero maggiore di DRG chirurgici in regime ordinario è relativo a interventi su torace, rene e mastectomia. Relativamente ai DRG chirurgici in regime di *day hospital/day surgery*, invece, il maggior numero di casi trattati è riconducibile a trapianti di pelle (DRG 266 e DRG 265).

DRG chirurgici principali\* – DO 2015

\*DRG che rappresentano il 50% dei casi



DRG chirurgici principali\* – DH 2015

\*DRG che rappresentano l'85% dei casi

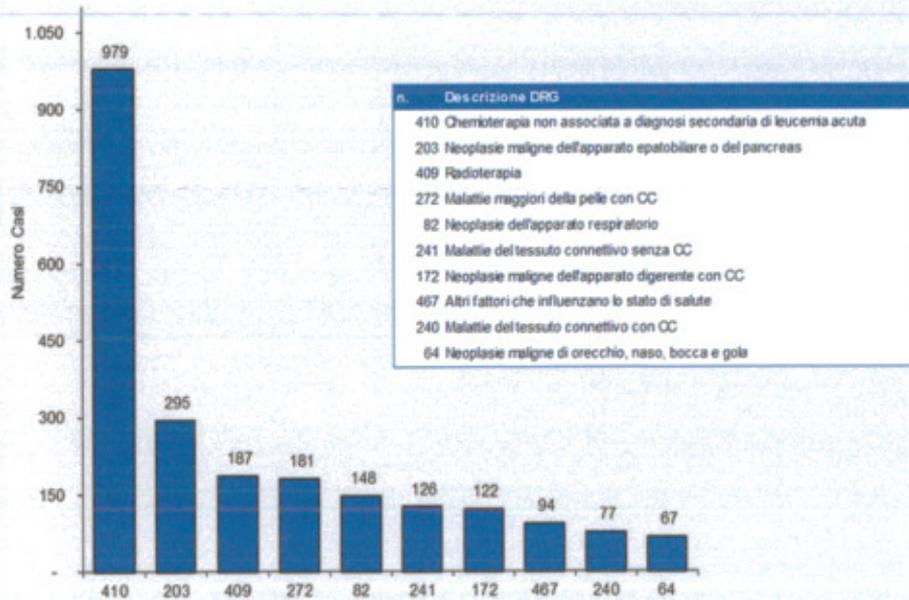


Fonte dati: Flussi gestionali interni

Con riferimento ai DRG medici tutta l'attività è strettamente correlata alla natura monotematica degli Istituti (Oncologica e Dermatologica) che, pertanto, caratterizza fortemente la tipologia dei DRG. I principali DRG in regime ordinario, infatti, sono relativi a chemioterapia, neoplasie, radioterapia e malattie maggiori della pelle, mentre in regime di *day hospital/day surgery* il numero maggiore di casi trattati è riconducibile al DRG 466 "Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria" e al DRG 271 "Ulcere della pelle".

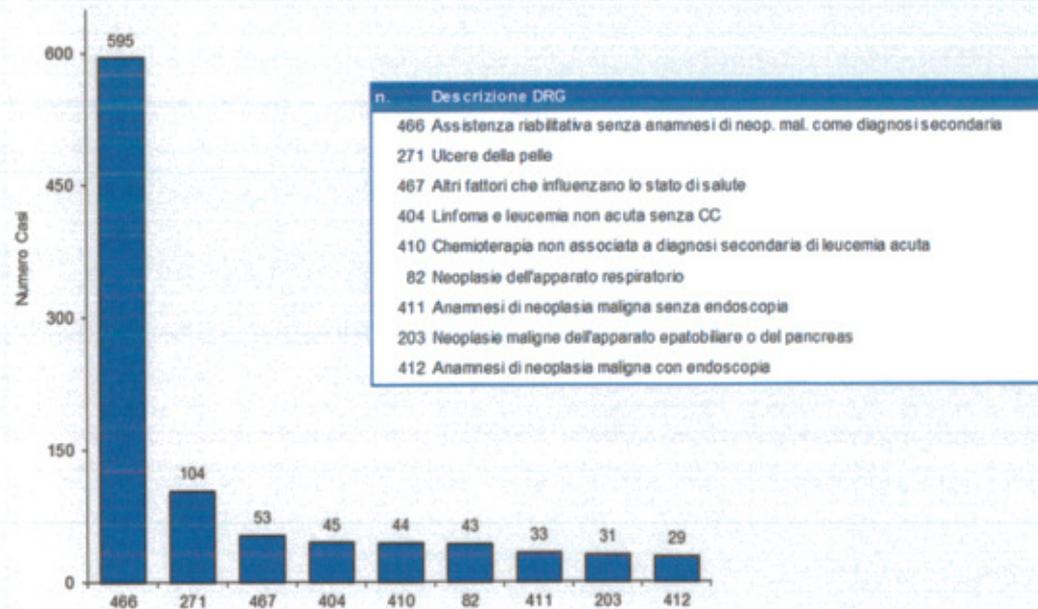
DRG medici principali\* – DO 2015

\*DRG che rappresentano il 70% dei casi



DRG medici principali\* – DH 2015

\*DRG che rappresentano l'85% dei casi



Fonte dati: Flussi gestionali interni

### Analisi del contesto di riferimento

L'IFO rappresenta uno dei principali centri di riferimento della Rete Oncologica e nel 2015 ha registrato 2.881 ricoveri di oncologia, il 26% del volume di ricoveri totale. Dal confronto tra le principali strutture che erogano prestazioni oncologiche, con le quali l'IFO è stato confrontato, risulta che l'IRCCS ha effettuato il 37% dei ricoveri totali, seguito dal San Camillo (30%).

L'Istituto si distingue anche nella dermatologia, disciplina nella quale nel 2015 ha effettuato 578 ricoveri (59% del totale tra le principali strutture con cui è stato confrontato), a fronte dei 407 del Policlinico Umberto I (41%).

Numero di ricoveri - Confronto principali strutture nella specialità oncologica (dati 2015)

DISCIPLINA	RICOVERI (2015)			
	IFO	SG	SC	PUI
64 ONCOLOGIA	2.881	1.206	2.354	1.443
12 CHIRURGIA PLASTICA	1.701	-	868	2.189
09 CHIRURGIA GENERALE	1.421	3.907	3.283	7.706
43 UROLOGIA	936	1.219	1.544	2.325
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	761	3.907	7.228	5.237
98 DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	596	-	-	-
38 OTORINOLARINGOIATRIA	593	968	1.244	1.907
52 DERMATOLOGIA	578	-	-	407
13 CHIRURGIA TORACICA	458	-	743	423
02 DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	323	-	-	-
18 EMATOLOGIA	286	829	-	1.114
30 NEUROCHIRURGIA	221	606	384	900
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	221	2.491	1.627	1.897
49 TERAPIA INTENSIVA	51	202	277	314
<b>TOTALE</b>	<b>11.027</b>	<b>15.335</b>	<b>19.552</b>	<b>25.862</b>

Fonte dati: Flussi gestionali regionali

Al fine di interpretare correttamente il ruolo dell'IFO nella rete, tuttavia, l'analisi precedente deve tenere conto di ulteriori considerazioni.

La natura di IRCCS oncologico dell'IFO presuppone che un'alta percentuale di ricoveri afferenti a discipline diverse dall'oncologia, sia comunque relativa a pazienti oncologici.

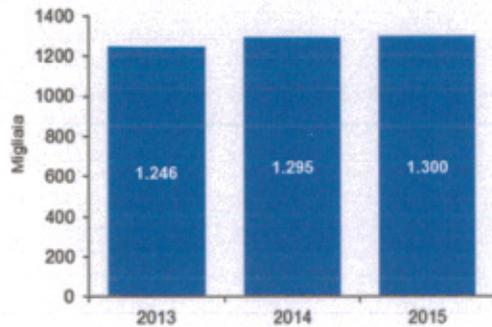
In particolare, secondo quanto rendicontato al Ministero della Salute dall'Istituto ai fini della riconferma come IRCCS, la percentuale dei ricoveri con diagnosi 'correlata' alla *mission* dell'Istituto, e quindi oncologica, si è attestata nel 2015 su un valore che supera l'80%.

### 1.1.1.2 Ambulatoriale

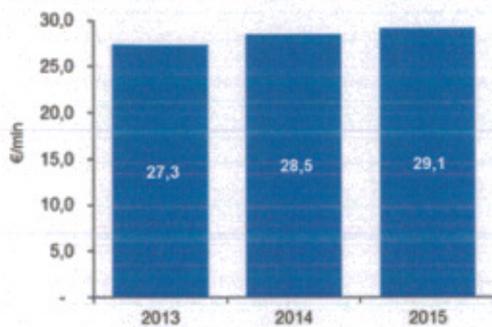
Nel corso del triennio considerato il numero delle prestazioni ambulatoriali ha mostrato un andamento crescente, aumentando complessivamente di circa 55 mila unità tra il 2013 e il 2015.

In linea con l'aumento descritto, si è registrato un incremento sia del valore totale che del valore medio delle prestazioni, che aumentano rispettivamente con un CAGR del 3% e dell'1% tra il 2013 e il 2015.

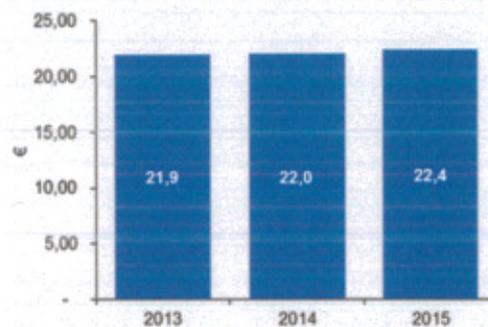
Numero prestazioni (Trend 2013-2015)



Valorizzazione prestazioni (Trend 2013-2015)



Valore medio prestazioni (Trend 2013-2015)



Fonte dati: Conto Economico e flussi gestionali interni

L'andamento in crescita delle prestazioni ambulatoriali è riconducibile al processo di razionalizzazione dell'attività di ricovero (DO e DH/DS) ed ambulatoriale, sia in termini gestionali-organizzativi che clinico-assistenziali, attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione, fermo restando la garanzia dei LEA, volta all'incremento dei livelli di appropriatezza. Tale obiettivo è stato perseguito sia mediante trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse sia attraverso il potenziamento del modello del *Day Service* (Pacchetti Ambulatoriali Complessi PAC e Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali APA).

Il modello del *Day Service*, nello specifico, è volto ad assicurare al paziente una continuità assistenziale e al tempo stesso ridurre i tempi di attesa delle attività ambulatoriali e il numero di ricoveri inappropriate, permettendo così di affrontare problemi clinici complessi, di tipo diagnostico e terapeutico, che necessitano della presa in carico del paziente, attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate.

In particolare, l'IFO ha puntato sul PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci, incrementando il relativo numero di prestazioni nel triennio riferimento, così come riportato nella tabella seguente.

Numero prestazioni PAC PV58 - "Somministrazione farmaci" (Trend 2013-2015)

UOC	2013	2014	2015
UOC Oncologia Medica A	-	43	123
UOC Oncologia Medica B	166	184	215
UOSD Neurologia	63	99	84
UOC Ematologia	82	73	1
<b>Totale</b>	<b>311</b>	<b>399</b>	<b>423</b>

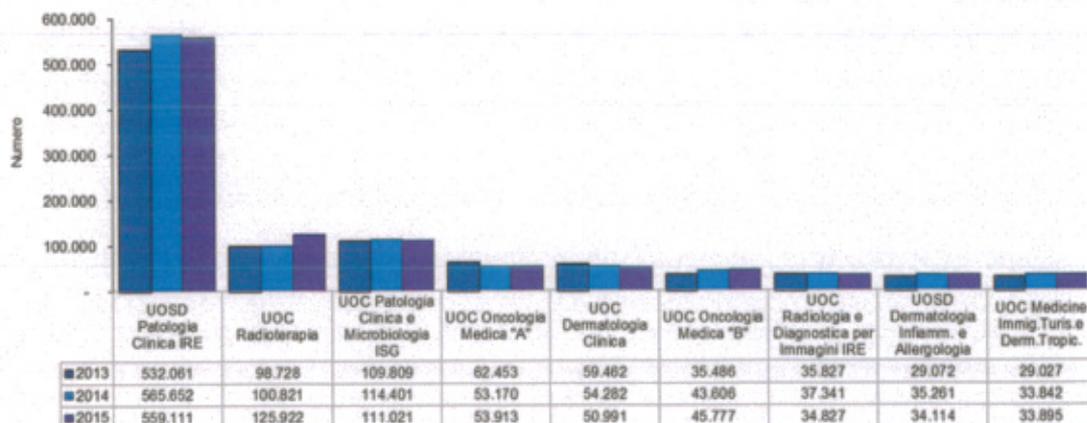
Fonte dati: Relazione sulla Gestione IFO 2015

Storicamente, l'attività ambulatoriale dell'IFO è sempre stata caratterizzata da una elevata specializzazione in particolari settori della Diagnostica per Immagini e della Diagnostica Laboratoristica. Tale dato risulta in linea con le analisi effettuate sui flussi ambulatoriali relativi al triennio di riferimento riportate nel prosieguo.

In particolare, il grafico seguente mostra come l'80% delle prestazioni ambulatoriali erogate nel 2015 siano riconducibili a 9 Unità Operative, di cui il 43% alla UOSD Patologia Clinica IRE, seguita dalla UOC Radioterapia.

Numero prestazioni per UOC\* (Trend 2013-2015)

\*UOC che rappresentano l'80% del totale



Fonte dati: Flussi gestionali interni

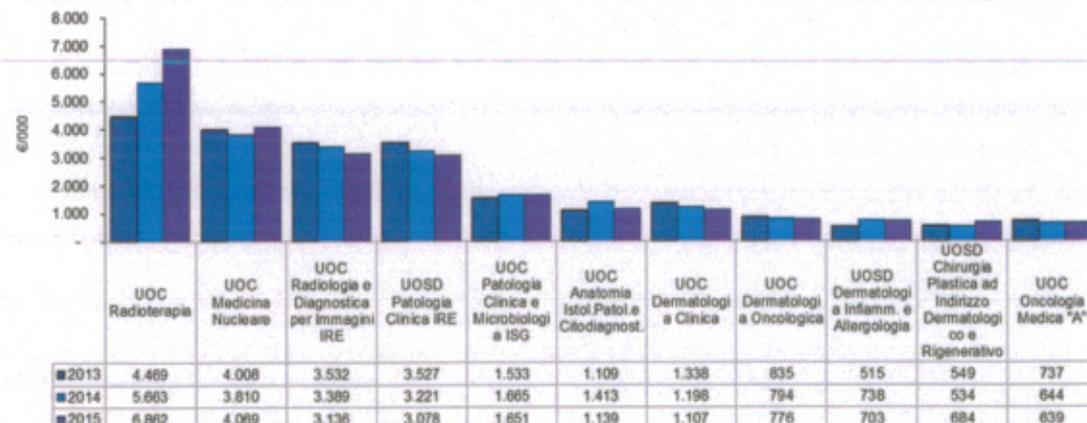
Con riferimento al valore della prestazione gli importi più elevati sono relativi alla UOC Radioterapia che tra il 2013 e il 2015 ha registrato un incremento di circa 2,4 mln.

Il più alto valore medio della prestazione, infine, è riconducibile alla UOC Medicina Nucleare che mostra un andamento lievemente in crescita nel triennio di riferimento.

Appare opportuno evidenziare come alle due strutture citate, UOC Radioterapia e UOC Medicina Nucleare, sia riconducibile una percentuale della mobilità attiva dell'IFO.

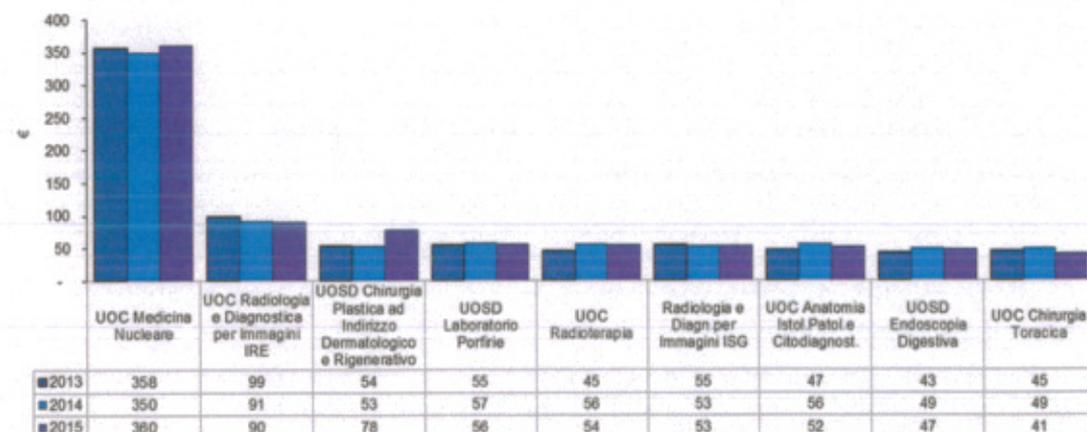
Valore prestazioni per UOC\* (Trend 2013-2015)

\*UOC che rappresentano l'80% del totale



Valore medio prestazioni per UOC\* (Trend 2013-2015)

\*UOC con valore medio > 40€



Fonte dati: Flussi gestionali interni

Attività intramoenia

L'attività *intramoenia* viene svolta per tutte le discipline del Dipartimento Clinico Sperimentale Oncologico, del Dipartimento Clinico Sperimentale Dermatologia e del Dipartimento Di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica.

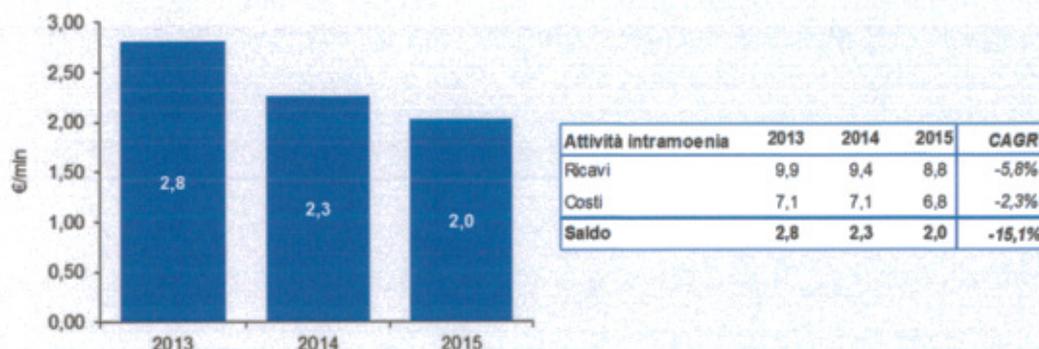
Ai sensi della vigente normativa, sono presenti le autorizzazioni a svolgere l'ALPI anche presso gli studi privati dei professionisti, previo adeguamento alle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia (convenzionamento, inclusione degli studi nella infrastruttura di rete). A far data dal 1 ottobre 2016, inoltre, l'ALPI resa presso gli studi medici è prenotabile esclusivamente tramite il sistema *recup-web*, fatto salvo quanto previsto, a far data dal 01/01/2017, a seguito di nulla osta regionale, ai fini dell'utilizzo di *software* alternativo integrato con il *recup-web*.

Per quanto riguarda l'ALPI resa ai sensi dell'Art. 55 comma 1, lett. c) del vigente CCNL di riferimento (nello specifico, ALPI individuale in regime di ricovero ordinario e diurno presso strutture convenzionate con l'IFO), gli atti convenzionali risultano coerenti e compatibili con le

disposizioni previste in materia dalla normativa vigente, garantendo pertanto l'integrale rispetto dei presupposti giuridici con riguardo alla fattibilità di tale attività.

Di seguito si rappresenta l'andamento risultante a conto economico dell'attività ALPI nel triennio di riferimento. Il trend risulta in diminuzione in quanto alcuni medici sono passati ad un rapporto non esclusivo con la struttura (passaggio ad extramoenia).

Andamento saldo intramoenia (Trend 2013-2015)

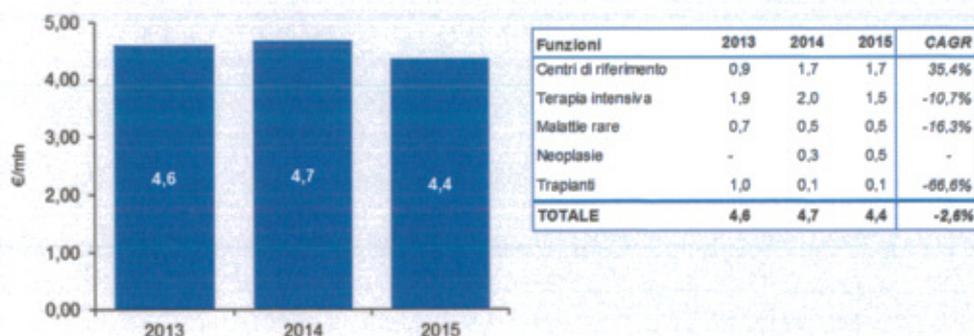


Fonte dati: Conto Economico

### 1.1.1.3 Rappresentazione delle "principali" attività non remunerate con DRG/tariffe

Il finanziamento per funzioni ammonta nel 2015 a 4,4 €/mln e di questi oltre 3 €/mln sono destinati alle attività di centri di riferimento e terapia intensiva.

Andamento finanziamento per funzioni (Trend 2013-2015)



Fonte dati: Normativa regionale

Con riferimento alle attività legate all'assistenza dei casi di neoplasie rare (tumori cerebrali), l'IFO è l'unica struttura a ricevere un finanziamento dalla Regione Lazio.

In particolare, tale finanziamento viene erogato in ragione del modello di continuità assistenziale ospedale/territorio validato dall'Istituto Regina Elena, che offre un percorso assistenziale innovativo che prevede:

- la valutazione preliminare dell'idoneità di segnalazione;
- il colloquio con pazienti e familiari;

- la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;
- la definizione del piano assistenziale individuale e la segnalazione all'ASL di residenza.

Il percorso prevede l'affiancamento di terapie palliative alle cure oncologiche tradizionali e offre prestazioni multi professionali (infermieristiche, mediche, psicologiche e riabilitative) anche a domicilio durante tutto il percorso di malattia.

Tale modello, pertanto, consente una tempestiva presa in carico di una patologia ad elevata complessità, modulando l'intensità assistenziale sui reali bisogni del paziente nelle diverse fasi di malattia.

## 1.2 Costi

Tra il 2013 ed il 2015 si registra un andamento crescente del costo dei prodotti farmaceutici, a fronte di una diminuzione del valore dei dispositivi medici. Il valore degli altri beni sanitari, invece, resta pressoché costante.

Complessivamente, si registra un aumento dei costi di 9 mln nel triennio di riferimento.

Riconciliazione contabile/gestionale – Voci di costo (Trend 2013 – 2015)

€ mln	2013	2014	2015	Delta '15-'13
<b>Farmaci - Valore contabile</b>	<b>35,6</b>	<b>40,4</b>	<b>46,2</b>	<b>10,6</b>
<i>Delta gestionale</i>	<i>0,5</i>	<i>2,2</i>	<i>1,5</i>	<i>1,0</i>
<b>Dispositivi medici - Valore contabile</b>	<b>18,9</b>	<b>19,0</b>	<b>17,3</b>	<b>(1,6)</b>
<i>Delta gestionale</i>	<i>0,7</i>	<i>1,1</i>	<i>0,2</i>	<i>(0,51)</i>
<b>Altri Beni Sanitari - Valore contabile</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>(0,0)</b>
<i>Delta gestionale</i>	<i>0,4</i>	<i>(0,7)</i>	<i>0,1</i>	<i>(0,3)</i>
<b>TOTALE</b>	<b>55,0</b>	<b>59,8</b>	<b>64,0</b>	<b>9,0</b>

Fonte dati: Conto Economico e flussi gestionali interni

### 1.2.1 Personale

Nel 2015 il costo totale del personale (dipendente, non dipendente e cooperative) decresce complessivamente di 1,2 €/mln rispetto al 2013, a fronte di un incremento dei ricavi (al netto dei File F) di circa 2 €/mln, portando l'incidenza totale del costo del personale sui ricavi a scendere dal 76% del 2013 al 73% del 2015.

In particolare, come si evince dalla tabella che segue, la maggior determinante di questa diminuzione risulta essere la componente del "Personale dipendente", il cui costo decresce di circa 3,4 €/mln, passando da 60,2 €/mln del 2013 a 56,8 €/mln del 2015.

Una diminuzione, seppure in misura minore, è stata registrata sulla voce di costo relativa alle "consulenze". Un trend inverso, invece, si rileva per il costo del "personale non dipendente", che ha registrato un incremento di circa 1 €/mln, passando da 6,5 €/mln del 2013 a 7,4 €/mln nel 2015. Il costo del personale delle cooperative che svolgono attività assistenziale ha registrato un incremento pari a 1,4 mln tra il 2013 e il 2015.

Andamento del costo del personale e incidenza sui ricavi al netto del File F (Trend 2013 – 2015)

€/mln	2013	2014	2015
Ricavi netto File F	92,61	94,51	94,67
Personale dipendente	60,22	58,90	56,78
<i>Personale dipendente/ricavi</i>	65%	62%	60%
Personale non dipendente	6,47	6,79	7,37
<i>Personale non dipendente/ricavi</i>	7%	7%	8%
Consulenze	0,76	0,32	0,70
<i>Consulenze/ricavi</i>	0,8%	0,3%	0,7%
Cooperative	2,65	2,98	4,05
<i>Cooperative/ricavi</i>	2,9%	3,2%	4,3%
<b>Totale costo del Personale</b>	<b>70,10</b>	<b>68,99</b>	<b>68,89</b>
<i>Totale costo del personale/ricavi</i>	76%	73%	73%

Nota: Il costo delle Cooperative comprende le Cooperative che svolgono attività assistenziale (Arcobaleno e Nuova SAIR).

Fonte dati: Conto Economico e Allegati al Bilancio

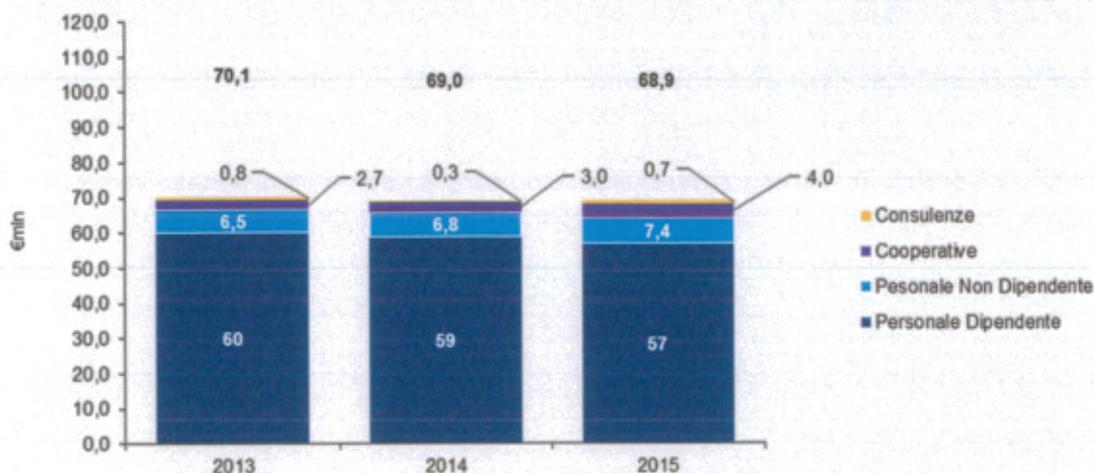
Come rappresentato nel grafico seguente, il costo del personale dipendente si è ridotto gradualmente e costantemente negli ultimi tre anni, a seguito del blocco delle assunzioni e del turn over e del numero delle cessazioni per quiescenza.

In conseguenza della riduzione di personale dipendente, tuttavia, è incrementato il ricorso a co.co.co., per quanto riguarda la dirigenza medica, e ai servizi delle cooperative, con riferimento al personale di comparto (infermieri, tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia).

Per quanto riguarda il costo dei co.co.co., che ha presentato un andamento pressoché costante nel triennio di riferimento, seppur con una lieve flessione nel 2014, la copertura del medesimo viene in massima parte effettuata attraverso finanziamenti ad hoc, finalizzati all'espletamento di attività di ricerca scientifica o di particolare rilievo con finanziamento dedicato, quali ad esempio le attività relative alla Banca del Tessuto Muscolo Scheletrico o la Banca del Tessuto Ovarico e delle Cellule Germinali.

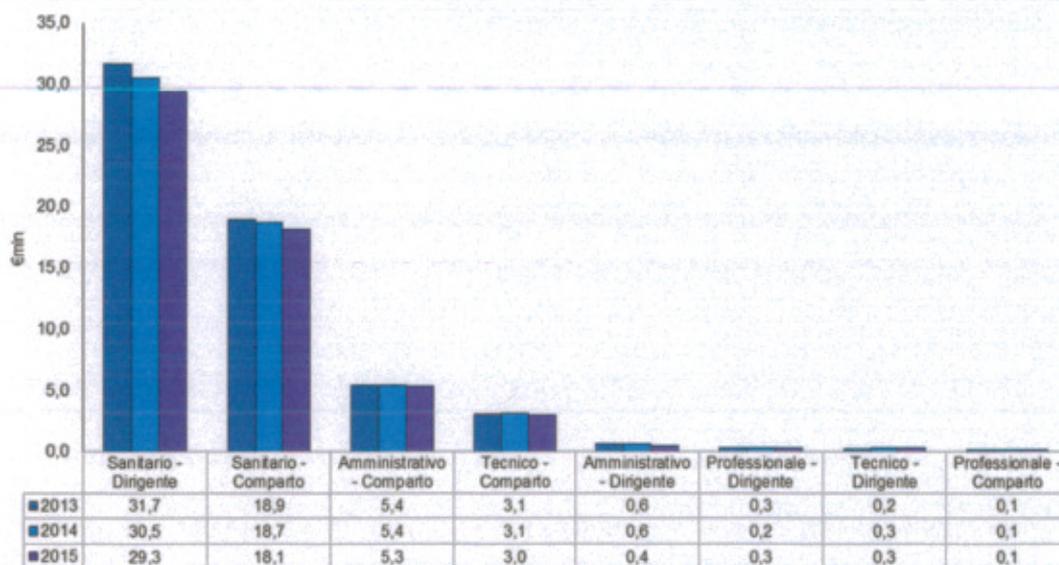
Il costo delle cooperative che svolgono attività assistenziale, invece, cresce tra il 2013 e il 2015, anno nel quale si attesta a 4 €/mln.

Composizione del costo del personale (Trend 2013 – 2015)



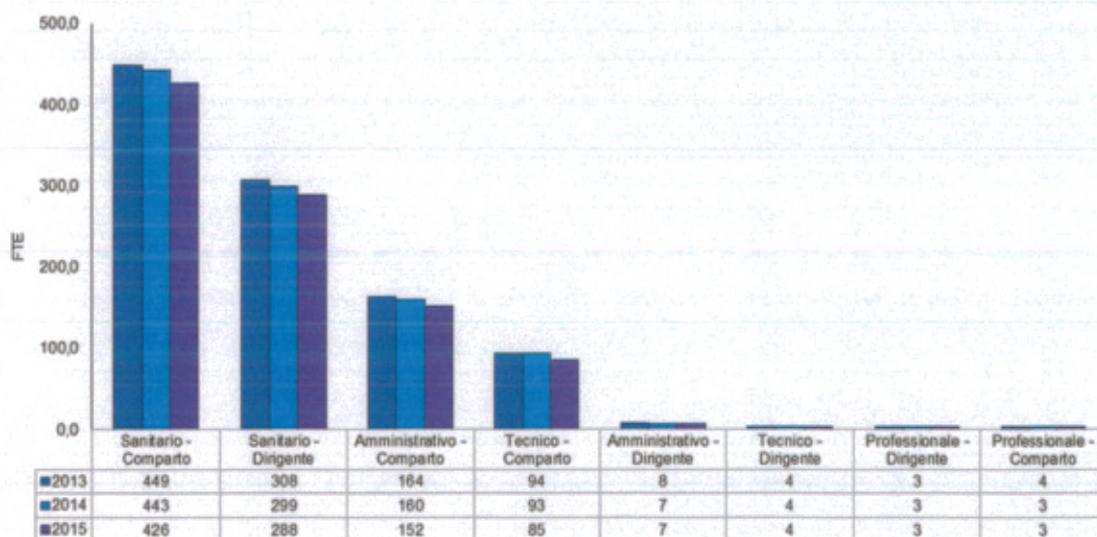
Fonte dati: Conto Economico e Allegati al Bilancio. Il costo delle Cooperative comprende le Cooperative che svolgono attività assistenziale (Arcobaleno e Nuova SAIR)

Composizione del costo del personale dipendente per ruolo e profilo (Trend 2013 – 2015)



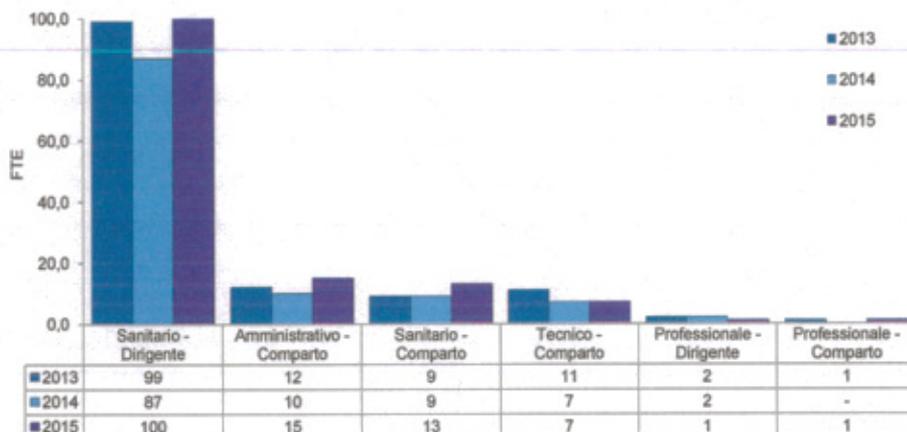
Fonte dati: Conto Economico

Composizione del personale dipendente per ruolo e profilo, FTE (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Flussi gestionali interni (l'analisi include il personale presente al 31.12 di ciascun anno, di cui è stato possibile rilevare le informazioni relative a UO, Ruolo, Profilo, Forma di contratto)

Composizione del personale non dipendente (co.co.co) per ruolo e profilo, FTE (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Flussi gestionali interni (l'analisi include i co.co.co presenti al 31.12 di ciascun anno, sia a carico del bilancio che finanziati con fondi di ricerca, di cui è stato possibile rilevare le informazioni relative a UO, Ruolo, Profilo)

Per il dettaglio di quanto riportato nei grafici precedenti si rinvia all'Allegato 1, contenente la rappresentazione delle unità di personale per gli anni 2013, 2014 e 2015 distinte per UOC, ruolo, profilo e forma di contratto.

Costo medio del personale dipendente (Trend 2013 – 2015)

Andamento Costo Medio	2013	2014	2015
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - Tempo determinato	29	26	34
Costo del personale comparto ruolo amministrativo - Tempo indeterminato	33	33	35
Costo del personale comparto ruolo professionale - Tempo indeterminato	23	30	27
Costo del personale comparto ruolo sanitario - Tempo determinato	31	32	33
Costo del personale comparto ruolo sanitario - Tempo indeterminato	42	42	43
Costo del personale comparto ruolo tecnico - Tempo indeterminato	33	33	35
Costo del personale dirigente medico - Tempo determinato	79	61	71
Costo del personale dirigente medico - Tempo indeterminato	103	104	103
Costo del personale dirigente non medico - Tempo determinato	92	70	93
Costo del personale dirigente non medico - Tempo indeterminato	105	102	102
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - Tempo determinato	72	54	75
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - Tempo indeterminato	71	90	62
Costo del personale dirigente ruolo professionale - Tempo determinato	70	53	46
Costo del personale dirigente ruolo professionale - Tempo indeterminato	94	97	100
Costo del personale dirigente ruolo tecnico - Tempo indeterminato	59	70	72

Fonte dati: Conto Economico e flussi gestionali interni (l'analisi FTE, basata sui flussi gestionali, include il personale presente al 31.12 di ciascun anno, di cui è stato possibile rilevare le informazioni relative a UO, Ruolo, Profilo e Forma di contratto)

Rapporto tra il personale di assistenza e i posti letto (2015)

FTE	2015
Medico	161
Infermiere e OSS	240
<b>Totale Personale di assistenza</b>	<b>401</b>
<b>Posti Letto</b>	<b>267</b>
Medico/PL	0,60
Infermiere e OSS/PL	0,90
Personale di assistenza/PL	1,50

Rapporto tra il personale di assistenza e le giornate effettive di degenza (2015)

FTE	2015
Medico	149
Infermiere e OSS	240
<b>Totale Personale di assistenza</b>	<b>389</b>
<b>Giornate di Degenza</b>	<b>61.291</b>
Medico/gg*1000	2,43
Infermiere e OSS/gg*1000	3,92
Personale di assistenza/gg*1000	6,35

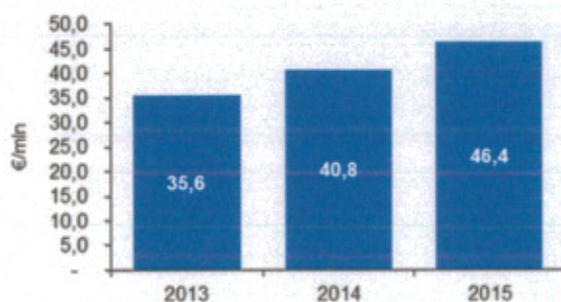
Fonte dati: Flussi gestionali interni. (l'analisi include il personale dipendente e non dipendente, co.co.co sia a carico del bilancio che finanziati con fondi di ricerca - e di cooperative, presente al 31.12 di ciascun anno, di cui è stato possibile rilevare le informazioni relative a UO, Ruolo, Profilo e Forma di contratto, riconducibile ad UO che svolgono attività assistenziale di reparto)

## 1.2.2 Beni e servizi

### 1.2.2.1 Prodotti farmaceutici

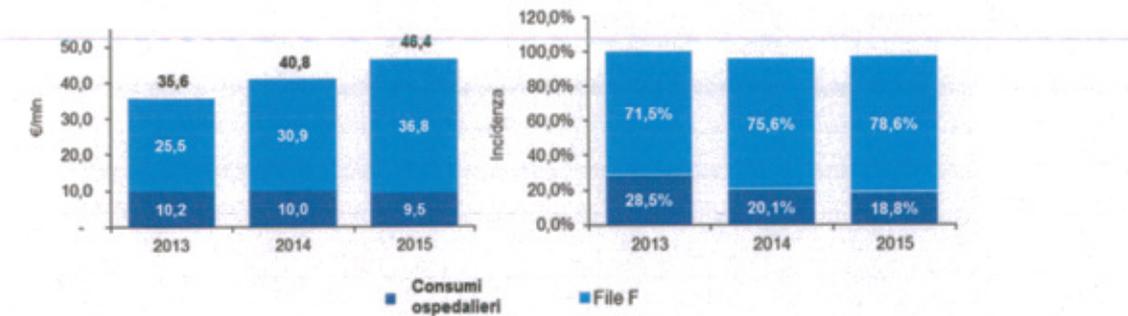
Il costo dei prodotti farmaceutici mostra un andamento crescente nel triennio di riferimento (CAGR +14%), riconducibile ad un incremento del File F, che rappresenta la principale voce di costo (78,6% nel 2015) e ad una lieve diminuzione dei consumi ospedalieri.

Evoluzione costo prodotti farmaceutici (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Conto Economico

Composizione costo prodotti farmaceutici (Trend 2013 – 2015)

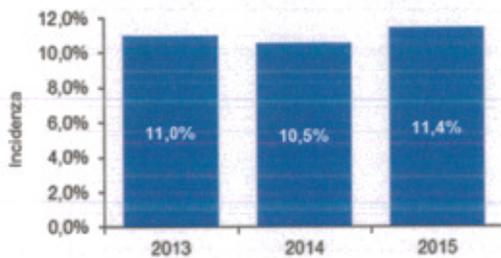


Fonte dati: Conto Economico

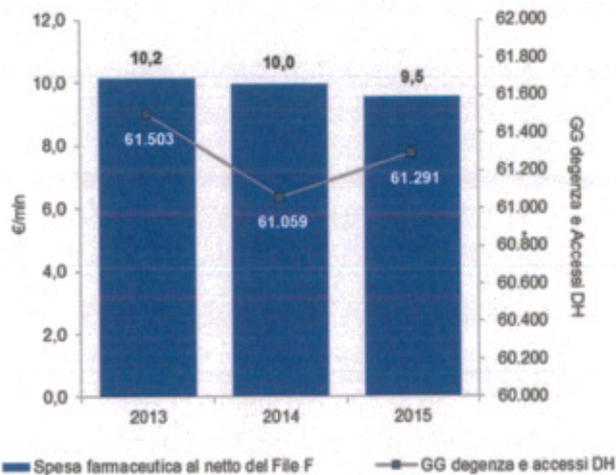
L'Incidenza dei consumi ospedalieri sui ricavi al netto del File F, invece, mostra una lieve crescita nel triennio, attestandosi ad 11,4% nel 2015.

La correlazione tra la spesa farmaceutica al netto del file F e le giornate di degenza/accessi evidenzia, tra il 2014 e il 2015, un efficientamento della gestione dei consumi ospedalieri, in quanto, pur aumentando il numero delle giornate di degenza/accessi, il valore della spesa si riduce.

Incidenza consumi ospedalieri sui ricavi al netto del File F (Trend 2013 – 2015)



Correlazione tra spesa farmaceutica al netto del File F e giornate di degenza/accessi DH (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Conto Economico e flussi gestionali interni (gg di degenza/accessi DH)

*[Handwritten signature]*

La tabella seguente riporta la spesa farmaceutica totale, distinta per UOC, per gli anni 2014 e 2015. Dall'analisi emerge che l'89,3% della spesa farmaceutica totale è imputabile alle prime 6 UOC e in particolare il 44% è riconducibile alla UOC Oncologia Medica "A".

Costo di farmaci e emoderivati per UOC (2014 – 2015) - €/000

UOC	2014	2015	Delta '15-'14	%su tot '15	%cumulata
UOC Oncologia Medica "A"	16.387	19.673	3.286	44,0%	44,0%
UOC Oncologia Medica "B"	5.449	7.672	2.224	17,2%	61,2%
UOC Ematologia	4.614	5.009	395	11,2%	72,4%
UOC Dermatologia Clinica	2.232	2.985	753	6,7%	79,1%
UOC Dermat. Infettiva (AIDS III Liv-MST)	2.628	2.858	230	6,4%	85,5%
UOC Medicina Nucleare	1.766	1.669	(97)	3,7%	89,3%
UOSD Laboratorio Porfirie	980	977	(3)	2,2%	91,4%
UOSD Neurologia	1.041	753	(288)	1,7%	93,1%
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	362	428	66	1,0%	94,1%
UOC Anestesia IRE	329	350	21	0,8%	94,9%
UOC Chirurgia Toracica	264	349	85	0,8%	95,6%
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	312	347	35	0,8%	96,4%
UOC Urologia Oncologica	113	295	183	0,7%	97,1%
Chirurgia Generale Oncologica ad Indirizzo Epatobiliopancreatico	164	233	69	0,5%	97,6%
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	205	197	(9)	0,4%	98,0%
UOC Neurochirurgia	173	165	(8)	0,4%	98,4%
UOSD Endocrinologia	72	143	71	0,3%	98,7%
UOC Ginecologia Oncologica	62	116	54	0,3%	99,0%
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	474	67	(407)	0,2%	99,1%
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	42	51	9	0,1%	99,3%
UOC Ortopedia Oncologica	63	47	(16)	0,1%	99,4%
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	60	42	(19)	0,1%	99,5%
Altre UOC	400	241	(159)	0,5%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>38.194</b>	<b>44.668</b>	<b>6.474</b>		

Fonte dati: Flussi gestionali interni

L'andamento crescente della spesa farmaceutica è riconducibile al consumo di farmaci impiegati nelle terapie oncologiche, che risultano essere ad alto costo e sempre innovativi. L'incremento della produzione, pertanto, comporta conseguentemente un incremento della spesa farmaceutica. Anche il recupero dell'appropriatezza attraverso l'erogazione di trattamenti di chemioterapia in regime ambulatoriale piuttosto che in regime di *day hospital*, non è funzionale per comprimere la spesa di farmaci, che restano una variabile costante dei consumi legati alla terapia.

Nel 2015, quale causa dell'aumento della spesa, si è verificato sia l'allargamento delle indicazioni nella somministrazione di farmaci innovativi ad alto costo sia l'aumento del numero dei pazienti trattati con tali farmaci. Nello specifico, l'incremento di spesa per i farmaci antitumorali è stato primariamente imputabile:

1. all'utilizzo di farmaci nuovi, innovativi e alto spendenti per la cura del:
  - melanoma metastatico (Yervoy – Tafenlar);
  - carcinoma del polmone L.648 (Nivolumab);
  - carcinoma della mammella (Kadcyla – Herceptin)
  - carcinoma del colon retto e GIST (Stivarga)
  - carcinoma renale ((Inlyta)
  - psoriasi a placca (Stelara)
2. al raddoppio del numero dei pazienti trattati con farmaci alto spendenti quali Yervoy, Tafenlar, Inlyta, Zityga.

Infine, l'incremento del costo della spesa farmaceutica è riconducibile anche al ruolo di "Centro Prescrittore" per farmaci innovativi e ad alto costo assegnato all'IFO dalla Regione Lazio.

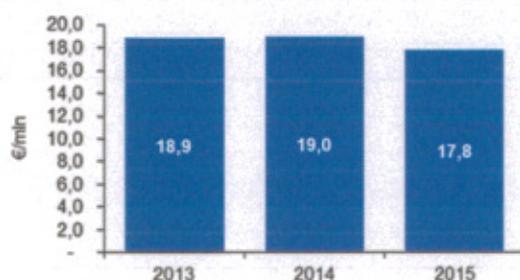
### 1.2.2.2 Dispositivi medici

Il costo dei dispositivi medici evidenzia complessivamente una riduzione tra il 2013 e il 2015 pari a circa 1,1 €/mln (-6%), pur registrando un lieve incremento tra il 2013 e 2014.

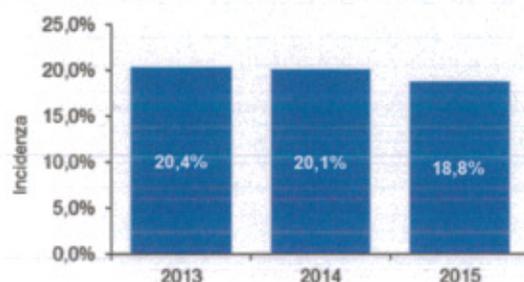
Il trend di riduzione del costo dei dispositivi medici è riconducibile, in particolare, ad un processo di miglioramento sia della fase di programmazione della spesa, sia delle attività di monitoraggio e rispetto del budget assegnato da parte delle strutture ordinanti.

L'incidenza del costo dei dispositivi medici sui ricavi, al netto del File F, mostra una lieve riduzione nel triennio 2013 – 2015, attestandosi al 18,8% nel 2015.

*Evoluzione costo dispositivi medici (Trend 2013 – 2015)*



*Incidenza spesa dispositivi medici sui ricavi al netto del File F (Trend 2013 – 2015)*



Fonte dati: Conto Economico

La tabella seguente riporta il costo totale per dispositivi medici distinto per UOC per gli anni 2014 e 2015. Dall'analisi emerge che il 90% del costo totale è imputabile a 22 UOC, tra cui le percentuali maggiori di incidenza sul totale riguardano la UOC Urologia Oncologica (10,5%), UOSD Patologia Clinica IRE (9,1%) e la UOC Patologia Clinica e Microbiologica ISG (7,9%).

Infine, si evidenzia che il 6,2% del costo totale per dispositivi medici è relativo alla Direzione Scientifica IRE e, pertanto, attribuibile ad attività di ricerca.

Costo dispositivi medici per UOC (2014 – 2015) - €/000

UOC	2014	2015	Delta '15-'14	%su tot '15	%cumulata
UOC Urologia Oncologica	2.005	1.796	(210)	10,5%	10,5%
UOSD Patologia Clinica IRE	1.360	1.558	198	9,1%	19,6%
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	1.255	1.355	100	7,9%	27,5%
Direzione Scientifica IRE	404	1.065	661	6,2%	33,7%
UOC Anestesia IRE	1.095	973	(123)	5,7%	39,4%
UOC Neurochirurgia	1.158	915	(244)	5,3%	44,7%
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	1.038	913	(125)	5,3%	50,1%
UOC Chirurgia Toracica	930	910	(20)	5,3%	55,4%
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	900	815	(85)	4,8%	60,1%
UOC Ginecologia Oncologica	920	734	(186)	4,3%	64,4%
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	821	646	(175)	3,8%	68,2%
UOC Ortopedia Oncologica	392	589	197	3,4%	71,7%
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	493	444	(48)	2,6%	74,2%
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	440	386	(54)	2,3%	76,5%
UOC Oncologia Medica "A"	348	366	18	2,1%	78,6%
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopancreatico	626	364	(262)	2,1%	80,8%
UOSD Endoscopia Digestiva	315	338	23	2,0%	82,7%
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	375	294	(81)	1,7%	84,5%
UOS Centro Trasfusionale	277	293	16	1,7%	86,2%
UOC Farmacia	272	264	(8)	1,5%	87,7%
Direzione Sanitaria I.R.E.	272	224	(48)	1,3%	89,0%
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	272	212	(60)	1,2%	90,3%
Altre UOC	1.896	1.668	(228)	9,7%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>17.866</b>	<b>17.121</b>	<b>(745)</b>		

Fonte dati: Flussi gestionali interni

### 1.2.2.3 Servizi

Il costo dei servizi sanitari e non sanitari ha subito, tra il 2013 e il 2015, una riduzione pari a 4,6 €/mln (CAGR -5,5%).

Un andamento analogo si registra con riferimento all'incidenza del costo dei servizi sui ricavi al netto del File F, che nel triennio di riferimento si riduce con un CAGR pari a 6,6%.

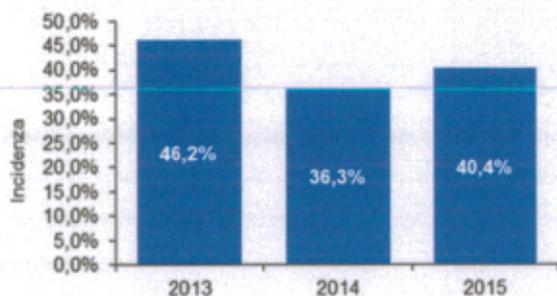
Come nel caso dei dispositivi medici, anche il trend di riduzione del costo dei servizi è riconducibile, in particolare, ad un processo di miglioramento sia della fase di programmazione della spesa sia delle attività di monitoraggio e rispetto del budget assegnato da parte delle strutture ordinanti.

Evoluzione costo servizi (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Conto Economico

Incidenza spesa servizi sui ricavi al netto del File F (Trend 2013 – 2015)



Fonte dati: Conto Economico

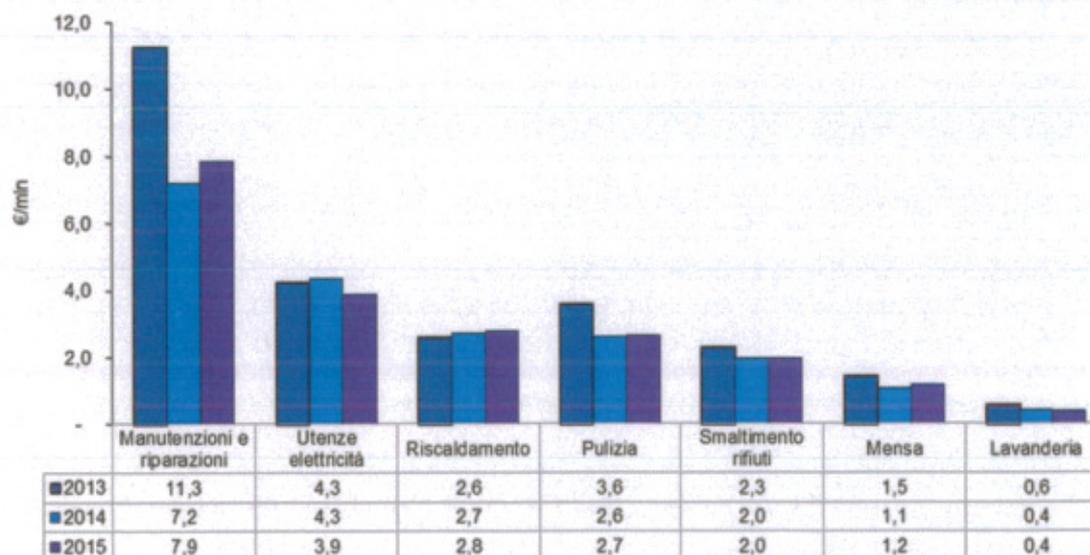
Nel grafico che segue sono presentate le maggiori determinanti del costo dei servizi non sanitari corrispondenti a più del 60% della spesa totale.

L'unica voce che presenta un andamento crescente nel triennio di riferimento è il Riscaldamento (CAGR +3%). Al contrario, per quanto concerne gli altri servizi analizzati, si evidenzia una generale diminuzione: CAGR -17% per la Manutenzione, CAGR -5% per le Utenze elettriche, CAGR -14% Pulizia, CAGR -7% per lo Smaltimento Rifiuti, CAGR -10% per la Mensa e CAGR -20% per la Lavanderia.

Confrontando, inoltre, i dati 2014 e 2015, si rileva un incremento del costo della Manutenzione di 0,7 €/mIn, dovuto ai maggiori interventi di manutenzione extra canone (riparazioni) rispetto al 2014, legati al maggiore utilizzo e obsolescenza degli impianti e dei macchinari.

Costo dei servizi non sanitari\* (Trend 2013 – 2015)

\*Servizi che rappresentano più del 60% del totale



Fonte dati: Conto Economico

La generale riduzione del costo dei servizi non sanitari è ascrivibile principalmente alla scadenza del contratto multiservizi alla fine dell'anno 2013 e alla corrispondente diminuzione dei prezzi frutto delle nuove attività di contrattualizzazione.

Per quanto riguarda la gestione delle procedure di appalto, infatti, un punto centrale ha riguardato il complessivo passaggio alle gare centralizzate, in attuazione della L.R. 14/2008 e successivi decreti, che ha portato a decine di gare delegate per l'indizione della centrale Acquisti Regionale. In seguito, con DCA n.369 del 29 luglio 2015, la Regione ha costituito tre Aree di Aggregazione per lo svolgimento delle gare in forma aggregata e l'IFO è stato inserito nell'Area 2, contenente la zona centrale di Roma (che rappresenta circa il 70% dell'ammontare degli acquisti della Regione Lazio).

Ad oggi, le procedure di gara dell'IFO sono gestite principalmente con modalità aggregata (Centrale Acquisti Regionale, piattaforme contrattuali CONSIP, mercato elettronico), riducendo al minimo il ricorso a procedure autonome. In particolare, tra i servizi assegnati con modalità aggregata vi sono:

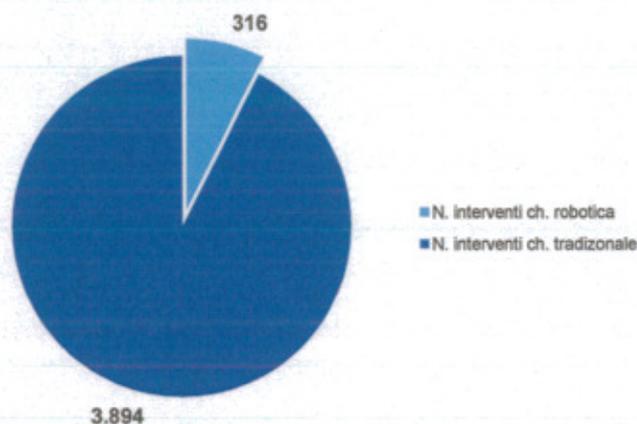
- servizio di lavanderia;
- servizio mensa;
- servizio per lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali (*si provvederà ad aderire alla gara regionale non appena sarà disponibile: scadenza contratto 31.03.2017*);
- multiservizio tecnologico e fornitura di vettori energetici per gli immobili in proprietà o nella disponibilità delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio (*con adesione CONSIP fino al 2020*).

#### 1.2.2.4 Macchinari: sistema "Da Vinci"

Nel 2012, l'IFO ha acquistato il Robot "Da Vinci" al fine di iniziare a sviluppare le più moderne tecniche di chirurgia robotica.

Nel corso del 2016 l'Istituto Regina Elena ha effettuato 4.210 interventi chirurgici, di cui 316 (7,5%) con tecnica robotica e 3.894 (92,5%) utilizzando tecnica tradizionale e videolaparoscopica.

% Interventi di chirurgia robotica sul totale (2016)



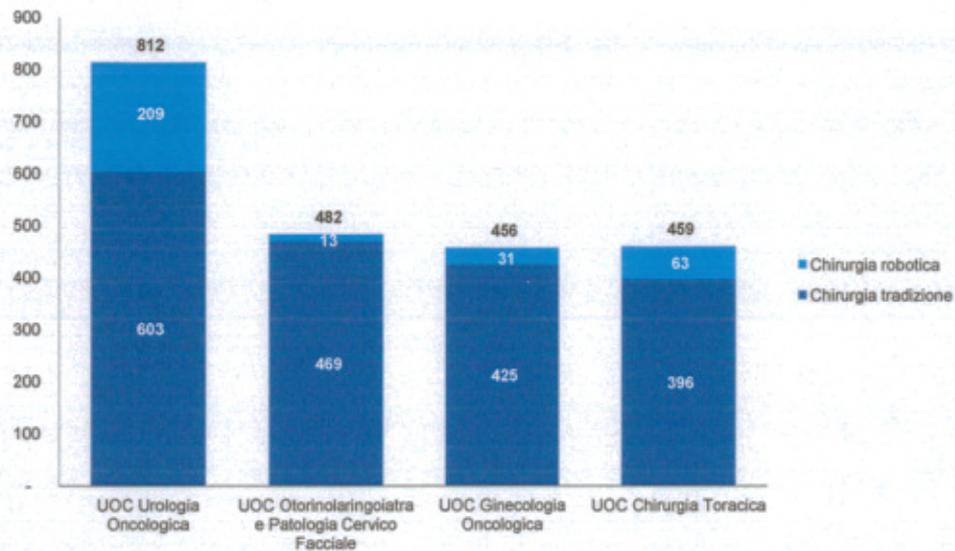
Fonte dati: Flussi gestionali interni

La chirurgia robotica, ad oggi, viene utilizzata per l'esecuzione di alcuni interventi afferenti alle UOC Urologia Oncologica, Chirurgia Toracica, Ginecologia Oncologica e Otorinolaringoiatra e Patologie Cervico Facciali.

La UOC Urologia Oncologica è quella che effettua il maggior numero di interventi utilizzando il Robot (209, circa il 26% degli interventi totali, pari a 812), seguita dalla UOC Chirurgia Toracica

(63 interventi, circa il 13,7% degli interventi totali, pari a 459), che ha avviato l'attività robotica solo nel 2016.

Numero interventi chirurgici per UOC (2016)



% interventi chirurgici con tecnologia robotica sul totale per UOC (2016)

UOC	%
UOC Urologia Oncologica	25,7%
UOC Chirurgia Toracica	13,7%
UOC Ginecologia Oncologica	6,8%
UOC ORL	2,7%

Fonte dati: Flussi gestionali interni

Gli interventi chirurgici effettuati con tecnica tradizionale, videolaparoscopica o robotica sono i seguenti (non sono stati inclusi gli interventi afferenti la UOC Otorinolaringoiatra e Patologia Cervico Facciale in quanto in numero trascurabile):

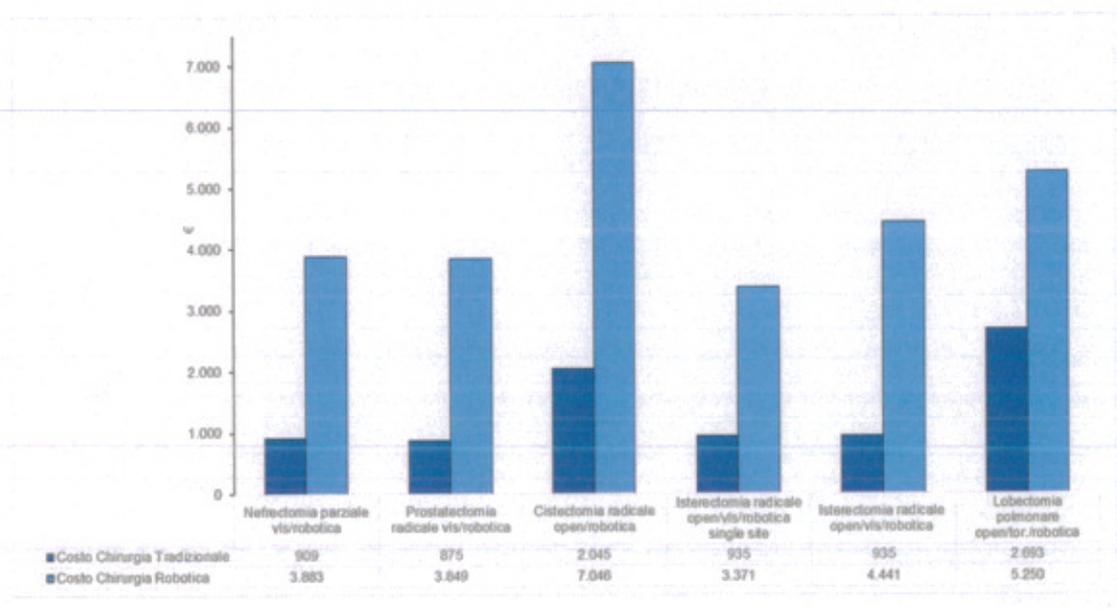
- UOC Urologia Oncologica
  - nefrectomia parziale vls, robotica;
  - prostatectomia radicale vls, robotica;
  - cistectomia radicale open, robotica;
- UOC Chirurgia Toracica
  - lobectomia polmonare: open, toracoscopica, robotica;
- UOC Ginecologia Oncologica
  - isterectomia radicale: open, vls, robotica.

Per ciascuno di tali interventi, il grafico alla pagina seguente mostra i differenti costi legati alla tipologia di tecnica chirurgica utilizzata (si specifica che ai fini della presente analisi sono stati considerati i soli costi legati al consumo di beni correlati all'intervento, considerando costanti le altre variabili, quali personale, costo di sala operatoria, durata dell'intervento, giornate di degenza, ecc.).

Dall'analisi emerge come il costo dell'intervento cresce considerevolmente se effettuato con l'ausilio del Robot:

- +327% nel caso della Nefrectomia robotica rispetto alla Nefrectomia parziale vls
- +340% nel caso della Prostatectomia robotica rispetto alla Prostatectomia radicale vls
- +244% nel caso della Cistectomia robotica rispetto alla Cistectomia radicale open
- +261% nel caso della Isterectomia robotica single site rispetto alla Isterectomia radicale open/vls
- +375% nel caso della Isterectomia robotica rispetto alla Isterectomia radicale open/vls
- +95% nel caso della Lobectomia robotica rispetto alla Lobectomia polmonare open/toracoscopica

Confronto costo interventi chirurgici con chirurgia tradizionale/videolaparoscopica e robotica (2016)



Fonte dati: Flussi gestionali interni

## 2 Definizione degli obiettivi, interventi e azioni

### 2.1 Punti di forza e punti di debolezza emersi dalle analisi dell'ultimo triennio in termini sia economici che gestionali

Da questa analisi dell'andamento economico e da una prima valutazione (i) delle potenzialità offerte dall'attuale posizionamento, specie sulle linee di prodotto 'core', per un IRCCS di riferimento regionale e nazionale, (ii) dai trend di sviluppo delle attività nell'ultimo triennio, e (iii) da una prima selezione dei progetti di sviluppo di linee innovative di assistenza e di ricerca, già presenti nell'Istituto, emerge un quadro sintetico riportato qui di seguito nella forma tipica della SWOT:



#### Punti di Forza (Strengths)

- **Ruolo di leadership nella rete dei servizi laziali.** L'IFO offre la gamma più completa di linee di prodotto in campo oncologico nel panorama degli erogatori laziali e del Centro Sud italiano, costituisce, altresì, attraverso relazioni con altri enti, uno snodo importante di formazione specialistica e un centro di riferimento per molte tecniche innovative chirurgiche (mininvasività, robotica, etc). L'IFO è tra gli istituti oncologici a livello nazionale, primo del Centro Sud Italia con indice di complessità abbondantemente superiore a 1, al terzo posto, a livello nazionale, per case mix oncologico. L'Istituto Regina Elena – IRE è riconosciuto a livello nazionale in ambito di chirurgia alla mammella, urologia, ginecologia. Ha inoltre adottato protocolli diagnostici-terapeutici concordati a livello nazionale e internazionale.
- **Alto posizionamento regionale su alcuni prodotti 'core'.** L'IFO eroga prestazioni oncologiche e dermatologiche in volumi più elevati rispetto a molti altri erogatori dei medesimi servizi presenti sul territorio laziale. E' centro di riferimento regionale per numerose patologie, a titolo di esempio si riportano di seguito, alcuni dei Centri formalizzati presenti nell'istituto:

- **Centro di riferimento Regionale Porfirie e Malattie Rare:** il Centro è anche un punto di riferimento nazionale ed internazionale in grado di fornire analisi di laboratorio altamente specialistiche<sup>1</sup>.
  - **Centro per la cura dell'Epilessia Tumorale (CET) dell'Istituto Regina Elena<sup>2</sup>:** è uno dei pochi in Europa interamente dedicato a questa patologia. Il CET si occupa della presa in carico riabilitativa "globale" del paziente con epilessia secondaria a tumore cerebrale e dei suoi familiari, che vengono considerati parte integrante e fissa del team stesso.
  - **Biobanca Tessuti e Liquidi Biologici<sup>3</sup>:** la biobanca dei tessuti è riconosciuta nella Rete BBMRI. Entrambe sono operative e accreditate, ma incomplete per la parte strutturale e delle apparecchiature. L'obiettivo è quello di favorire, attraverso la realizzazione di un data base di Istituto clinico- biologico, i processi di spin-off tra l'Ente e l'Industria farmaceutica.
  - **Banca del tessuto ovarico - BTO:** La BTO è strutturata in tre settori: ambulatorio di oncofertilità, laboratorio di processazione e congelamento dei prelievi, e area criogenica di stoccaggio.
  - Centro di riferimento regionale per l'endoscopia digestiva e la poliposi familiare per i pazienti neurochirurgici
  - Centro per lo studio e la cura della psoriasi ISG
- **Centro di riferimento di ricerca oncologico e dermatologico a livello nazionale e internazionale.** L'Istituto, oltre che per l'attività oncologica del Regina Elena - IRE, ha rappresentato, sin dalla prima parte del secolo scorso, un riferimento nazionale per l'attività dermatologica del San Gallicano - ISG: ruolo che si è consolidato attraverso la creazione dell'IRCCS, che ha avuto, anche se in forma discontinua, un consolidamento attraverso l'attuazione di progetti di ricerca e di attività assistenziale.
  - **Recenti sviluppi di investimenti in campo tecnologico.** Lo sforzo nel rinnovamento tecnologico da parte dell'Istituto è sempre stato intenso, tale da produrre delle importanti innovazioni che rappresentano un'opportunità per il futuro. L'impegno nell'innovazione tecnologica che l'Istituto si è prefissato negli ultimi 5 anni ha consentito di rendere il processo clinico-assistenziale più ottimale ed efficiente, in particolare ha generato una maggiore efficienza nella gestione delle liste d'attesa, e in generale, nell'erogazione delle prestazioni sia in termini diagnostici che terapeutici.

Di seguito si riportano alcuni degli investimenti più importanti degli ultimi anni:

- acquisizione sistema Cyberknife (2016);
- acquisizione sistema SPECT/CT (2016);
- acquisizione TAC 128 strati (2016);
- acquisizione mammografo digitale (2016);
- upgrade di n.2 Acceleratori Lineari (LINAC) al sistema Rapid arc e True Beam (2013);

<sup>1</sup> Circa il 40% dei casi seguiti proviene da fuori Regione Lazio. Nato nel 1967, il Centro ha raccolto nel corso degli anni una vasta casistica relativa ai diversi tipi di Porfiria, sia acuta che non acuta (oltre 1000 casi). Negli ultimi 15 anni l'attività è stata estesa anche ad altre malattie rare di competenza dermatologica.

<sup>2</sup> Fondato nel 2005, oltre 500 pazienti con epilessia secondaria a neoplasia cerebrale sono in cura presso il Centro stesso.

<sup>3</sup> La mission della Biobanca dei tessuti e liquidi biologici è quella di conservare i campioni (tessuti e non) curati presso l'Istituto con l'obiettivo di utilizzarli a scopi di ricerca (traslazionale). I vantaggi potenziali per il paziente sono conseguenti ad eventuali riscontri biologici per future terapie innovative. La conservazione dei tessuti e dei liquidi consente di correlare gli outcome dei trattamenti effettuati con nuovi/ futuri indicatori prognostici sia biologici che genetici.

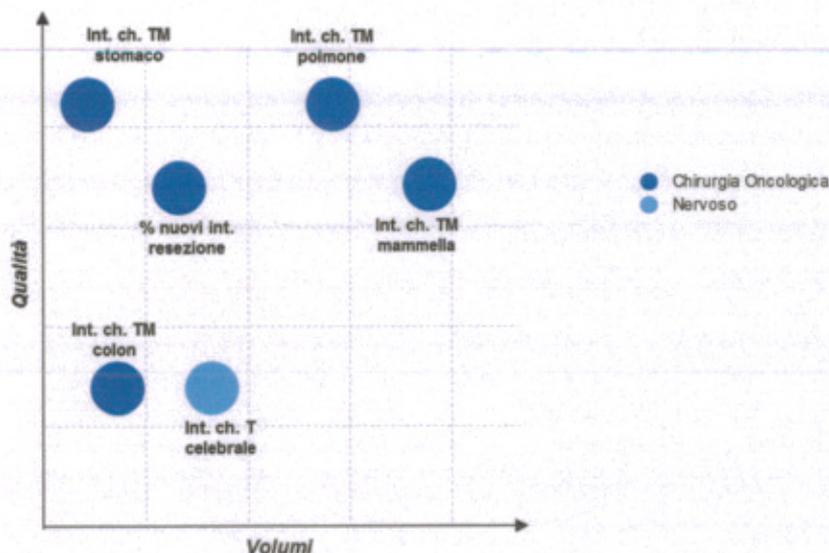
- acquisizione Robot Chirurgico Da Vinci (2012);
- acquisizione Risonanza Magnetica 3 Tesla (2012).

#### *Punti di Debolezza (Weaknesses)*

- **Trend negativi di alcune linee di produzione assistenziali.** Alcune specialità dell'Istituto presentano chiari trend negativi in termini di produzione su alcune linee core, in senso quantitativo (es. Oncologia medica, etc.) e qualitativo (es. Neurochirurgia, Chirurgia del colon etc).
- **Modello organizzativo obsoleto.** Il modello organizzativo dell'Istituto è di tipo tradizionale con una struttura molto piatta e larga con notevoli ridondanze che genera una difficile permeabilità, nei singoli dipartimenti, di spinte comuni all'innovazione, all'attuazione di cambiamenti comuni e alla collaborazione. Ciò genera difficoltà nell'introdurre i possibili livelli di standardizzazione.
- **Presenza di linee di prodotto non consone al core mission ed al ruolo di II e III livello dell'IFO.** All'interno delle prestazioni erogate dall'Istituto persistono attività generaliste, soprattutto nelle chirurgie e nell'area medico – specialista (es. gastroenterologia, neurologia) e servizi di supporto clinico ad elevato costo e scarso valore aggiunto. L'offerta specialistica dell'IFO, soprattutto nell'ambito della chirurgia addominale, è poco focalizzata e spesso non competitiva visto il volume di ricovero di molti altri reparti di chirurgia generale della rete regionale.
- **Insufficiente vitalità delle reti oncologiche laziali.** Esaminando i decreti di definizione della Rete Oncologica regionale, ci si accorge del profondo gap esistente tra la definizione delle linee guida, rivolte a tutte le Aziende Sanitarie che assistono il paziente oncologico, e la messa in pratica e attuazione delle reti oncologiche. Tale ritardo si ripercuote negativamente anche sull'attività di Coordinamento che dovrebbe svolgere l'IFO all'interno dell'area di appartenenza.

#### *Opportunità (Opportunities)*

- **Sviluppo di piani regionali per l'attivazione di reti oncologiche e dermatologiche.** L'IFO, avvalendosi della posizione di leader che ricopre all'interno della compagine laziale, può puntare sulla creazioni e su un ruolo di coordinamento delle reti oncologiche e dermatologiche regionali al fine di diventare il principale snodo delle stesse.
- **Trend positivi sui principali prodotti di chirurgia oncologica e di dermatologia.** L'Istituto può ulteriormente consolidare la posizione di centro di riferimento chirurgico su molte patologie oncologiche (es. mammella, polmone, prostata) e della dermatologia (psoriasi, porfirie, malattie autoimmuni) puntando nei prossimi anni, non solo alla posizione di primo erogatore pubblico ma anche di punto di riferimento nazionale.
- **Sviluppo di orientamenti già espressi nell'Atto Aziendale.** L'Atto Aziendale ha introdotto una serie di innovazioni che promuovono l'integrazione organizzativa e professionale, che devono in parte essere completate creando un sempre più forte senso di appartenenza degli operatori all'interno della struttura, fortemente orientata ai percorsi multiprofessionali e alla presa in carico del paziente.
- **Possibilità di enucleare con chiarezza delle aree su cui investire.** Esistono nell'IFO linee di produzione non sufficientemente sviluppate e progetti di innovazione su alcuni prodotti che se opportunamente prioritizzati potranno rappresentare campi di investimento che aumentano l'attrattività dell'IRCCS. Il Piano Strategico in elaborazione sarà incentrato su queste potenzialità.
- **Rafforzare le potenzialità della ricerca traslazionale:** Il fatto che l'IFO sia un centro di ricerca riconosciuto a livello nazionale e internazionale, in campo oncologico e dermatologico, può rappresentare una grande opportunità di attrazione per finanziamenti e know-how nelle aree core dell'Istituto, le quali possono rappresentare un volano per l'introduzione di nuove tecniche e linee di prodotto.



Fonte dati: Piano Nazionale Esiti 2016

La figura mostra l'attuale posizionamento dell'Istituto su volumi ed esiti, sull'area di chirurgia oncologica il PNE evidenzia un livello di qualità erogata adeguato a divenire un asset principale dell'Istituto per alcune specialità, decisamente migliorabile per altre.

#### Minacce (Threats)

- **Affermazione/crescita di nuovi erogatori sull'assistenza a livello regionale:** L'Istituto, pur mantenendo un posizione di rilievo nazionale, ha perso negli ultimi anni la sua posizione nel rating degli istituti oncologici in termini di appropriatezza e assistenza.
- **Affermazione/crescita di nuovi erogatori sulla ricerca a livello nazionale.** Nel corso degli ultimi dieci anni l'Istituto da una parte ha perso competitività nei confronti degli IRCCS oncologici, ma dall'altra parte è cresciuto il numero pubblicazioni e impact factor totale generato, infatti l'Istituto detiene un valore medio di 200 pubblicazioni all'anno e 1000 punti di IFN normalizzato (criterio ministeriale). L'IRCCS, di fatto, è passato dal secondo (terzo su scala nazionale rispetto agli altri IRCCS oncologici) posto di 10 anni fa all'attuale 5° posto. Anche il numero di sperimentazioni cliniche, sia profit che non profit (indipendenti), non hanno visto la significativa crescita che ci si sarebbe aspettati sulla base del crescente successo delle terapie bersaglio e soprattutto, negli ultimi anni, dell'immunoterapia.
- **Insufficiente caratterizzazione del ruolo dell'IFO a livello regionale.** Il piano oncologico regionale tende ad assimilare l'IFO ad uno dei centri di riferimento, ma trascurando quello che dovrebbe essere il suo ruolo prioritario di strumento tecnico dell'Assessorato Regionale alla sanità per l'attuazione delle reti oncologiche e snodo importante nella relazione di ricerca tra sanità e industria.
- **Insufficienti finanziamenti programmati.** L'evoluzione tecnologica, specie in campo diagnostico, terapeutico oncologico è molto rapida, per poter quindi rimanere competitivi è necessario stanziare ingenti finanziamenti, è per questo motivo che riuscire ad attirare finanziamenti privati risulta fondamentale. A tal proposito l'IRE occupa una buona posizione in tema di ottenimento di investimenti privati, ma questo trend positivo è contrastato da una tendenza negativa dell'ISG il quale attrae pochi finanziamenti privati. Il volume totale dei finanziamenti non ministeriali che l'IRE e l'ISG ottengono rispetto agli altri IRCCS è notevolmente inferiore alla media Nazionale.

## 2.2 Ruolo attuale dell'azienda all'interno della rete regionale e nazionale

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – (IFO, IRCCS riconosciuti con Decreto Ministeriale 22/2/1939) includono:

- L'Istituto Nazionale Tumori, Regina Elena – (IRE), per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- L'Istituto San Gallicano – (ISG) per la ricerca, lo studio, la prevenzione e la cura delle dermatopatie.

L'IRE è stato il primo IRCCS di Roma, istituito nel 1939. Opera in tre aree: clinica, ricerca e formazione con missione di raggiungere l'eccellenza nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura dei tumori attraverso la ricerca in campo epidemiologico, eziologico, molecolare e terapeutico, incluse le terapie sperimentali.

L'attività di ricerca dell'IFO 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, la definizione di un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli.

Attraverso rigorosi protocolli, con la collaborazione di istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, per una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina.

È fondamentale inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, primaria e secondaria, aspetto che richiede programmi con obiettivi mirati e finanziati.

In questo settore, la presenza di biobanche in GLP permetterà una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce, prognosi delle patologie e predittività della risposta terapeutica.

Le peculiarità che contraddistinguono l'IRE sono di seguito riportate:

### Ruolo a livello nazionale

- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)
  - sede centrale del Registro Tumori per la città di Roma e per tutta la Regione Lazio;
  - sede di circa 250 trial clinici, non profit, con collaborazione multicentrica a livello nazionale e internazionale;
  - organizzazione di numerosi corsi di formazione su temi specifici di carattere oncologico;
  - collaborazione con l'AIFA per i registri di monitoraggio dei farmaci innovativi (Rete Nazionale di Farmacovigilanza e Registri di Sorveglianza).
- Assistenza
  - elevata qualificazione con attrattività legata non solo ai volumi, ma anche alla qualità delle prestazioni chirurgiche erogate, grazie all'utilizzo di apparecchiature all'avanguardia per la diagnostica e per la chirurgia quale ad esempio, l'attività robotica, che ha consentito una elevata mobilità di pazienti extraregione.
  - trattamento chirurgico e analisi genetico - molecolari di malattie rare quali: sarcomi dei tessuti molli, timomi, tumori associati a mutazioni genetiche (BRCA1/2 APC).

### Ruolo a livello regionale

- Centro di riferimento all'interno del network per patologie oncologiche e malattie rare (esempio: Poliposi familiare del colon).

### Ruolo a livello locale

- Centro di riferimento per le procedure invasive della Terapia del Dolore.

- Elevati volumi di attività per tutte le discipline oncologiche.

L' Istituto San Gallicano (ISG) fa parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e svolge attività clinico-assistenziale e traslazionale nel campo delle malattie cutanee e delle malattie sessualmente trasmesse (MST). Partecipa alla rete di oncologia ed a quella delle malattie rare della Regione Lazio, con particolare interesse rivolto alla prevenzione, diagnosi e terapia dei tumori cutanei (Dermatologia Oncologica), ed allo studio delle malattie rare con particolare attenzione a quelle su base metabolica (porfirie ed emocromatosi).

L'ISG dispone di Reparti clinici e di Ambulatori sia di Dermatologia generale che di alta specialità, quali la fotodermatologia, la dermatologia pediatrica ed estetica, la chirurgia plastica e medicina rigenerativa, il centro della psoriasi e della vitiligine, delle malattie autoimmuni e delle patologie legate alla povertà e all'immigrazione.

L'Istituto dispone di una aggiornata strumentazione di diagnostica non invasiva, come la microscopia confocale, la teletermografia, l'ecografia e la dermatoscopia digitale.

Nel campo della ricerca traslazionale vengono compiuti importanti studi sulle patologie infiammatorie e neoplastiche, studi di farmacologia preclinica e di metabolomica della cute.

Il DCA n. 28/2015 ha ridefinito il modello organizzativo per la gestione del tumore della mammella incentrandolo sullo sviluppo di una rete integrata territorio-ospedale, organizzata nelle seguenti tipologie di servizi:

- centro di screening;
- struttura di diagnostica clinica;
- centro di senologia.

Nell'ambito di tale nuovo assetto della rete assistenziale, l'IFO è stato identificato quale Centro di senologia di riferimento, ossia il centro deputato ad attività di diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne con diagnosi di carcinoma mammario. Il Centro di Senologia riunisce funzionalmente tutte le specialità coinvolte nella diagnosi e cura della patologia mammaria, assicurando la multidisciplinarietà dell'assistenza.

L'IFO è stato inoltre identificato quale Centro di riferimento per la rete oncologica per il tumore al polmone (DCA 419/2015). Il Centro di riferimento rappresenta la struttura ospedaliera con posti letto di Chirurgia toracica e di Oncologia, con un numero di interventi per neoplasia polmonare pari a 150 per anno, al cui interno vengono svolte le attività relative a: radioterapia oncologica (comprese tecniche IMRT, IGRT, Stereotassi); radiologia (diagnostica e interventistica); pneumologia/endoscopia toracica (diagnostica con accertamenti bioptici); endoscopia interventistica con strumento rigido; fisioterapia respiratoria; terapia del dolore; *simultaneous care*; nutrizione clinica; anatomia patologica; laboratorio di biologia molecolare; counselling psicologico; medicina nucleare.

Infine, con DCA 30/2017 è stato definito il modello organizzativo per la gestione del tumore del colon retto nella Regione Lazio. Tale modello è stato incentrato sullo sviluppo di percorsi che, a partire dallo screening, prevedono l'accesso a:

- centri di endoscopia;
- centri di trattamento.

L'Istituto Regina Elena è stato individuato sia come Centro di endoscopia che come Centro di trattamento di riferimento.

L'Istituto Regina Elena, quale Centro di endoscopia è deputato alla presa in carico di soggetti provenienti dai Programmi di screening aziendali risultati positivi al FIT (DCA 191/2015), di soggetti in sorveglianza per storia personale o familiare e di soggetti sintomatici. In tali strutture viene effettuata la colonscopia con eventuale polipectomia contestuale e biopsia per esame istologico.

Quale Centro di trattamento, l'Istituto Regina Elena è infine deputato alla presa in carico di soggetti con diagnosi di carcinoma colon-rettale.

## 2.3 Vincoli normativi definiti a livello nazionale e regionale

Per la definizione del Piano di Efficientamento aziendale, il quadro normativo in merito al riordino della disciplina in materia sanitaria evidenzia i principali vincoli attualmente in vigore:

### A livello europeo

- Direttiva EU/24/2011: impegno per l'Italia a riorganizzare la rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate. Impegno (DM 70 del 2 aprile 2015);

### A livello nazionale

- DM 70 del 2 aprile 2015: regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il provvedimento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, ponendosi l'obiettivo di mantenere livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrre, nel contempo, una significativa riduzione dei costi garantendo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.
- Il punto di svolta segnato dal DM risiede nella definizione di standard per la valutazione dei volumi minimi e del bacino di utenza, nonché della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici da cui si determina la reale accreditabilità di un'unità operativa;
- D. Lgs 16 ottobre 2003, n.288: Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Il decreto stabilisce la natura e le finalità degli IRCCS, i criteri di riconoscimento e revoca del carattere di IRCCS e l'obbligo di questi a veicolare la propria attività in base a criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Gli IRCCS sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali. Gli IRCCS devono, inoltre, organizzare la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali;
- DM 5 febbraio 2015, modifica del decreto 14 marzo 2013: «Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico». Il riconoscimento del carattere scientifico di strutture pubbliche e private è soggetto al possesso, in base a titolo valido, dei seguenti requisiti:
  - personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato;
  - titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari;
  - economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;
  - caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale;
  - caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata;
  - dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;
  - dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;
  - certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Il procedimento di conferma del carattere scientifico è disciplinato ai sensi dell'art. 15, comma 1, secondo cui ogni due anni le Fondazioni IRCCS, gli Istituti non trasformati e gli IRCCS di diritto privato inviano al Ministero della Salute i propri dati aggiornati attestanti la permanenza dei requisiti di legge, secondo quanto previsto dall'allegato B al DM in questione.

- **Programma Nazionale Esiti – PNE:** Il PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali/province.

Nel corso dell'ultimo procedimento per la verifica della permanenza dei requisiti per la conferma del carattere scientifico, in base al D.Lgs. 16 ottobre 2003 n.288, sopra illustrato, l'IFO è risultato sospeso a causa del mancato riconoscimento della specificità dell'Istituto nel campo della ricerca biomedica, dell'assistenza e della formazione e a causa dei costi incontenibili che non sono compensati dall'attuale sistema di remunerazione delle prestazioni. Inoltre l'Istituto ha riportato, nei bilanci del periodo 2010-2015 un costante risultato negativo. Alla luce di queste evidenze è stato richiesto all'IRCCS di attivare urgenti iniziative circa il recupero dell'equilibrio economico gestionale, in particolare le misure e quantificazioni dei termini per il raggiungimento di tale obiettivo sono stati definiti dal DCA/273 del 08.09.2016.

Il PNE, invece, in merito all'Istituto, evidenzia un livello di qualità erogata adeguato sull'area di chirurgia oncologica.

#### *A livello regionale*

- **Programma Operativo 2016-2018:** Il PO della Regione Lazio per la riorganizzazione, riqualificazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario, fornisce le seguenti indicazioni:
  - a) la riduzione del disavanzo;
  - b) l'aumento dei livelli essenziali di assistenza.

I punti salienti del Programma sono:

1. eliminazione del ticket regionale;
  2. accrescere le certezze del personale cambiando le regole con piani di assunzione triennale, budget assunzionale aziendale annuale, sblocco del turn over, progressiva stabilizzazione dei precari e apertura di nuovi concorsi;
  3. definizione di una nuova governance attraverso nuovi atti aziendali e nuovi protocolli d'intesa con le università;
  4. aumentare il livello di prevenzione, prefiggendosi come obiettivo la copertura totale della popolazione target (popolazione di riferimento);
  5. sviluppo tecnologico attraverso l'acquisto di macchinari, il miglioramento dell'offerta nei centri di riferimento della rete; monitoraggio degli investimenti in alta tecnologia;
  6. rilancio e riorganizzazione delle reti.
- **DCA/182 del 19.05.2016:** La Regione Lazio ha proceduto al ripianamento delle perdite di esercizio cumulate dal 1999 al 31 dicembre 2014 delle Aziende del S.S.R., assegnando all'IRCCS IFO contributi per ripiano perdite degli esercizi precedenti in misura pari ad € 607.143.872,82.
  - **DCA/273 del 08.09.2016:** Per la Regione Lazio gli enti destinatari della previsione normativa di cui all'art. 1 della legge n.208/2015 per i quali è stato calcolato lo scostamento di cui all'art. 1, comma 524, lettera a) della citata legge, sono i seguenti: AO San Camillo Forlanini, AO San Giovanni – Addolorata, AOU Umberto I, IRCCS IFO, AOU Sant'Andrea e AOU Policlinico Tor Vergata. Tali enti hanno l'obbligo di presentare un piano di efficientamento 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 il disallineamento rilevato ai sensi dell'art.1 della legge n.208/2015 e tenendo conto di alcune risultanze di seguito riportate:

DCA n. 273/2016 – individuazione AA.OO. sottoposte a Piano di Efficientamento

Calcolo Scostamento - DCA/273 del 08.09.2016							Valori in €/000	
COD	AZIENDE	RIEQUILIBRIO GARANTITO (ACC.TO GSA)	SCOSTAMENTO ASSOLUTO	SCOSTAMENTO %	% DI RIENTRO DA DECRETO 1°ANNO	OBBIETTIVO RIENTRO DA DECRETO 1°ANNO	RIPIANO DEL DISAVANTO PROGRAMMATO 1° ANNO (ACC.TO GSA)	
901	AO S.Camillo	49.294,27	-77.288,14	-23%	20%	-15.457,63	-61.830,51	
902	AO S.Giovanni	31.311,74	-75.591,99	-42%	15%	-11.338,80	-64.253,19	
906	AOU Umberto I	44.885,99	-42.973,74	-10%	20%	-8.594,75	-34.378,99	
908	IRCCS IFO	39.840,82	-18.485,20	-13%	20%	-3.697,04	-14.788,17	
919	AOU S.Andrea	35.921,12	-14.667,80	-8%	20%	-2.933,56	-11.734,24	
920	AOU PTV	42.016,36	-27.981,99	-11%	20%	-5.596,40	-22.385,59	
TOTALI		243.270,30	-256.988,86			-47.618,17	-209.370,69	

- **DCA/375 del 17.11.2016:** Con tale decreto si è proceduto alla Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale al fine di assicurare il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, per garantire i LEA per l'esercizio 2016.

A seguito di tale direttive nazionali e regionali con Deliberazione n. 1129 del 12 dicembre 2016 l'IRCCS IFO ha presentato al Ministero della Salute il piano concernente l'individuazione dei requisiti di sostenibilità economica del piano di efficientamento di cui al D.C.A. n° U00273 2016, che prevede per il triennio 2017-2019 il recupero di € 18.485.200,00.

In relazione a ciò è stato confermato il riconoscimento della permanenza dei requisiti di carattere scientifico dell'IRCCS IFO.

#### Accreditamenti internazionali e nazionali

L'IFO deve sottostare alle norme di accreditamento e autorizzazione di specifici servizi di alta specialità e alta tecnologia (banche dei tessuti, radioterapia, etc.).

L'IRE, unico IRCCS oncologico della Regione Lazio, ha ottenuto un importantissimo riconoscimento di qualità: la certificazione di *Comprehensive Cancer Center dall'Organization of European Cancer Institutes (OECI)*. Tale specifica certificazione (la massima su quattro livelli) è stata attribuita soltanto a 13 centri in tutta Europa.

Nel 2013 l'IFO ha ottenuto l'accREDITAMENTO dell'attività trapiantologica secondo gli standard JACIE.

## 2.4 Definizione degli obiettivi e relative manovre di efficientamento della spesa e controllo dei fabbisogni

In ottica di recupero del ruolo centrale dell'IRE e dell'ISG come snodi nazionali della ricerca oncologica e dermatologica e dal quadro sopra descritto, si possono enucleare alcuni driver per il futuro piano strategico di cui possiamo, fin d'ora, tracciare le principali direttrici. Nella fattispecie:

- ruolo nella rete ospedaliera regionale e nazionale;
- adozione di nuovi sistemi di governance di rete attraverso i PDTA, con la partecipazione degli stakeholders e dei cittadini;
- sviluppo del capitale umano;
- consolidamento del ruolo di riferimento nazionale per la ricerca, lo sviluppo tecnologico e i percorsi;
- abbandono di obsoleti modelli di assistenza ospedaliera: propensione ad una sempre maggiore qualità ed efficienza ed orientamento all'utente.

Al fine di realizzare manovre di efficientamento della spesa e controllo dei fabbisogni, in una politica di rilancio dell'Istituto, in questo Piano di Efficientamento sono esplicitate le azioni volte alla razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi e all'individuazione di nuovi investimenti con mirati aumenti della produzione che assicurino un saldo positivo tra costi e ricavi e contribuiscano a generare riduzioni del disavanzo più consistenti rispetto a quelle previste dal Decreto. Nel Piano Strategico in elaborazione saranno meglio dettagliate le azioni di sviluppo "controllato" e sostenibile, in un'ottica di rilancio dell'Istituto.

In questa sede si descrivono esclusivamente le "manovre" al fine di rendere più comprensibile il rapporto tra queste ultime e gli effetti sul conto economico tendenziale e programmatico previsto nel successivo capitolo.

Si individuano pertanto, le manovre da realizzare nel triennio 2017-2019, andando contestualmente a declinare le azioni da intraprendere al fine di compiere la relativa manovra.

## 2.4.1 Manovre di costo a perimetro di attività costante

### OBBIETTIVO 1

L'IFO intende attuare le seguenti manovre di efficientamento dei fattori produttivi e di controllo dei costi:

- **Efficientamento consumo farmaci e dispositivi medici** – l'IRCCS intende intervenire mediante il controllo e il monitoraggio dei consumi, il rafforzamento delle funzioni di farmaco-economia e farmaco-epidemiologia e la maggiore appropriatezza nell'uso dei farmaci del File F. Arco temporale 2017-2018;
- **Monitoraggio dei contratti di servizi** – con riferimento a tale azioni, l'IRCCS si pone l'obiettivo di procedere ad un allineamento ai prezzi di riferimento, verificare l'applicazione di Service Level Agreement (SLA) o penali sui contratti in essere e razionalizzare il ricorso alle prestazioni di servizio di cooperative. Arco temporale 2017;
- **Governo del turn over con investimenti selettivi sulle Risorse Umane** – l'IRCCS procederà all'applicazione del blocco del turn over e a razionalizzare il ricorso al personale non dipendente (co.co.co. e cooperative). Arco temporale 2017-2018-2019;
- **Revisione dei processi sanitari, razionalizzazione organizzativa e appropriatezza** – l'IRCCS prevede di intervenire nell'arco temporale 2017-2018-2019 mediante:
  - l'applicazione della normativa nazionale sull'organizzazione ospedaliera (DM 70/2015, etc.)
  - l'ottimizzazione degli indicatori di efficienza (pre-ospedalizzazione, durata di degenza, tasso di occupazione dei posti letto, etc.)
  - la riorganizzazione dipartimentale sistematica con accorpamenti di unità operative e costruzione di piattaforme logistiche e di servizi (es. posti letto, sale operatorie, servizi di laboratorio, RX, etc)
  - l'adozione di nuovi modelli di governance: responsabilità organizzative trasversali e valorizzazione professionale
  - la ricerca di linee di prodotto affini e sovrapposte tra i due IRCCS.
- **Razionalizzazione dell'utilizzo degli asset** – l'IRCCS intende procedere ad una ricognizione dell'uso degli spazi e di utilizzo dei macchinari e ad una razionalizzazione della gestione delle sale operatorie.

### 2.4.1.1 Manovre su acquisto e consumo di beni e servizi

#### INTERVENTO 1.1

Le azioni che l'IRCCS intende intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo economico riguardano:

### AZIONE 1.1.1 – EFFICIENTAMENTO CONSUMO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

L'IRCCS intende raggiungere risultati nel breve/medio periodo introducendo il controllo ed il monitoraggio dei consumi attraverso l'adozione di misure, quali:

- inventario periodico;
- introduzione della figura del "farmacista di sala operatoria";
- audit sull'uso degli antibiotici ed altri farmaci il cui consumo è risultato inappropriato.

L'Istituto, inoltre, intende migliorare i comportamenti prescrittivi sui farmaci proponendo, insieme alla Regione, l'adozione di linee guida condivise, atte a orientare i consumi farmaceutici su farmaci con criteri di appropriatezza e sostenibilità, nella garanzia dei diritti del paziente e del medico, producendo un beneficio complessivo nel sistema, attraverso la riduzione della spesa per File F.

Quanto ai presidi le azioni saranno orientate dalla presa d'atto che, in presenza di numerose e importanti innovazioni in continua evoluzione, è necessario sottoporre queste innovazioni a valutazioni di costo-efficacia. Considerato, infatti, che l'ospedale sta diventando un luogo ad elevato contenuto tecnologico (nei reparti, nelle sale operatorie, nei magazzini) è fondamentale saper capire quali cambiamenti portano dei benefici in termini di efficacia e impatto.

A livello chirurgico, l'adozione dell'innovazione nei dispositivi deve produrre la possibilità di trattare il paziente con tecniche più rapide, ridurre gli errori diagnostici, migliorare il planning operatorio, ridurre l'invasività dell'intervento, ridurre la durata dell'intervento, ridurre gli errori operatori. Anche in questo caso, la promozione di un ruolo di *consultant* del farmacista e dell'HTA, in sala operatoria e non solo, deve essere favorita in azienda. Infatti la figura del farmacista di dipartimento e/o di sala operatoria e la compresenza in Istituto di assistenza e ricerca permette di avere gli strumenti per valutare, validare e rendere fruibili in maniera sostenibili le innovazioni. All'interno di questo scenario il farmacista è la figura che mostra tutte le competenze necessarie per poter affrontare il trade-off tra innovazione e sostenibilità. Il farmacista ha quindi un ruolo importante nei processi di cambiamento ed è essenziale che, come tutti i professionisti sanitari, persegua l'efficacia, non solo l'efficienza, e si concentri su indicatori di processo e non solo su indicatori di risultato. Inoltre, è utile che il farmacista inserisca valutazioni di tipo farmaco-economico e di HTA nelle scelte strategiche di sistema e in quelle quotidiane fino al livello di reparto. Il farmacista non è un supporto, ma una condizione necessaria: può lavorare accanto al clinico avendo nel bagaglio le competenze della valutazione.

Analoga azione di rafforzamento delle funzioni di farmaco-economia e farmaco epidemiologia saranno applicate ai farmaci File F e sui farmaci fuori indicazione.

Questa misura dovrà avere un effetto importante su tutto il triennio, con risultati più significativi negli anni 2017 e 2018. Infatti, nel 2019 questa politica di razionalizzazione dovrà includere l'aumento mirato dei consumi dovuto all'aumento di produzione.

In termini economici questa serie di attività indirizzate all'efficientamento del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici produrranno una diminuzione della spesa pari a 4,2 €/mln nell'arco temporale considerato.

Risparmio atteso

€m In	2017P	2018P	2019P
<b>TOTALE RICAVI</b>	-	-	-
Prodotti farmaceutici e emoderivati	- 0,84	- 1,69	- 1,69
Dispositivi medici	- 1,24	- 2,48	- 2,48
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>- 2,08</b>	<b>- 4,16</b>	<b>- 4,16</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>2,08</b>	<b>4,16</b>	<b>4,16</b>

### AZIONE 1.1.2 – MONITORAGGIO DEI CONTRATTI DI SERVIZI

L'obiettivo di ridurre la spesa e l'esigenza di migliorare la qualità dei servizi erogati, nonché di stimolare la competitività e l'innovazione, hanno trovato una risposta concreta nell'introduzione di processi di acquisto e logistica centralizzati e nella creazione di portali di *e-procurement* a livello regionale, strettamente collegati con le politiche di acquisto on line a livello nazionale.

Pertanto, le azioni da intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo risiedono nella necessità di:

- allineamento ai prezzi di mercato, mediante l'adozione di manovre di benchmark;
- specifiche azioni puntuali di revisione dei contratti, specie nella fase di rinnovo e di proroga, che prevedano la sospensione di servizi non più necessari (es. vigilanza armata CRS Pietralata; sovrapposizione tra contratto Capodarco e cooperative).

Nei servizi viene computato anche il personale: le politiche di governo del turn over, come anche il tradizionale ricorso dell'IFO all'acquisto di servizi per prestazioni d'opera in campo infermieristico e OSS, fa ritenere probabile che le successive manovre produrranno effetti importanti sulla riduzione di contratti di servizio con cooperative di lavoro interinale.

Successiva azione da intraprendere risiede nella verifica della corretta esecuzione del servizio attraverso la predisposizione di adeguati incentivi al corretto svolgimento delle prestazioni contrattuali (es. riduzione delle somme erogate come corrispettivo delle prestazioni eseguite; la difficoltà a partecipare a gare successive).

L'applicazione di Service Level Agreement e relative penali serve, invece, a ridurre il rischio di *moral hazard*.

È vero, tuttavia, che l'applicazione delle penali reca con sé un alto rischio di contenzioso, rischio rispetto al quale è necessario adottare tutte le misure atte a ridurlo drasticamente (es. fissazione chiara e precisa dei presupposti per l'irrogazione degli importi, adeguati meccanismi di contestazione dell'addebito, verbali di contestazione in contraddittorio etc.).

A livello economico, tale manovra contribuirà alla riduzione della spesa sanitaria nel 2017 pari a 0,5 €/mln.

*Risparmio atteso*

€m In	2017P	2018P	2019P
<b>TOTALE RICAVI</b>	-	-	-
Lavanderia	- 0,10	- 0,10	- 0,10
Pulizia	- 0,20	- 0,20	- 0,20
Smaltimento Rifiuti	- 0,20	- 0,20	- 0,20
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>- 0,50</b>	<b>- 0,50</b>	<b>- 0,50</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>

### 2.4.1.2 *Manovre sul personale*

#### INTERVENTO 1.2

Le azioni che l'IRCCS intende intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo economico riguardano:

#### AZIONE 1.2.1 – GOVERNO DEL TURN OVER CON INVESTIMENTI SELETTIVI SULLE RISORSE UMANE

Nel confronto dell'IFO con gli altri principali erogatori, emergono due caratteristiche essenziali: il peso minore del personale dipendente sul bilancio e la presenza consistente di acquisto di prestazioni di servizio interinale.

Confronto Indicatori CE 2015 Aziende in PdR

Indicatori CE 2015	IFO	SC	SG	PUI	SA	PTV
%personale(dip+non dip)*/ricavi	44%	79%	72%	43%	55%	36%
%consulenze/ricavi	0%	1%	1%	1%	3%	0%
%cooperative/ricavi	4%	0%	2%	7%	1%	4%
%farmaci/ricavi	32%	11%	13%	27%	22%	24%
%dispositivi/ricavi	12%	14%	12%	13%	14%	20%
%servizi**/ricavi	22%	26%	30%	19%	25%	24%

\* Comprende, oltre al costo del personale dipendente e non dipendente (interinali e collaborazioni), anche il costo del personale SUMA.

\*\* Al netto del costo delle cooperative e delle consulenze.

Al contempo sono evidenti dal bilancio gli effetti delle manovre di riduzione del turn over e il ricorso al lavoro atipico. Gli effetti di riduzione della spesa nel primo e secondo anno del piano (2017 e 2018) devono consentire l'autofinanziamento di aumenti selettivi di personale e sulle linee di prodotto su cui investire e riequilibrare il rapporto tra lavoro dipendente e lavoro atipico.

La manovra, per il primo anno, è basata sul contenimento del 10% del turn over in un quadro di trascinalenti negativi dagli anni precedenti. Per gli anni successivi è prevista una riduzione del lavoro interinale attraverso le azioni di riorganizzazione (di cui al prossimo paragrafo) con effetti principali sulla componente del lavoro atipico, in forma tale da permettere, anche a partire dal 2018, investimenti selettivi su figure professionali necessarie a supportare le azioni di sviluppo.

Per maggiori dettagli, di seguito vengono riportati i dati di afferenti al personale. Il personale dipendente dell'IFO è riconducibile principalmente a personale sanitario di comparto e a personale sanitario dirigente, rispettivamente pari al 44% e al 30% del totale del personale (anno 2015).

Andamento del costo del personale e incidenza sui ricavi al netto del File F (Trend 2013 - 2015)

€/min	2013	2014	2015
Ricavi netto File F	92,61	94,51	94,67
Personale dipendente	60,22	58,90	56,78
Personale dipendente/ricavi	65%	62%	60%
Personale non dipendente	6,47	6,79	7,37
Personale non dipendente/ricavi	7%	7%	8%
Consulenze	0,76	0,32	0,70
Consulenze/ricavi	0,8%	0,3%	0,7%
Cooperative	2,65	2,98	4,05
Cooperative/ricavi	2,9%	3,2%	4,3%
<b>Totale costo del Personale</b>	<b>70,10</b>	<b>68,99</b>	<b>68,89</b>
<b>Totale costo del personale/ricavi</b>	<b>76%</b>	<b>73%</b>	<b>73%</b>

Nel triennio considerato si osserva un decremento del costo del personale pari complessivamente a 1,2 €/min (2% del totale al 2013). Tale riduzione è imputabile sia al costo del personale sanitario dirigente sia al costo del personale sanitario di comparto.

I dati sopra esposti confermano la convergenza verso l'obiettivo di razionalizzazione del personale, prevedendo anzitutto l'applicazione del "blocco" del turn over entro i valori massimi di deroga indicati dalla Regione (90% per il 2017, 95% per gli anni 2018 e 2019).

Tutto ciò può avvenire con un 10% di riduzione del turn over nei 3 anni di Piano, con un oculato rimescolamento delle figure in precedenza descritte, facendo tesoro, nel primo anno del piano, del risparmio derivante dal trascinalento della riduzione del personale degli anni precedenti.

Tale manovra di razionalizzazione del personale genererà effetti economici nel triennio considerato, quantificabili nel seguente modo:

- anni 2017 e 2018 si prevede che la manovra produrrà un forte impatto, rispettivamente si stima un risparmio sull'effort economico pari a circa 1.0 €/mln e 2.0 €/mln;
- anno 2019 la manovra, si stima produrrà un risparmio più contenuto pari a circa 0,2 €/mln.

Risparmio atteso

€m In	2017P	2018P	2019P
<b>TOTALE RICAVI</b>	-	-	-
Personale Sanitario - Dipendente	- 0,75	- 1,52	- 1,65
Personale Sanitario - Non Dipendente	- 0,11	- 0,23	- 0,23
Personale Non Sanitario - Dipendente	- 0,10	- 0,15	- 0,18
Personale	- 0,96	- 1,90	- 2,06
IRAP	- 0,07	- 0,13	- 0,14
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>- 1,03</b>	<b>- 2,03</b>	<b>- 2,20</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>1,03</b>	<b>2,03</b>	<b>2,20</b>

### 2.4.1.3 Manovre sulla riorganizzazione dei processi

#### INTERVENTO 1.3

Le azioni che l'IRCCS intende intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo economico riguardano:

#### AZIONE 1.3.1 – REVISIONE DEI PROCESSI SANITARI, RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA E APPROPRIATEZZA

Uno dei fattori di successo della manovra sta nel mutamento dell'assetto organizzativo e delle responsabilità che porti a superare l'inefficienza dovuta ai modelli organizzativi finora adottati e garantire un orientamento delle responsabilità sui processi più che sulle prestazioni/risorse.

Come suggerito anche nel DM, le azioni previste dall'Istituto sono:

- ottimizzazione degli indicatori di efficienza (pre ospedalizzazione, durata di degenza, tasso occupazione letti, etc.)
- riorganizzazione dipartimentale sistematica con accorpamenti di unità operative e costruzione di piattaforme logistiche e di servizi (es. letto, sale operatorie, servizi di laboratorio, Rx, etc.)
- adozione di nuovi modelli di governance: responsabilità organizzative trasversali e valorizzazione professionale
- ricerca di linee di prodotto affini e sovrapposte tra i due IRCCS

Dette azioni saranno dettagliate nel piano strategico e nei budget annuali, nella presente sede si possono sintetizzare i principali *driver* su cui si muoveranno:

- superamento del modello a canne d'organo con la presenza di micro unità operative; organizzazione dei letti in piattaforme di servizio gestite da *bed manager*;
- riorganizzazione in piattaforme dei servizi di laboratorio e delle bio immagini;
- adozione di un modello basato su processi/percorsi con lo sviluppo della figura del *case manager*, etc.

Gli effetti di queste azioni dovranno risultare dall'utilizzo più razionale dei fattori produttivi, dalla nuova definizione di responsabilità sull'ottimale utilizzo delle risorse sulle piattaforme e sul percorso paziente, come anche dalle economie di scala ad esse correlate.

A questa manovra di respiro strategico dovranno affiancarsi un'azione permanente e continua di ottimizzazione dei ricoveri (dal pre-ricovero alla durata media) puntando all'ottenimento di una sempre maggiore performance in termini di efficienza.

L'impatto complessivo è stimato in 6,6 €/mln.

*Risparmio atteso*

€m In	2017P	2018P	2019P
Prestazioni di ricovero	0,10	0,10	0,10
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>0,10</b>	<b>0,10</b>	<b>0,10</b>
Prodotti farmaceutici e emoderivati	-	-0,40	-0,80
Altri Beni Sanitari	-	-0,98	-1,96
Beni non Sanitari	-	-0,01	-0,02
Servizi - netto consulenze	-	-1,86	-3,72
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>-</b>	<b>- 3,25</b>	<b>- 6,50</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>0,10</b>	<b>3,35</b>	<b>6,60</b>

### **AZIONE 1.3.2 – RAZIONALIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DEGLI ASSET**

Alla luce di quanto esposto in precedenza, le azioni da intraprendere al fine di raggiungere l'obiettivo di razionalizzazione dell'utilizzo di asset risiedono nella necessità di effettuare una corretta ricognizione dell'uso degli spazi e nell'utilizzo dei macchinari, anche in presenza di interventi innovativi che offrono ampi margini di efficienza.

In questo senso si muoverà anche l'azione di governo e razionalizzazione degli slot operatori che presentano ampi margini di standardizzazione. L'unità chirurgica, infatti, è quella che incide maggiormente in termini di rischio clinico per la persona assistita. Di conseguenza, garantire la sicurezza del paziente e, nel contempo, monitorare l'utilizzo delle risorse sono delle priorità. Miglioramenti incrementali nell'utilizzo delle sale operatorie in termini di efficienza possono, quindi, avere delle conseguenze tangibili sull'efficienza e sull'efficacia del servizio.

Tra i fattori chiave identificati come funzionali al miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie si possono menzionare la coordinazione del flusso dei pazienti, la tempestiva preparazione preoperatoria dei pazienti, la ricezione efficiente dei pazienti, la presenza di strutture "flessibili" e di processi incentrati sul paziente e il loro continuo miglioramento.

Tra gli indicatori che permettono di misurare l'efficienza del blocco operatorio sono contemplati, per esempio, il ritardo del primo intervento della giornata rispetto all'orario programmato, il tasso di cancellazione degli interventi programmati e il ritardo nell'ammissione all'area di recupero post-anestesiologico.

Analogamente alle sale operatorie e agli accorpamenti con utilizzo più razionale degli spazi, nel Piano Strategico saranno dettagliati gli interventi di uso più razionale delle piattaforme letto, piattaforma ambulatori, la piattaforma bioimmagini e le altre piattaforme tecnologiche.

Il difficile processo di razionalizzazione degli asset in uso contribuirà alla riduzione del disavanzo per un valore totale pari a circa 0,4 €/mln.

*Risparmio atteso*

€m In	2017P	2018P	2019P
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Utenze elettricità	-	- 0,19	- 0,39
Altre Utenze	-	- 0,02	- 0,05
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>-</b>	<b>- 0,22</b>	<b>- 0,44</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>-</b>	<b>0,22</b>	<b>0,44</b>

## 2.4.2 Manovre di potenziamento selettivo dell'attività

### OBBIETTIVO 2

L'IRCCS intende rafforzare il posizionamento in coerenza con la propria *mission*, orientando la produzione in alcune aree di interesse strategico. L'arco temporale di attuazione dell'intervento è relativo agli anni 2018-2019.

### INTERVENTO 2.1

L'azione che l'IRCCS intende intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo economico riguarda:

#### AZIONE 1.2.1 – SVILUPPO LINEE DI PRODUZIONE

L'abbattimento, nell'arco temporale definito, del disavanzo di gestione rappresenta un'occasione per la creazione di nuovi investimenti che, anche generando un incremento della produzione, potranno portare al riposizionamento dell'Istituto in termini di centro di riferimento regionale e nazionale.

Questa manovra, che si svolgerà prevalentemente negli anni 2018 e 2019, partirà da una definizione delle aree di interesse strategico su cui investire, alla luce dei diversi punti di vista degli stakeholder: la pianificazione regionale e nazionale, gli investimenti effettuati, la valorizzazione dei trend positivi, il superamento delle incongruenze rispetto alla *mission* e al ruolo di II e III livello dell'Istituto.

In tal senso, con maggior dettaglio definito nel Piano Strategico, si tenderà a:

- incrementare le principali linee di produzione (es. chirurgia della mammella, del polmone e della prostata);
- investire sulle aree di potenziale sviluppo (es. ginecologia, fegato, pancreas, chirurgia plastica e dermatologica, tumori della pelle e malattie infiammatorie autoimmuni della pelle) e disinvestire le linee di prodotto inadeguate al ruolo di centro di riferimento dell'Istituto (es. chirurgia del colon);
- investire nel recupero di quantità, qualità e sicurezza per i settori più critici dell'area medica (oncologia) e nell'area chirurgica (es. neurochirurgia).

Per raggiungere un sufficiente livello di misura dell'impatto dei ricavi sui costi sono qui di seguito definiti i settori le cui attività saranno incrementate sia in termini di ricovero sia in termini di attività ambulatoriale:

- Incremento della produzione ospedaliera (Ricoveri)<sup>4</sup> nel biennio 2018-2019:
  - incremento della produzione della UOC Chirurgia Generale Oncologica A del 15%;
  - incremento della produzione della UOC Oncologia Medica "B" del 10%;
  - incremento della produzione della UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva del 15%;
  - incremento della produzione della UOC Chirurgia Toracica del 20%;
  - incremento della produzione della UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale del 20%;

<sup>4</sup> Si specifica che, per ognuno degli interventi sopra illustrati, il valore della manovra è stato stimato tenendo conto dell'aumento dei relativi costi di farmaci, dispositivi medici, servizio mensa e servizio lavanolo. Nel caso dei farmaci e dei dispositivi medici, il costo è stato stimato applicando al valore della produzione di ciascuna UOC risultante dalla manovra di incremento, la percentuale di incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera del 2015 sul valore della produzione del 2015 relativa alla UOC stessa. Nel caso dei servizi (mensa e lavanolo) è stato moltiplicato il prezzo unitario per giornata di degenza/accesso in DH (dato 2015) per il numero di giornate di degenza e accessi DH di ciascuna UOC risultante dalla manovra di incremento.

- incremento della produzione della UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo del 10%, mediante il potenziamento delle attività correlate ai DRG afferenti al regime di ricovero diurno (day surgery).
- incremento della produzione della UOC Ginecologia Oncologica del 20%, mediante il potenziamento delle attività svolte dalla UOC.
- Incremento della produzione ambulatoriale<sup>5</sup> nel biennio 2018-2019:
  - incremento prime visite della UOC Chirurgia Generale Oncologica A e della UOC Oncologia Medica B;
  - incremento prestazioni della UOC Radioterapia; UOSD Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ad indirizzo Dermatologico e Rigenerativo; UOC Medicina Nucleare.

Nell'ambito del potenziamento del parco tecnologico, a sostegno dell'incremento delle citate linee di attività nonché in riferimento alla razionalizzazione logistica di cui all'azione 1.3.2, si può prevedere di operare anche mediante l'utilizzo dei finanziamenti oppure tramite PPP visto il forte riflesso che questi hanno sui costi.

Questa manovra comporterà per l'IFO un rilevante impatto sul risultato economico, stimato complessivamente in 5,1 €/mln. Tale valore è ottenuto come saldo tra l'incremento dei ricavi di 7,2 €/mln e i necessari investimenti di 2,1 €/mln.

*Risparmio atteso*

€m In	2017P	2018P	2019P
<b>Prestazioni di ricovero</b>	-	0,91	1,83
UOC Chirurgia Toracica	-	0,34	0,68
UOC Ginecologia Oncologica	-	0,25	0,49
UOC Chir. Gen. Oncologica - Senologia	-	0,11	0,23
Altre UOOC	-	0,21	0,43
<b>Prest. di spec. ambulatoriale</b>	-	2,67	5,34
UOC Medicina Nucleare	-	1,91	3,82
UOC Radioterapia	-	0,69	1,37
Altre UOOC visite e diagnostica	-	0,08	0,15
<b>TOTALE RICAVI</b>	-	3,59	7,17
Personale	-	0,23	0,23
Farmaci ed emoderivati	-	0,40	0,80
Dispositivi	-	0,23	0,43
Servizi	-	0,32	0,64
<b>TOTALE COSTI</b>	-	1,18	2,10
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	-	2,41	5,07

<sup>5</sup> Si specifica che, per ognuno degli interventi sopra illustrati, il valore della manovra è stato stimato tenendo conto dell'aumento dei relativi costi di farmaci, dispositivi medici

Nel caso dei farmaci e dei dispositivi medici, il costo è stato stimato applicando al valore della produzione di ciascuna UOC risultante dalla manovra di incremento, la percentuale di incidenza della spesa farmaceutica ambulatoriale del 2015 sul valore della produzione del 2015 relativa alla UOC stessa.

Inoltre, nel caso dell'incremento relativo alla UOC Medicina Nucleare e alla UOC Oncologia Medica "B", il valore della manovra è stato stimato tenendo conto dell'incremento di 2 unità di personale medico. Nel caso dell'incremento relativo alla UOC Radioterapia è stato considerato l'incremento dei costi di manutenzione relativo al macchinario Cyber Knife.

## 2.4.3 Altre azioni non quantificate nel conto economico programmatico

### OBIETTIVO 1

L'IRCCS intende rafforzare il posizionamento in coerenza con la propria *mission*, orientando la produzione in coerenza con le disposizioni regionali.

### INTERVENTO 3.1

L'azione che l'IRCCS intende intraprendere ai fini del raggiungimento dell'obiettivo economico riguarda:

#### AZIONE 1.3.1 – RAZIONALIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI LABORATORIO

Con il Decreto n. 219/2014, la Regione ha disposto la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici del SSR. Il decreto ridefinisce il modello di organizzazione dei laboratori pubblici basandosi sulla centralizzazione delle attività complesse in centri di riferimento specializzati (*Hub*) e legando funzionalmente fra loro tutti i punti di offerta (*Spoke*).

Il laboratorio di Patologia Clinica del IRE è identificato come *spoke* della rete, con funzioni di laboratorio di base, afferente all'*hub* del S. Eugenio. repertorio analitico fino a 150 tipologie di esame di base e di frequente e comune esecuzione

Come evidenziato nell'analisi della situazione economico-gestionale, il laboratorio di Patologia Clinica del IRE è la prima unità operativa dell'Istituto per numerosità di prestazioni erogate e la seconda per spesa in dispositivi medici (con 9,1% della spesa complessiva aziendale in dispositivi medici).

L'IRCCS intende pertanto procedere alla verifica delle eventuali tipologie di prestazioni che potrebbero essere trattate dal laboratorio LEC-S del S. Eugenio. Lo spostamento di determinate prestazioni genererebbe un efficientamento della lavorazione degli esami di laboratorio "base" nonché dei risparmi in termini di spesa per dispositivi medici. Nelle more dei necessari approfondimenti, la manovra non è stata quantificata nei CE programmatici.

## 2.4.4 Riepilogo delle Manovre

Complessivamente queste manovre, se attuate seguendo i principi che le hanno individuate e disegnate, produrranno un recupero pari a 3,7 €/mln per il 2017, 12,7 €/mln per il 2018 e di 19,0 €/mln per il 2019. Il risultato cumulativo previsto a termine del 2019 è coerente con quanto decretato dalla Regione Lazio nel D.C.A. n° U00273 2016 in cui si prevede per l'IRCCS IFO un recupero pari a € 19 €/mln.

Risparmio atteso

€ mln	2017P	2018P	2019P
<b>Manovre su acquisto e consumo di beni e servizi</b>	<b>2,58</b>	<b>4,66</b>	<b>4,66</b>
Efficientamento consumo farmaci e dispositivi medici	2,08	4,16	4,16
Monitoraggio contratti servizi	0,50	0,50	0,50
<b>Manovre sul personale</b>	<b>1,03</b>	<b>2,03</b>	<b>2,20</b>
Governo del turn over con investimenti selettivi sulle risorse umane	1,03	2,03	2,20
<b>Manovre sulla riorganizzazione dei processi</b>	<b>0,10</b>	<b>3,57</b>	<b>7,03</b>
Revisione dei processi sanitari, razionalizzazione organizzativa e appropriatezza	0,10	3,35	6,60
Razionalizzazione dell'utilizzo degli asset	-	0,22	0,44
<b>Manovre di potenziamento selettivo dell'attività</b>	<b>-</b>	<b>2,41</b>	<b>5,07</b>
Sviluppo Linee di Produzione (*)	-	2,41	5,07
<b>Totale Manovre</b>	<b>3,71</b>	<b>12,68</b>	<b>18,97</b>

(\*) La valorizzazione della manovra è il saldo tra la stima di incremento dei ricavi e i costi di investimento

Le manovre sopra riportate, rappresentate per azione, sono state applicate ai CE Tendenziali, valorizzando l'effetto sui singoli conti su cui impattano, per calcolare i CE Programmatici 2017-2019. I CE Tendenziali e Programmatici sono descritti nel successivo capitolo.

### 3 Predisposizione del Conto Economico Tendenziale e Programmatico, monitoraggio delle azioni e verifica dei risultati

#### 3.1 Conto Economico Tendenziale

L'IFO ha conseguito, negli anni 2013-2015, un miglioramento del risultato economico di gestione, passando da un disavanzo di 54,4 €/mln ad un disavanzo di 50,8 €/mln. La proiezione del risultato 2016 evidenzia un risultato economico pari a -48 €/mln.

*Evoluzione Consuntivo 2013-2016 e Conto Economico tendenziale 17-19*

€/mln	2013A	2014A	2015A	2016F	2017T	2018T	2019T
Contributi F.S.R.	11,7	11,7	8,9	8,3	8,3	8,3	8,3
Saldo Mobilità	86,8	95,0	102,8	102,9	106,9	110,2	113,7
Entrate Proprie	20,5	20,7	18,0	17,4	17,4	17,4	17,4
Saldo Intramoenia	2,8	2,3	2,0	2,3	2,3	2,3	2,3
Rettifica Contributi d'esercizio per destinazione ad investimenti	- 0,9	- 1,0	- 0,9	- 0,9	- 1,1	- 1,1	- 1,1
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 2,8	- 3,3	0,7	0,7	-	-	-
<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>118,1</b>	<b>125,4</b>	<b>131,5</b>	<b>130,7</b>	<b>133,8</b>	<b>137,1</b>	<b>140,8</b>
Personale	66,7	65,7	64,1	63,3	63,3	63,3	63,3
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	35,6	40,8	46,4	45,7	48,7	52,0	55,5
Altri Beni e Servizi	62,4	54,0	56,7	57,6	58,4	59,2	60,1
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Accantonamenti	0,8	1,5	8,5	5,3	5,3	5,3	5,3
Variazione Rimanenze	0,2	- 0,3	- 0,6	-	-	-	-
<b>Totale Costi Interni</b>	<b>165,9</b>	<b>161,9</b>	<b>175,4</b>	<b>172,2</b>	<b>176,0</b>	<b>180,1</b>	<b>184,5</b>
Medicina Di Base	-	-	-	-	-	-	-
Farmaceutica Convenzionata	-	-	-	-	-	-	-
Prestazioni da Privato	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>0,2</b>						
<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>166,0</b>	<b>162,1</b>	<b>175,6</b>	<b>172,3</b>	<b>176,2</b>	<b>180,3</b>	<b>184,7</b>
<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 48,0</b>	<b>- 36,7</b>	<b>- 44,1</b>	<b>- 41,7</b>	<b>- 42,4</b>	<b>- 43,2</b>	<b>- 44,1</b>
Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	0,1	0,1	-	-	-
Saldo Gestione Finanziaria	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Oneri Fiscali	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7
Saldo Gestione Straordinaria	0,2	- 0,3	0,3	- 0,0	-	-	-
<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>6,5</b>	<b>5,9</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>
<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 54,4</b>	<b>- 42,6</b>	<b>- 50,8</b>	<b>- 48,0</b>	<b>- 48,6</b>	<b>- 49,5</b>	<b>- 50,3</b>

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; T = Tendenziale

I CE Tendenziali recepiscono gli effetti derivanti dall'applicazione della normativa vigente e la variazione percentuale dei costi riscontrata nel triennio precedente.

Per quanto riguarda i Contributi F.S.R, sono stimati costanti e pari all'ultimo dato della stima a finire 2016.

Il Saldo di mobilità è stato considerato costante e pari al dato di Consuntivo 2015, eccetto che per i ricavi per File F (+9%), incrementato in considerazione dell'andamento crescente rilevato nel precedente triennio.

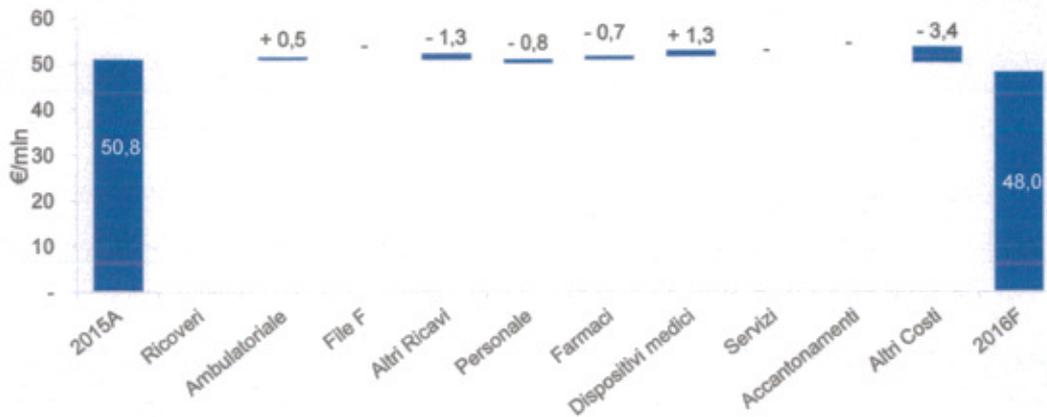
Il costo del personale è considerato costante, pari alla stima a chiudere 2016. Il costo per prodotti farmaceutici ed emoderivati è stato stimato crescente in misura pari all'incremento calcolato per i farmaci in File F (+9%). Il costo dei beni e servizi è stato incrementato annualmente per un importo pari al tasso di inflazione programmata (+1,5%).

Il valore di accantonamenti e ammortamenti è stimato costante e pari alla stima a finire 2016. Il valore delle rimanenze è posto pari a zero, così come il saldo della gestione straordinaria. Il saldo della gestione finanziaria e gli oneri fiscali sono costanti e pari al dato di Consuntivo 2015.

Complessivamente, l'applicazione dei sopraesposti razionali conduce ad un risultato economico pari a -48,6 €/mln per l'anno 2017, -49,5 €/mln per il 2018 e -50,3 €/mln per il 2019.

L'IFO stima, per l'anno 2016, un Risultato Economico pari a -48 €/mln.

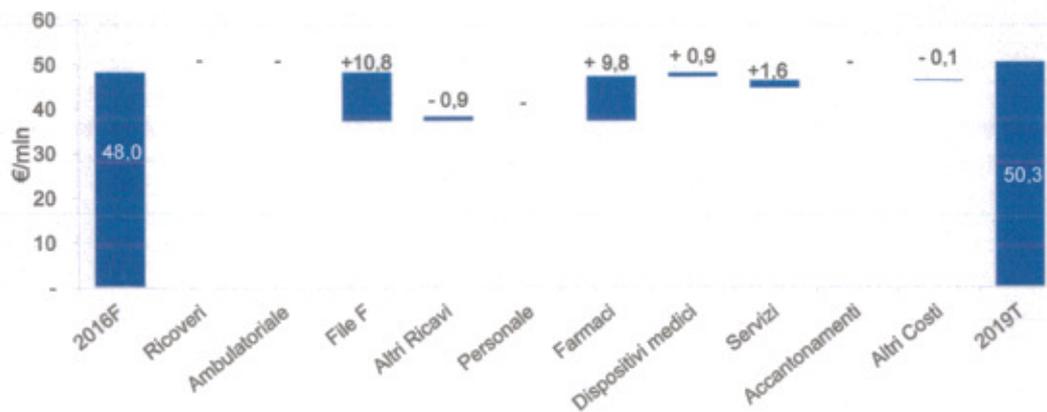
Evoluzione risultato economico 2015-2016



Si evidenzia che la previsione della produzione 2016 si basa sul consuntivo 2015. La riduzione del disavanzo della stima a finire 2016 rispetto al 2015 è generata dalla riduzione della voce Altri Costi e del Personale, a fronte di un incremento dei costi relativi a Dispositivi medici.

Le stime tendenziali mostrano un Risultato Economico, per l'anno 2019, pari -50,3 €/mln, in riduzione di 2,3 €/mln rispetto alla stima a finire 2016.

Evoluzione risultato economico 2016-2019



L'incremento del disavanzo della stima tendenziale 2019 rispetto alla stima a finire 2016 è imputabile all'incremento dei Farmaci (+9,8 €/mln), compensato tuttavia dall'incremento dei ricavi da File F (+10,8 €/mln), dei servizi (+1,6 €/mln) e alla riduzione della voce Altri Ricavi (-0,9 €/mln).

## Ricavi

L'evoluzione tendenziale dei Ricavi mostra, per il 2019, un incremento pari a 22,5 €/mln (19%) rispetto al 2013.

Evoluzione dei ricavi

€/mln	2013A	2014A	2015A	2016F	2017T	2018T	2019T	Delta	Delta %
Ricoveri	40,54	43,52	42,47	42,47	42,47	42,47	42,47	1,93	5%
Ambulatoriale	25,98	27,07	27,76	28,24	28,24	28,24	28,24	2,26	9%
File F	25,46	30,89	36,84	36,84	40,85	44,12	47,65	22,19	87%
Altri Ricavi	26,09	23,93	24,44	23,13	22,23	22,23	22,23	-3,86	-15%
<b>Ricavi</b>	<b>118,06</b>	<b>125,40</b>	<b>131,50</b>	<b>130,68</b>	<b>133,79</b>	<b>137,06</b>	<b>140,59</b>	<b>22,52</b>	<b>19%</b>

Evoluzione dei ricavi da produzione



Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; T = Tendenziale

Ad eccezione del File F e della voce Altri Ricavi, per il triennio 2017-2019, sono confermate le voci di ricavo della stima a finire 2016.

## Costi

L'evoluzione tendenziale dei Costi mostra, per il 2019, un incremento pari a 18,4 €/mln (11%) rispetto al 2013.

*Evoluzione dei costi*

€/mln	2013A	2014A	2015A	2016F	2017T	2018T	2019T	Delta	Delta %
Personale	66,69	65,69	64,15	63,35	63,35	63,35	63,35	- 3,34	-5%
Farmaci	35,61	40,84	46,38	45,71	48,74	52,00	55,53	19,93	56%
Dispositivi medici	18,86	18,98	17,78	19,05	19,34	19,63	19,92	1,06	6%
Servizi	42,81	34,34	38,21	37,78	38,30	38,84	39,38	- 3,43	-8%
Accantonamenti	0,80	1,46	8,54	5,30	5,30	5,30	5,30	4,50	562%
Altri Costi	7,73	6,67	7,22	7,51	7,40	7,41	7,42	- 0,31	-4%
<b>Costi</b>	<b>172,50</b>	<b>167,98</b>	<b>182,28</b>	<b>178,70</b>	<b>182,43</b>	<b>186,53</b>	<b>190,91</b>	<b>18,41</b>	<b>11%</b>

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; T = Tendenziale

Per il tendenziale 2019, si stima un decremento del costo del Personale pari a 3,3 €/mln rispetto al 2013. Per il tendenziale relativo al triennio 2017-2019, tale valore si ipotizza pari alla stima a finire 2016.

Per la voce di costo relativa ai Farmaci si stima un incremento pari a 19,9 €/mln (56%) rispetto al 2013. L'incremento è principalmente riconducibile al File F.

Il tendenziale 2019 evidenzia un incremento pari a circa 1 €/mln (6%) dei dispositivi medici rispetto al 2013.

Per i servizi si stima, per il tendenziale 2019, un decremento pari a 3,4 €/mln rispetto al 2013. L'andamento risulta essere in crescita rispetto alla stima a finire 2016.

Infine, gli accantonamenti, che per il tendenziale 2019 evidenziano un incremento pari a 4,5 €/mln rispetto al 2013, si stimano per il triennio 2017-2019 pari alla stima a finire 2016.

## 3.2 Conto Economico Programmatico

A fronte delle stime effettuate, il programmatico dell'IRCCS IFO mostra, nel triennio 2017 – 2019, un miglioramento del disavanzo, passando da -48 €/mln della stima a finire 2016 a -31,3 €/mln del valore programmatico 2019.

Tale decremento tiene conto degli obiettivi che la struttura intende perseguire nel triennio, relative sia ad un efficientamento dei costi per farmaci e dispositivi medici, servizi e personale, sia ad un incremento della produzione ospedaliera e ambulatoriale.

Evoluzione Consuntivo 2013 - Stima a finire 2016 e Conto Economico Programmatico 17-19

€/mln	2013A	2014A	2015A	2016F	2017P	2018P	2019P
Contributi F.S.R.	11,7	11,7	8,9	8,3	8,3	8,3	8,3
Saldo Mobilità	86,8	95,0	102,8	102,9	107,0	113,8	121,0
Entrate Proprie	20,5	20,7	18,0	17,4	17,4	17,4	17,4
Saldo Intramoenia	2,8	2,3	2,0	2,3	2,3	2,3	2,3
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 0,9	- 1,0	- 0,9	- 0,9	- 1,1	- 1,1	- 1,1
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 2,8	- 3,3	0,7	0,7	-	-	-
<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>118,1</b>	<b>125,4</b>	<b>131,5</b>	<b>130,7</b>	<b>133,9</b>	<b>140,7</b>	<b>147,9</b>
Personale	66,7	65,7	64,1	63,3	62,4	61,7	61,5
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	35,6	40,8	46,4	45,7	47,9	50,3	53,8
Altri Beni e Servizi	62,4	54,0	56,7	57,6	56,6	53,7	52,0
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Accantonamenti	0,8	1,5	8,5	5,3	5,3	5,3	5,3
Variazione Rimanenze	0,2	- 0,3	- 0,6	-	-	-	-
<b>Totale Costi Interni</b>	<b>165,9</b>	<b>161,9</b>	<b>175,4</b>	<b>172,2</b>	<b>172,5</b>	<b>171,3</b>	<b>172,9</b>
Medicina Di Base	-	-	-	-	-	-	-
Farmaceutica Convenzionata	-	-	-	-	-	-	-
Prestazioni da Privato	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>0,2</b>						
<b>Totale Costi Operativi</b>	<b>166,0</b>	<b>162,1</b>	<b>175,6</b>	<b>172,3</b>	<b>172,6</b>	<b>171,4</b>	<b>173,1</b>
<b>Margine Operativo</b>	<b>- 48,0</b>	<b>- 36,7</b>	<b>- 44,1</b>	<b>- 41,7</b>	<b>- 38,7</b>	<b>- 30,7</b>	<b>- 25,2</b>
Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	0,1	0,1	-	-	-
Saldo Gestione Finanziaria	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Oneri Fiscali	5,9	5,8	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6
Saldo Gestione Straordinaria	0,2	- 0,3	0,3	- 0,0	-	-	-
<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>6,5</b>	<b>5,9</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>
<b>Risultato Economico</b>	<b>- 54,4</b>	<b>- 42,6</b>	<b>- 50,8</b>	<b>- 48,0</b>	<b>- 44,9</b>	<b>- 36,8</b>	<b>- 31,3</b>

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; P = Programmatico

Relativamente all'applicazione del risultato da metodologia prevista dal DM 21.06.2016, tra 2017 e 2019, si evidenzia un progressivo decremento dello scostamento assoluto tra costi e ricavi, passando da -2,34 €/mln della stima a finire 2016 (1%) ad uno scostamento assoluto pari a 22,4 €/mln del 2019. Nel dettaglio, si evidenzia che, a partire dal programmatico 2017, lo scostamento tra costi e ricavi, calcolato secondo la metodologia del DM 21.06.2016, risulta essere positivo.

Evoluzione Consuntivo 2013-2016 e Conto Economico Programmatico 17-19 con calcolo da DM 21.06.2016

€/mIn	2013A	2014A	2015A	2016F	2017P	2018P	2019P
Ricavi	118,06	125,40	131,50	130,68	133,89	140,74	147,86
Costi	172,50	167,98	182,28	178,70	178,81	177,54	179,21
Ris.Economico	(54,43)	(42,58)	(50,78)	(48,03)	(44,92)	(36,80)	(31,35)
Costi per metodologia	196,65	199,57	205,52	203,04	203,11	201,84	203,51
Ricavi ammissibili	180,87	200,19	200,15	200,70	205,84	215,69	225,91
Altri ricavi	46,85	52,33	44,42	44,28	43,54	43,54	43,54
Scostamento	-15,77	0,62	-5,37	-2,34	2,73	13,84	22,39
Scostamento %	-12%	0%	-3%	-1%	2%	8%	12%

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; P = Programmatico

### Ricavi

La stima 2019 dei Ricavi mostra un incremento complessivo pari a 29,8 €/mIn (25%) rispetto al 2013.

Andamento dei ricavi da programmatico

€/mIn	2013A	2014A	2015A	2016F	2017P	2018P	2019P	Delta	Delta %
Ricoveri	40,54	43,52	42,47	42,47	42,57	43,48	44,40	3,86	10%
Ambulatoriale	25,98	27,07	27,76	28,24	28,24	30,91	33,58	7,61	29%
File F	25,46	30,89	36,84	36,84	40,85	44,12	47,65	22,19	87%
Altri Ricavi	26,09	23,93	24,44	23,13	22,23	22,23	22,23	-3,86	-15%
Ricavi	118,06	125,40	131,50	130,68	133,89	140,74	147,86	29,80	25%

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; P = Programmatico

L'incremento dei ricavi tra il programmatico 2019 e la stima a finire 2016 è generato prevalentemente dall'aumento del File F (10,8 €/mIn), della produzione ambulatoriale (5,3 €/mIn) e dei ricoveri (1,9 €/mIn).

## Costi

La stima 2019 dei Costi mostra un incremento pari a 6,7 €/mln (4%) rispetto al 2013.

### Andamento dei costi da programmatico

€/mIn	2013A	2014A	2015A	2016F	2017P	2018P	2019P	Delta	Delta %
Personale	66,69	65,69	64,15	63,35	62,38	61,68	61,52	- 5,17	-8%
Farmaci	35,61	40,84	46,38	45,71	47,89	50,32	53,84	18,24	51%
Dispositivi medici	18,86	18,98	17,78	19,05	18,10	16,40	15,92	- 2,94	-16%
Servizi	42,81	34,34	38,21	37,78	37,80	36,58	35,36	- 7,44	-17%
Accantonamenti	0,80	1,46	8,54	5,30	5,30	5,30	5,30	4,50	562%
Altri Costi	7,73	6,67	7,22	7,51	7,33	7,27	7,26	- 0,47	-6%
<b>Costi</b>	<b>172,50</b>	<b>167,98</b>	<b>182,28</b>	<b>178,70</b>	<b>178,81</b>	<b>177,54</b>	<b>179,21</b>	<b>6,71</b>	<b>4%</b>

Nota: A = Actual-Consuntivo; F = Forecast-Stima a chiudere; P = Programmatico

Il risultato economico programmato per il 2019 registra un incremento del costo dei Farmaci pari a 8,1 €/mIn rispetto alla stima a finire 2016, principalmente riconducibile all'incremento del File F. Tuttavia, tale incremento risulta essere inferiore all'aumento previsto dal tendenziale 2019 rispetto alla stima a finire 2016 (9,8 €/mIn), per effetto delle manovre di efficientamento del consumo di farmaci, previste nel triennio 2017-2019.

Gli obiettivi programmati nel triennio 2017-2019 prevedono, inoltre, un decremento del costo dei dispositivi medici (3,1 €/mIn) e dei servizi (2,4 €/mIn) rispetto alla stima a finire 2016. Tali riduzioni sono imputabili alle manovre previste nel triennio 2017-2019, in merito all'efficientamento del consumo dei dispositivi medici e dei servizi.

Infine, il programmatico 2019 prevede, rispetto alla stima a finire 2016, una riduzione del costo del personale di 1,8 €/mIn, riconducibile ad un attento governo del turn over.

La tabella di sintesi alla pagina seguente contiene il dettaglio delle voci di ricavo e di costo ed il risultato d'esercizio, con evidenza del CE Tendenziale, delle manovre per singola voce del CE e l'effetto finale sintetizzato nel CE Programmatico.

La seguente tabella di sintesi contiene il dettaglio delle voci di ricavo e di costo e risultato d'esercizio, con evidenza del tendenziale, delle manovre per singola voce del conto economico e l'effetto finale del sintetizzato nel programmatico.

€m In	2017			2018			2019		
	Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	8,35	-	8,35	8,35	-	8,35	8,35	-	8,35
Rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	(1,10)	-	(1,10)	(1,10)	-	(1,10)	(1,10)	-	(1,10)
Contributi da Regione a titolo di copertura extra LEA	4,80	-	4,80	4,80	-	4,80	4,80	-	4,80
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	9,90	-	9,90	9,90	-	9,90	9,90	-	9,90
Altri contributi in conto esercizio	96,14	0,10	96,24	99,40	3,69	103,09	102,93	7,27	110,21
Mobilità attiva intra	11,34	-	11,34	11,34	-	11,34	11,34	-	11,34
Mobilità attiva extra regionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Payback	4,33	-	4,33	4,33	-	4,33	4,33	-	4,33
Comp partecipazioni	3,20	-	3,20	3,20	-	3,20	3,20	-	3,20
Altre entrate	11,34	-	11,34	11,34	-	11,34	11,34	-	11,34
Costi capitalizzati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - Altri centri	148,30	0,10	148,40	151,56	3,69	155,25	155,09	7,27	162,37
<b>TOTALE RICAVERI</b>	<b>55,98</b>	<b>(0,86)</b>	<b>55,13</b>	<b>55,98</b>	<b>(1,44)</b>	<b>54,54</b>	<b>55,98</b>	<b>(1,60)</b>	<b>54,38</b>
Personale	5,00	(0,07)	4,94	5,00	(0,13)	4,87	5,00	(0,14)	4,86
Irap	66,61	(2,06)	66,73	72,36	(4,93)	67,45	76,22	(5,71)	70,50
Beni	66,59	(2,06)	66,51	72,16	(4,92)	67,24	75,99	(5,69)	70,30
beni sanitari	0,22	-	0,22	0,22	(0,01)	0,21	0,23	(0,02)	0,21
beni non sanitari	46,23	(0,61)	45,61	46,76	(2,49)	44,28	47,31	(4,24)	43,06
Servizi	12,38	(0,11)	12,26	12,45	(0,49)	11,96	12,52	(0,76)	11,76
servizi sanitari	33,05	(0,50)	33,35	34,32	(1,99)	32,32	34,79	(3,49)	31,30
servizi non sanitari	0,28	-	0,28	0,28	-	0,28	0,28	-	0,28
Prestazioni da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
medicina di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-
farmaceutica convenzionata	-	-	-	-	-	-	-	-	-
assistenza specialistica da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
assistenza riabilitativa da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
assistenza ospedaliera da privato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
altre prestazioni da privato	0,28	-	0,28	0,28	-	0,28	0,28	-	0,28
Prestazioni da pubblico	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mobilità passiva intraregionale	0,12	-	0,12	0,12	-	0,12	0,12	-	0,12
Mobilità passiva extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Accantonamento	10,10	-	10,10	10,10	-	10,10	10,10	-	10,10
Oneri finanziari	0,53	-	0,53	0,53	-	0,53	0,53	-	0,53
Oneri fiscali (netto Irap)	0,71	-	0,71	0,71	-	0,71	0,71	-	0,71
Saldo poste straordinarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo intramoenia	2,41	-	2,41	2,41	-	2,41	2,41	-	2,41
Ammortamenti	11,58	-	11,58	11,58	-	11,58	11,58	-	11,58
Rivalutazioni e svalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>196,93</b>	<b>(3,61)</b>	<b>193,32</b>	<b>201,04</b>	<b>(6,99)</b>	<b>192,05</b>	<b>206,42</b>	<b>(11,70)</b>	<b>193,72</b>
<b>RESULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>(48,64)</b>	<b>3,71</b>	<b>(44,92)</b>	<b>(45,47)</b>	<b>12,88</b>	<b>(36,80)</b>	<b>(50,32)</b>	<b>18,97</b>	<b>(31,35)</b>
iscrizione quota FSR da operarsi da parte della GSA ai sensi dell'articolo 1, comma 631, della legge n. 208/2015	14,8	-	-	-	-	-	-	-	-

## **4 La Governance del Piano**

### **4.1 Pianificazione Strategica e piano delle performance**

Con delibera n. 405 del 16 maggio 2016 è stato adottato il nuovo Piano dei centri di costo in attuazione della delibera n.232 del 14 aprile 2015 (Atto Aziendale) e ciò al fine di dar corso all'attuazione della nuova organizzazione.

Dal 2015 la pianificazione strategica ha preso avvio dalla pianificazione regionale, con particolare riferimento ai piani operativi e agli indirizzi di cui ai decreti commissariali.

Il nuovo Piano Strategico sarà in coerenza con il presente Piano di Efficientamento.

Su questa base si definisce il Piano Triennale delle Prestazioni e dei Risultati dell'Azienda (Performance) e, attraverso il ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) si assegnano gli obiettivi al personale dirigenziale e non dirigenziale tenendo conto sia del contesto sopra delineato, sia della performance organizzativa, sia del livello di appropriatezza raggiunto negli anni precedenti. Per la valutazione della performance individuale vengono applicati i regolamenti e gli accordi aziendali, da riconsiderare nell'ambito del generale sistema di misurazione e valutazione della performance.

Considerate le premesse, i principi generali del piano delle performance sono:

- Trasparenza nel processo di formulazione del Piano, attraverso la comunicazione dei contenuti del Piano;
- Immediata intellegibilità, in termini di articolazione e sviluppo del Piano dai principi generali alle indicazioni operative;
- Veridicità e verificabilità del Piano in quanto i contenuti devono corrispondere alla realtà e per gli indicatori deve essere indicata la fonte;
- Partecipazione;
- Orizzonte temporale pluriennale.

Sono inoltre da tenere in considerazione i seguenti elementi fondamentali:

- Il collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- la gradualità nell'adeguamento ai principi e miglioramento continuo;
- il collegamento al piano triennale della trasparenza e dell'integrità.

### **4.2 Il budget aziendale e la 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 in coerenza con i piani;
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 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.

È 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, con gli obiettivi del presente Piano di Efficientamento, nonché con quelli del futuro Piano Strategico;
- 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.

È 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.

### 4.3 Monitoraggio dei budget

Nel corso dell'esercizio annuale è previsto il monitoraggio **trimestrale** dell'andamento degli indicatori; la Direzione Strategica, con il supporto del Controllo di Gestione, 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 dalla Direzione Strategica, 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 la Direzione Strategica, 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.

### 4.4 La Governance del Piano

Il monitoraggio del Piano sarà effettuato con le tempistiche evidenziate nella tabella di seguito riportata. L'organismo di coordinamento e monitoraggio dell'attuazione del Piano sarà la Cabina di Regia, costituita dalla Direzione Strategica e dal Responsabile del Bilancio in collaborazione con Responsabili dei settori che governano i fattori produttivi (Risorse Umane, Farmacia, Acquisizione Beni e Servizi, Servizio Tecnico).

Obiettivo	Intervento	Azioni del Piano	Arco Temporale	Periodicità della verifica
Manovre di costo a perimetro di attività costante	Manovre su acquisto e consumo di beni e servizi	<i>Efficientamento consumo farmaci e dispositivi medici</i>	2017 - 2019	Trimestrale
		<i>Monitoraggio dei contratti di servizi</i>	2017 - 2019	Trimestrale
	Manovre sul personale	<i>Governo del turn over con investimenti selettivi sulle risorse umane</i>	2017 - 2019	Trimestrale
	Manovre sulla riorganizzazione dei processi	<i>Revisione dei processi sanitari, razionalizzazione organizzativa e appropriatezza</i>	2018 - 2019	Trimestrale
<i>Razionalizzazione dell'utilizzo degli asset</i>		2018 - 2019	Trimestrale	
Manovre di potenziamento selettivo dell'attività	Manovre di potenziamento selettivo dell'attività	<i>Sviluppo linee di produzione</i>	2018 - 2019	Trimestrale
Altre azioni non quantificate nel conto economico programmatico	Altre azioni non quantificate nel conto economico programmatico	<i>Razionalizzazione delle prestazioni di laboratorio</i>	2017 - 2019	Trimestrale

**Allegato 1 - Personale dipendente, non dipendente (co.co.co sia a carico del bilancio che finanziati con fondi di ricerca) e Cooperative presente al 31.12 di ciascun anno per UOC, Ruolo, Profilo e Forma di contratto nel triennio 2013 - 2015, di cui è stato possibile rilevare le informazioni relative a UO, Ruolo, Profilo e Forma di contratto**

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Attività di coordinamento del Dipartimento Chirurgia Oncologica	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Attività di coordinamento del Dipartimento Chirurgia Oncologica	sanitario amministrativo	Medici	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	1	1	2	-	-	-
Attività di coordinamento del Dipartimento Clin. Sperim. di Der. Onco.	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Attività di coordinamento del Dipartimento Clin. Sperim. di Dermat.In.	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Attività di coordinamento del Dipartimento NeuroScienze e Pat. Cerv.Facciale	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Attività di coordinamento del Dipartimento Prev. e Diagnostica Onc.	sanitario amministrativo	Medici	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopancreatico	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopancreatico	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	4	2	1	7	10	12	-	-	-
Chirurgia Generale Oncologica ad indirizzo Epatobiliopancreatico	sanitario amministrativo	Medici	TEMPO INDETERMINATO	5	5	5	-	-	-	-	-	1
Direttore Sanitario ISG	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	3	3	2	-	-	-	-	-	-
Direttore Sanitario ISG	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direttore Sanitario ISG	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	8	7	7	-	-	-	-	-	-
Direttore Sanitario ISG	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	4	4	4	-	-	-	-	-	2
Direttore Sanitario ISG	sanitario	Farmacista	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Direttore Sanitario ISG	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Direttore Sanitario ISG	tecnico	Altro	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direttore Sanitario ISG	tecnico amministrativo	Ausiliario	TEMPO INDETERMINATO	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Direttore Scientifico ISG	amministrativo professionale	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	4
Direttore Scientifico ISG	sanitario	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Direttore Scientifico ISG	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Direttore Scientifico ISG	tecnico	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Direttore Scientifico ISG	tecnico amministrativo	Altro	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Direzione Amministrativa	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Direzione Generale Aziendale	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	15	16	15	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	amministrativo	Dirigente	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	professionale	Dirigente	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	1	1	1
Direzione Generale Aziendale	professionale	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	3	4	4	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	4	4	3	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	tecnico	Altro	TEMPO INDETERMINATO	10	9	9	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	tecnico	Ausiliario	TEMPO INDETERMINATO	2	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Generale Aziendale	tecnico	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	9	10	12	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	professionale	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	4	3	3	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	sanitario	Farmacista	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	14	14	13	10	9	10	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	1	1	2	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	tecnico	Altro	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria Aziendale	tecnico	Ausiliario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	27	24	25	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	sanitario	Comparto riabilitazione	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	3	3	2	-	-	1	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	26	27	26	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	4	5	5	-	-	-	2	2	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	sanitario	Farmacista	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	1	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Direzione Sanitaria I.R.E.	tecnico	Altro	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	tecnico	Ausiliario	TEMPO	3	4	3	-	-	-	-	-	-
Direzione Sanitaria I.R.E.	tecnico amministrativo professionale	OSS	TEMPO	8	6	5	-	-	-	-	-	-
Direzione Scientifica IRE	tecnico amministrativo professionale	Comparto	TEMPO	3	3	3	3	1	2	3	1	2
Direzione Scientifica IRE	Dirigente	Dirigente	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Direzione Scientifica IRE	Altro dirigente sanitario non medico	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO	3	3	3	5	1	4	5	1	4
Direzione Scientifica IRE	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	3	3	3	3	2	2	3	2	2
Direzione Scientifica IRE	sanitario	Medici	TEMPO	2	2	2	2	2	5	2	2	5
Direzione Scientifica IRE	tecnico	Altro	TEMPO	2	2	2	2	2	6	3	3	2
Direzione Scientifica IRE	tecnico	Ausiliario	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Direzione Scientifica IRE	tecnico amministrativo	Dirigente	TEMPO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Direzione Scientifica IRE	tecnico amministrativo	Comparto	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagn.per Immagini ISG	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagn.per Immagini ISG	sanitario	Infermieri	TEMPO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagn.per Immagini ISG	sanitario	Medici	TEMPO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagn.per Immagini ISG	tecnico	OSS	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagn.per Immagini ISG	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S.C.Lab."A" Aggreg.Dip.Chirurgia Onc.	sanitario	Medici	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servizio di Psichiatria	sanitario	Medici	TEMPO	1	1	1	2	-	-	2	-	-
Serv. Centralizzati del Dipartimento Onc. Sperimentale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Serv. Centralizzati del Dipartimento Onc. Sperimentale	tecnico	Altro	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serv. Centralizzati del Dipartimento Onc. Sperimentale	tecnico	Ausiliario	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
Serv. Centralizzati del Dipartimento Onc. Sperimentale	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Acquisizione Beni e Servizi	tecnico amministrativo	Comparto	TEMPO	17	17	16	-	-	-	-	-	-
UOC Acquisizione Beni e Servizi	tecnico amministrativo	Dirigente	TEMPO	2	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Acquisizione Beni e Servizi	sanitario	Infermieri	TEMPO	1	1	-	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto		Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
			2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015		
UOC Affari Generali	amministrat ivo	Comparto	8	7	6	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Affari Generali	amministrat ivo	Dirigente	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	amministrat ivo	Comparto Altro dirigente sanitario non medico	1	-	-	1	1	1	-	-	1	1	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	sanitario		4	4	2	-	-	-	-	-	5	2	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	1	1	1	2	1	-	-	2	2	2	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	7	7	7	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	sanitario	Infermieri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	sanitario	Medici	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anatomia Istol.Patol.e Citodiagnost.	tecnico	Ausiliario	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	sanitario	Comparto tecnico sanitario	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	sanitario	Infermieri	-	-	1	6	9	11	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	sanitario	Infermieri	30	28	23	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	sanitario	Medici	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	sanitario	Medici	15	15	15	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	tecnico	Ausiliario	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Anestesia IRE	tecnico	OSS	9	11	11	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Assicurazione e contenzioso	amministrat ivo	Comparto	6	5	5	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Assicurazione e contenzioso	amministrat ivo	Dirigente	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	sanitario	Infermieri	9	10	6	-	-	3	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	sanitario	Medici	7	5	4	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica A	tecnico	OSS	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	sanitario	Infermieri	11	13	10	1	1	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	sanitario	Medici	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	tecnico	OSS	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	tecnico	OSS	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOC Chirurgia Generale Oncologica B	amministrat ivo	Comparto	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
UOCSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	amministrat ivo		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente		Cooperative		Co.c.o.co	
				2013	2014	2015	2013	2014	2015
				2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	12	11	11	-	-	-
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	sanitario	Medici	INDETERMINATO	7	8	7	-	-	-
UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	tecnico	OSS	INDETERMINATO	1	1	-	-	-	3
UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva	sanitario	Medici	INDETERMINATO	5	5	5	-	-	-
UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-
UOC Chirurgia Toracica	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	13	12	12	-	-	-
UOC Chirurgia Toracica	sanitario	Medici	INDETERMINATO	6	6	6	-	-	2
UOC Dermat. Infettiva(AIDS III Liv-MST)	sanitario amministrativo	Comparto	TEMPO	-	-	-	-	-	1
UOC Dermat. Infettiva(AIDS III Liv-MST)	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	3	3	4	-	-	-
UOC Dermat. Infettiva(AIDS III Liv-MST)	sanitario	Medici	INDETERMINATO	2	1	1	-	-	1
UOC Dermat. Infettiva(AIDS III Liv-MST)	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	-	-	-	-	-	1
UOC Dermatologia Clinica	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	5	6	7	-	-	-
UOC Dermatologia Clinica	sanitario	Medici	INDETERMINATO	14	14	14	-	-	5
UOC Dermatologia Clinica	tecnico	Altro	TEMPO	-	-	-	-	-	1
UOC Dermatologia Clinica	tecnico amministrativo	OSS	INDETERMINATO	-	1	1	-	-	-
UOC Dermatologia Oncologica	sanitario amministrativo	Comparto	INDETERMINATO	1	1	-	-	-	-
UOC Dermatologia Oncologica	sanitario	Infermieri	DETERMINATO	-	1	1	-	-	-
UOC Dermatologia Oncologica	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	3	3	1	-	-	-
UOC Dermatologia Oncologica	sanitario	Medici	INDETERMINATO	6	6	5	-	-	1
UOC Dermatologia Oncologica	tecnico	Ausiliario	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-
UOC Ematologia	sanitario	Infermieri	DETERMINATO	1	-	-	6	6	6
UOC Ematologia	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	11	11	11	-	-	-
UOC Ematologia	sanitario	Medici	INDETERMINATO	5	5	5	-	-	3
UOC Ematologia	tecnico amministrativo	Ausiliario	INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-
UOC Epidemiologia	sanitario amministrativo	Comparto	INDETERMINATO	4	4	3	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Epidemiologia	sanitario	Medici	TEMPO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Epidemiologia	tecnico amministrativo professionale	Altro	TEMPO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	sanitario	Comparto	INDETERMINATO	8	6	6	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	sanitario	Comparto	TEMPO	-	-	-	-	-	-	1	-	-
UOC Farmacia	sanitario	Farmacista	INDETERMINATO	2	2	3	-	-	-	4	4	4
UOC Farmacia	sanitario	Infermieri	TEMPO	-	-	1	1	1	-	-	-	-
UOC Farmacia	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	5	6	6	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	tecnico	Altro	TEMPO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	tecnico	Ausiliario	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	tecnico	OSS	TEMPO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Farmacia	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOC Ginecologia Oncologica	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOC Ginecologia Oncologica	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	4	4	5	-	-	-	-	-	-
UOC Ginecologia Oncologica	sanitario	Medici	TEMPO	8	8	8	-	-	3	-	-	-
UOC Ginecologia Oncologica	tecnico	OSS	INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Ginecologia Oncologica	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO	8	8	8	-	-	-	-	-	4
UOC Lab. di Fisica Medica e Sistemi Esperti	sanitario	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	1	2	2	-	-	-	-	-	-
UOC Lab. di Fisica Medica e Sistemi Esperti	tecnico amministrativo	Altro	TEMPO	6	6	6	-	-	-	-	-	-
UOC Lab. "A" Chemioterap. Sperim. Preclin.	sanitario	Comparto	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOC Lab. "A" Chemioterap. Sperim. Preclin.	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	6	6	6	-	-	-	-	-	4
UOC Lab. "A" Chemioterap. Sperim. Preclin.	sanitario amministrativo	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Lab. "B" Immunologia	sanitario	Comparto	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOC Lab. "B" Immunologia	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	4
UOC Lab. "B" Immunologia	sanitario	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	1
UOC Lab. "B" Immunologia	sanitario	Medici	INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Lab."C" Oncogenesi Molecolare	amministrativo	Comparto	TEMPO	1	1	1	-	-	-	2	2	2
UOC Lab."C" Oncogenesi Molecolare	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	12	11	8
UOC Lab."C" Oncogenesi Molecolare	sanitario	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	1	1
UOC Lab."C" Oncogenesi Molecolare	sanitario	Medici	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	1	1	1
UOC Lab."D" Virologia	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	1	1	1
UOC Lab."D" Virologia	sanitario	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Lab."D" Virologia	sanitario	Medici	INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Lab."D" Virologia	tecnico	Altro	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Lab.Fisiopatologia Cutanea	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	6	-
UOC Lab.Fisiopatologia Cutanea	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	-	-	-	-	-	-	-	1	-
UOC Lab.Fisiopatologia Cutanea	sanitario	Medici	INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	2	1
UOC Lab.Fisiopatologia Cutanea	tecnico amministrativo	Altro	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Comparto	INDETERMINATO	2	2	1	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	1	1	1	2	3	5	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Comparto tecnico sanitario	INDETERMINATO	6	6	3	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	15	15	15	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Medici	INDETERMINATO	7	6	5	-	-	-	3	2	1
UOC Medicina Nucleare	tecnico	OSS	INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Medici	INDETERMINATO	-	1	2	-	-	-	-	-	-
UOC Medicina Nucleare	sanitario	Infermieri	INDETERMINATO	9	8	10	2	2	-	-	-	-
UOC Neurochirurgia	sanitario	Medici	DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Neurochirurgia	sanitario amministrativo	Medici	INDETERMINATO	7	7	6	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Comparto	INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	1	-	-
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	4	1	3
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	-	-	-	-	-	-	1	-	1

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	19	21	25	5	1	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Medici	TEMPO DETERMINATO	-	-	1	-	-	-	1	2	1
UOC Oncologia Medica "A"	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	13	13	13	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "A"	tecnico	Altro	TEMPO	-	-	-	-	-	-	4	2	-
UOC Oncologia Medica "A"	tecnico	Ausiliario	INDETERMINATO	4	4	2	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "A"	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "B"	Comparto	Comparto		-	-	-	-	-	-	2	2	2
UOC Oncologia Medica "B"	sanitario	Infermieri	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	5	8	15	-	-	-
UOC Oncologia Medica "B"	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	14	8	3	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "B"	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	11	12	12	-	-	-	3	1	3
UOC Oncologia Medica "B"	tecnico	Ausiliario	TEMPO INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Oncologia Medica "B"	tecnico	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	2	1	-	-	-	-	-	-
UOC Ortopedia Oncologica	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	-	-	-	-	-	2	2	2
UOC Ortopedia Oncologica	sanitario	Infermieri	COMANDATO IN ENTRATA	-	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Ortopedia Oncologica	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	10	11	11	-	-	-	-	-	-
UOC Ortopedia Oncologica	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	3	1	1
UOC Ortopedia Oncologica	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	4	3	1
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Comparto riabilitazione		-	-	-	1	1	1	-	-	-
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	10	9	10	-	-	-	-	-	-
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	7	6	6	-	-	-	2	2	1
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	1	-	-	-	-	-	-	-
UOC Otorinolaringoiatria e patologia Cervico Facciale	sanitario	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	3	3	2	-	-	-	-	4	2

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO DETERMINATO	1	-	-	2	1	4	-	-	-
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	2	3	2	-	-	-	-	-	-
UOC Patologia Clinica e Microbiologia ISG	sanitario amministrativo	Medici	TEMPO INDETERMINATO	5	5	5	-	-	-	-	-	-
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	sanitario	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	7	8	7	-	-	-	-	-	-
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	16	16	17	2	1	-	-	-	-
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	11	11	9	-	-	-	-	-	-
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	14	14	13	-	-	-	-	1	2
UOC Radiologia e Diagnostica per Immagini IRE	tecnico amministrativo	Altro	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	1	1
UOC Radioterapia	sanitario	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	-	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Radioterapia	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	15	15	16	-	-	-	-	-	-
UOC Radioterapia	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	6	6	5	-	-	-	-	-	-
UOC Radioterapia	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	8	7	7	-	-	-	-	1	1
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	sanitario	Farmacista	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	16	20	22	6	1	1	-	-	-
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	sanitario	Medici	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	7	7	7	-	-	-	-	-	-
UOC Rianim, Ter. Inten. e Ter. Dolore e Cure Palliative	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	-	-	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Economiche	amministrativo	Comparto	TEMPO DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Economiche	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	11	11	11	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Economiche	amministrativo	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	2	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	amministrativo	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	21	20	18	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	amministrativo	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	2	2	3	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	professionale	Dirigente	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	2	1	1	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOC Risorse Umane	sanitario	Infermieri	TEMPO	3	2	2	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	sanitario	Medici	TEMPO	4	3	1	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	tecnico	Altro	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Risorse Umane	tecnico amministrativo	Dirigente	TEMPO	1	1	-	-	-	-	-	-	-
UOC S.A.R.	amministrativo	Comparto	TEMPO	4	4	4	-	-	-	1	-	1
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	amministrativo	Comparto	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	DETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	sanitario	Infermieri	TEMPO	1	-	1	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	sanitario	Infermieri	TEMPO	14	18	18	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	tecnico	Ausiliario	TEMPO	3	4	3	-	-	-	-	-	-
UOC Serv. Dipart.Prof.San.Inferm., Riabil, Tec.	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO	4	3	3	-	-	-	-	-	-
UOC Tecnica e Ingegneria Clinica	tecnico professionale	Comparto	TEMPO	7	7	6	-	-	-	-	-	-
UOC Tecnica e Ingegneria Clinica	tecnico	Dirigente	TEMPO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
UOC Tecnica e Ingegneria Clinica	tecnico	Altro	TEMPO	6	6	6	-	-	-	-	-	-
UOC Urologia Oncologica	sanitario	Infermieri	TEMPO	1	1	-	11	11	12	-	-	-
UOC Urologia Oncologica	sanitario	Infermieri	TEMPO	10	9	7	-	-	-	-	-	-
UOC Urologia Oncologica	sanitario	Medici	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOC Urologia Oncologica	sanitario	Medici	TEMPO	6	6	6	-	-	-	-	-	-
UOC Urologia Oncologica	tecnico	OSS	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOS Centro Trasfusionale	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOS Centro Trasfusionale	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO	3	3	2	4	3	4	-	-	-
UOS Centro Trasfusionale	sanitario	Infermieri	TEMPO	3	3	2	1	-	-	-	-	-
UOS Centro Trasfusionale	sanitario	Medici	TEMPO	2	2	1	-	-	-	-	-	-
UOS Centro Trasfusionale	sanitario	Medici	TEMPO	1	1	1	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente		Cooperative		Co.co.co							
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015			
UOS Centro Trasfusionale	tecnico	Altro	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Anestesia ISG	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Anestesia ISG	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Anestesia ISG	tecnico amministrativo	OSS	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	professionale	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	professionale	Comparto	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Banca del Tessuto Muscolo scheletrico	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Cardiologia	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	5	4	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Cardiologia	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	6	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	4	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UOSD Dermatologia Infiamm. e Allergologia	tecnico	Ausiliario	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD di Psicologia	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Diagnostiche Micros.ed Ultrastrut.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Diagnostiche Micros.ed Ultrastrut.	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Diagnostiche Micros.ed Ultrastrut.	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Diagnostiche Micros.ed Ultrastrut.	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	4	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Endocrinologia	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Endocrinologia	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UOSD Endocrinologia	tecnico	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto		Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
			2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015		
UOSD Endoscopia Digestiva	sanitario	Infermieri	8	8	8	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Endoscopia Digestiva	sanitario	Medici	6	5	5	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	1	1	-	
UOSD Endoscopia Digestiva	tecnico amministrativo	OSS	2	2	2	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	sanitario	Comparto	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	sanitario	Comparto riabilitazione	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	sanitario	Infermieri	2	2	2	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	sanitario	Medici	4	3	3	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Fisiopatologia Respiratoria	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	1	1	
UOSD Laboratorio Porfirie	sanitario	Comparto tecnico sanitario	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Laboratorio Porfirie	sanitario	Medici	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	1	1	
UOSD Neurologia	sanitario amministrativo	Altro dirigente sanitario non medico	-	-	-	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	3	
UOSD Neurologia	sanitario	Comparto	-	-	-	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	2	
UOSD Neurologia	sanitario	Comparto riabilitazione	2	2	2	TEMPO DETERMINATO	3	2	2	-	-	-	
UOSD Neurologia	sanitario	Comparto riabilitazione	2	1	2	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	3	
UOSD Neurologia	sanitario	Comparto tecnico sanitario	1	1	1	TEMPO DETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Neurologia	sanitario	Comparto tecnico sanitario	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Neurologia	sanitario	Infermieri	2	3	3	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Neurologia	sanitario	Medici	4	4	3	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	2	
UOSD Neurologia	tecnico	Comparto	-	-	-	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	1	
UOSD Oncologia Geriatrica	sanitario	Medici	2	-	-	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Oncologia Geriatrica	tecnico amministrativo	OSS	1	-	-	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Patologia Clinica IRE	sanitario	Comparto	1	1	1	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	
UOSD Patologia Clinica IRE	sanitario	Altro dirigente sanitario non medico	3	3	3	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	5	
UOSD Patologia Clinica IRE	sanitario	Comparto tecnico sanitario	12	11	11	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	
UOSD Patologia Clinica IRE	sanitario	Infermieri	2	2	2	TEMPO INDETERMINATO	-	-	-	-	-	-	

UOC	Ruolo	Profilo	Forma di Contratto	Personale dipendente			Cooperative			Co.co.co		
				2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
UOSD Patologia Clinica IRE	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	5	4	4	-	-	-	1	1	-
UOSD Patologia Clinica IRE	tecnico	Altro	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOSD Patologia Clinica IRE	tecnico	Auxiliario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOSD Patologia Clinica IRE	tecnico	OSS	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOSD Prevenzione e Promozione della salute in ambito dermatologico	sanitario	Infermieri	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
UOSD Prevenzione e Promozione della salute in ambito dermatologico	sanitario	Medici	TEMPO INDETERMINATO	2	2	2	-	-	-	-	-	-
UOSD S.A.F.U. (Allevamenti animali)	sanitario	Comparto tecnico sanitario	TEMPO INDETERMINATO	1	1	1	-	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>				<b>1.033</b>	<b>1.012</b>	<b>969</b>	<b>77</b>	<b>75</b>	<b>92</b>	<b>134</b>	<b>115</b>	<b>137</b>



segue deliberazione n° 96 del 08 FEB. 2017 pag.    

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito dell'Ente dal \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE  
UOC AFFARI GENERALI**

**Direttore Affari Generali**  
*Dott.ssa Anna Maria Bianchi*