
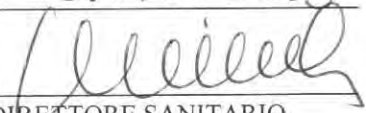



DELIBERAZIONE N. <u>1057</u> DEL <u>31 DIC. 2013</u>	
Oggetto: Approvazione del Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance) 2013 – 2015	
Esercizio 2013 _____ Conto _____ Sottoconto n. _____ Centro di costo _____ Budget - assegnato: €..... - utilizzato: €..... - presente atto €..... - Residuo : €..... Scostamento budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SERVIZIO RISORSE ECONOMICHE Servizio Risorse Economiche <u>M. Ricci</u> 18/12/2013	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE</p> <p style="text-align: center;">LUCIO CAPURSO</p> <p style="text-align: center;">Direttore Generale</p> <p style="text-align: center;"></p> Proposta n° _____ del _____
<p style="text-align: center;">PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</p> <p style="text-align: center;"><u>favorevole</u></p> Data <u>31.12.2013</u>  IL DIRETTORE SANITARIO	<p style="text-align: center;">PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</p> <p style="text-align: center;"><u>favorevole</u></p> Data <u>31/12/2013</u>  IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
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° 1057 del 31 DIC. 2013 pag. 2

Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme sul Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, recante norme sul Riordino della disciplina degli IRCCS, a norma dell'art. 42 c. 1 della legge 16 gennaio 2003 n. 3;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2, recante norme sulla Disciplina transitoria degli IRCCS di diritto pubblico non trasformati in fondazioni, ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- In virtù dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio T0081 del 14 marzo 2011;
- Visto il decreto legislativo n. 150 del 2009 e successive modifiche al Capo II art. 10 "Piano delle prestazioni e dei risultati e relazione sulla prestazione e risultati";
- Vista la legge Regionale n. 1 del 2011;
- Vista la delibera dell'Ifo n. 314 del 24/4/2013 di approvazione del Bilancio preventivo del 2013;
- Vista la delibera dell'Ifo n. 283 dell'11/4/2013 di approvazione del Budget 2013 e delle schede di Budget per singola struttura;
- Vista la normativa in materia di Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance) della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità nelle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT);
- Preso atto delle osservazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione alla prima stesura del "Piano delle Performance" (Documento programmatico 2013-2015);
- Preso atto della predisposizione del Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance) nella sua stesura finale, allegato alla presente Delibera quale parte integrante;
- Ritenuto opportuno procedere alla formale approvazione del Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance) ed alla conseguente trasmissione al Collegio di Direzione, alle OO. SS. ed all'Organismo Indipendente di Valutazione;



segue deliberazione n° 1057 del 31 DIC. 2013 pag. 3

- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;
- Attestato in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
- Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo;

Delibera

Per le motivazioni e le finalità di cui in narrativa che si intendono integralmente confermate, di:

- approvare il Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance) 2013 – 2015 allegato alla presente delibera quale parte integrante;
- di trasmettere il Piano al Collegio di Direzione, alle OO. SS. ed all'Organismo Indipendente di Valutazione.

La UO Programmazione, Pianificazione e Controllo curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

Il Direttore Generale

Prof. Lucio Capurso

Piano delle Prestazioni e dei Risultati
(Performance)
Anno 2013 - 2015

INDICE

1	PRESENTAZIONE DEL PIANO	4
2	INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	7
	2.1 Chi siamo, mission aziendale.....	7
	2.2 Cosa facciamo	9
3	IDENTITA' AZIENDALE	15
	3.1 Dati sintetici dell'attività sanitaria	15
	3.2 Dati sintetici di bilancio	19
	3.3 Albero della Performance.....	23
4	ANALISI DEL CONTESTO	30
	4.1 Analisi del contesto esterno	30
	4.2.3 Quadro economico aziendale	32
	4.2.4 Programmi operativi e gli obiettivi del Direttore Generale	33
5	OBIETTIVI STRATEGICI	35
	5.1 Aree strategiche	35
	5.2 Obiettivi strategici (Macro Obiettivi)	36
6	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	38
7	IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI	46
	7.1 Il percorso di budget.....	46
	7.2 Guida alla compilazione della scheda di budget.....	47
	7.3 Regolamento del processo di budget	48
	7.4 Metodologia di calcolo del grado di raggiungimento degli obiettivi.....	51
8	ALLEGATI TECNICI.....	55

Sezione 1:
Presentazione del Piano

1 PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il processo di pianificazione strategica è l'insieme di attività attraverso le quali la Direzione Generale, in qualità di organo politico-amministrativo e avvalendosi dell'Organismo Indipendente di Valutazione e dei responsabili delle competenti strutture organizzative, definisce il Piano delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) e degli obiettivi aziendali.

Tali obiettivi sono individuati sulla base delle istanze dei cittadini e delle direttive nazionali e regionali, considerando le risorse disponibili e le esigenze di sviluppo dei servizi sanitari, tecnici, amministrativi e di supporto nonché l'assetto organizzativo definito.

Nel 2013 la pianificazione strategica ha preso avvio dalla pianificazione regionale, con particolare riferimento ai piani operativi e dagli indirizzi di cui ai decreti commissariali. 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 che del livello di appropriatezza raggiunto negli anni precedenti. Per la valutazione della performance individuale saranno applicati i regolamenti e gli accordi aziendali da riconsiderare nell'ambito del generale sistema di misurazione e valutazione della performance.

E' evidente che, mai come in questi ultimi anni, in un contesto congiunturale contrassegnato dalle difficoltà dovute alla crisi economica (internazionale e nazionale) e caratterizzato da una grave situazione di contrazione delle risorse a disposizione, le indicazioni ministeriali e regionali hanno incentrato la loro attenzione sulla razionalizzazione ed il contenimento della spesa anche in relazione all'obiettivo strategico individuato dal Piano Sanitario Nazionale che è quello di rendere il Servizio Sanitario



Nazionale (SSN) coerente in termini di qualità, efficienza e corretto utilizzo delle risorse, con i bisogni di salute nel rispetto dei vincoli programmatici di finanza pubblica.

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.



***Sezione 2: Informazioni di interesse per i cittadini
e gli Stakeholder esterni***

2 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Chi siamo, mission aziendale

Gli **Istituti Fisioterapici Ospitalieri – IFO** costituiscono l'ente di diritto pubblico che ha il compito di gestire due realtà di rilievo per il territorio romano e per quello nazionale: l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Istituto Dermatologico San Gallicano, riconosciuti sin dal 1939, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

Primo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Roma, sono insieme agli altri IRCCS "enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e che operano secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità."(*Art. 1- D.L. 288/03*)

Il Regio Decreto del 29 luglio 1926, n.1619, scorporava dal Pio Istituto di Santo Spirito in Sassia l'Ospedale San Gallicano, voluto da papa Benedetto XIII per il Giubileo del 1725, e veniva istituito come Regio Istituto Fisioterapico Ospitaliero. Si trattava del primo atto che costituiva anche un centro studi per applicazioni di terapia fisica e che qualche anno più tardi, con la creazione dell'Istituto Regina Elena destinato alla cura dei tumori, darà luogo agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO). Nel 2006 gli IFO hanno festeggiato gli 80 anni di attività con una mostra fotografica.

L'**Istituto Dermatologico San Gallicano** è monospecialistico in dermatologia, mentre l'**Istituto Nazionale Regina Elena** è per lo studio e la cura dei tumori.

L'impegno dell'Ente è quello di finalizzare alla ricerca l'attività clinica svolta e di assicurare sempre prestazioni di eccellenza nel rispetto della persona in termini di personale, tecnologie, organizzazione.

La Ricerca Traslazionale si è dimostrata essere uno strumento potentissimo di sostegno per l'attività clinica, con la quale deve essere strettamente correlata. Infatti è assolutamente necessario abbattere le barriere fra ricerca di base e ricerca clinica, che rendono estremamente difficile il "trasporto" di nuove conoscenze di base ai clinici e viceversa.



In ultimo la Ricerca Traslazionale ha implicazioni regolatorie e commerciali, poiché un ampio settore dell'industria biofarmaceutica è rivolta allo sviluppo di nuove modalità terapeutiche.

Gli Istituti hanno assunto il ruolo di centri di riferimento Regionale in virtù di condizioni favorevoli allo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale, inseriti in legame strategico con Regione (Presidenza, Assessorato, ASP) e Ministero della Salute (ISS e CNR).

La definizione di specifici percorsi assistenziali dei pazienti oncologici, presupposto irrinunciabile di "Buona Qualità dell'assistenza", ha visto la sua piena esplicitazione nella presa in carico del paziente oncologico durante tutte le fasi della malattia e nella piena integrazione delle terapie Chirurgiche, Mediche, Radioterapiche e di Medicina Nucleare.

In tale ambito si inserisce pertanto a pieno titolo l'attività clinico assistenziale dell'Istituto Regina Elena e dell'Istituto San Gallicano, come Istituti il cui interesse scientifico e clinico-assistenziale è focalizzato oltre che sulla prevenzione, anche e soprattutto alla diagnosi e cura delle patologie oncologiche e dermatologiche.

Ruolo determinante assegnato ai ns. Istituti è quello di Hub di macroaree di Coordinamento della Rete Oncologica regionale affidato all'Istituto Regina Elena per l'Oncologia ed all'Istituto San Gallicano per la Dermatologia Oncologica

Uno degli obiettivi prioritari dei ns. Istituti è quello di attuare un percorso di utilizzo delle piattaforme di ricerca, oggi definite in circa 3.500 mq di laboratori di ricerca di nuova e nuovissima istituzione, in grado di ospitare ricercatori nazionali ed internazionali, senza causare aumento di costi, ottimizzando ciò che è effettivamente disponibile: spazi, arredi, attrezzature (su questo aspetto si rimanda al paragrafo sulle criticità).

I ns. istituti operano nelle aree più avanzate della ricerca clinica occupandosi della cura delle patologie tumorali a più elevata incidenza e a più alto impatto sociale. Le attività - inserite nell'ambito di progetti nazionali ed internazionali - hanno come obiettivi principali la ricerca nei settori dell'epidemiologia, dell'eziologia dei tumori, della trasformazione e progressione neoplastica e delle terapie sperimentali. Svolgono inoltre attività di ricerca applicata nella diagnostica biomolecolare e strumentale, in



epidemiologia e diagnostica precoce e attua protocolli standard o innovativi per il trattamento e la riabilitazione del paziente oncologico.

Gli Istituti realizzano attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali. L'Ente intende promuovere sperimentazioni gestionali, anche relativamente alla reingegnerizzazione delle procedure amministrative consentendo l'uso appropriato delle rispettive risorse.

In tal senso, anche nell'ottica regionale delle Reti, si punterà a rafforzare i rapporti con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale attraverso la realizzazione di accordi intesi a garantire un forte ruolo di collegamento tra questi ultimi e l'area ospedaliera, con specifico riferimento alla prevenzione ed alla diagnosi precoce delle malattie oncologiche.

2.2 Cosa facciamo

Queste le funzioni e le attività che i ns. Istituti hanno all'interno della loro organizzazione:

- Chirurgia oncologica per:
 - Tumori della mammella e della cute
 - Sarcomi parti molli
 - Tumori gastro-digestivi ed epatopancreatici
- Chirurgia toracica ed endoscopia toracica
- Urologia
- Chirurgia ginecologica
- Neurochirurgia
- Chirurgia testa-collo (otorinolaringoiatria)
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Oncologia medica
- Farmacia con preparazione centralizzata di farmaci antitumorali
- Emato-oncologia con annessa sezione di trapianti di midollo
- Radioterapia
- Radiologia per immagini con sezioni di RMN, TC spirale, radiologia interventistica
- Endoscopia digestiva e delle vie biliari



- Anatomia patologica e patologia sperimentale
- Dermatologia oncologica
- Dermatologia Clinica-Infiammatoria
- Struttura di accoglienza (piano di assistenza individuale)
- Prevenzione secondaria (screening)
- Centro di epidemiologia e biostatistica
- Fisica medica
- Medicina nucleare
- Psicologia oncologica
- Riabilitazione oncologica
- Laboratorio di patologia clinica con annesse sezioni di biologia molecolare ed ematologia
- Centro trasfusionale
- Servizio nutrizionale
- Terapie palliative e assistenza domiciliare
- Biblioteca e centro documentazione

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

Come detto, per quanto riguarda nello specifico l'attività assistenziale ospedaliera la dotazione attuale di posti letto, a seguito del Decreto 80/2010 e successive modifiche, è la seguente:

Tabella 1 – Distribuzione posti letto IFO				Dotazione Posti letto		
Codice disciplina	Progressivo divisione	Sub-Codice	Reparti	DH	DS	ORD
9	1	1	Chirurgia Generale IRE	0	2	12
9	2	1	Chirurgia Digestiva IRE	0	0	10
13	1	1	Chirurgia Toracica IRE	0	0	20
9	4	1	Chirurgia Epatobiliopancreat. IRE	0	0	13
12	1	1	Chirurgia Plastica IRE	0	2	7
12	2	2	Chirurgia Plastica ISG	0	4	7
18	1	1	Ematologia	2	0	15
30	1	1	Neurochirurgia	0	0	8
36	1	1	Ortopedia	0	2	12
37	1	1	Ginecologia	0	2	16
38	1	1	Otorino	0	2	18
43	1	1	Urologia	0	1	22
49	1	1	Rianimazione	0	0	10
52	1	2	Dermatologia Clinica	6	0	7
52	2	2	Dermatologia Infiammatoria	6	0	7
61	1	1	Medicina Nucleare	0	0	8
64	1	1	Oncologia A	17	0	22
64	2	1	Oncologia B	15	0	22
70	1	1	Radioterapia	2	0	0
99	1	1	Terapia del Dolore	1	0	0
TOTALI				49	15	236
TOTALE GENERALE					300	

Affiancano l'attività delle Unit i "disease management team – DMT", che sono gruppi di gruppi lavoro e di studio multidisciplinari sulle singole neoplasie. Questa organizzazione del lavoro clinico-assistenziale in modo interdisciplinare ed interdipartimentale per ogni singola patologia o raggruppamento di patologie, oltre che rendere un servizio di più elevata qualità al paziente, rende più funzionale anche l'attività di ricerca clinica. Specialisti di varie discipline si riuniscono settimanalmente per la discussione di tutti i nuovi casi che accedono all'Istituto, nonché de casi più complessi e che necessitano di competenze specialistiche diverse. I resoconti delle riunioni sono parte integrante della cartella clinica dei pazienti.

Appare a questo punto opportuno sottolineare come spesso i ns. Istituti, IRCCS pubblici monotematici siano stati valutati, "misurati" e comparati a tutte le altre realtà ospedaliere regionali che hanno un profilo assistenziale molto diverso.

Come detto la peculiarità degli IRCCS riguarda in primo luogo tutta l'attività di ricerca clinica traslazionale che comporta un notevole assorbimento di risorse non contemplato dai parametri utilizzati per le valutazioni regionali.

Inoltre la mission monotematica degli Istituti vincola la stessa attività che deve necessariamente incentrarsi sulla patologia di riferimento. Tenuto presente questo è evidente che le performance dei nostri Istituti richiedono standard di valutazione che tengano conto della complessità dei pazienti curati e dei percorsi clinico-terapeutici praticati.

E' evidente che, mai come in questi ultimi anni, in un contesto congiunturale contrassegnato dalle difficoltà dovute alla crisi economica (internazionale e nazionale) e caratterizzato da una grave situazione di contrazione delle risorse a disposizione, le indicazioni ministeriali e regionali abbiamo incentrato la loro attenzione sulla razionalizzazione ed il contenimento della spesa anche in relazione all'obiettivo strategico individuato dal Piano Sanitario Nazionale che è quello di rendere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) coerente in termini di qualità, efficienza e corretto utilizzo delle risorse, con i bisogni di salute nel rispetto dei vincoli programmatici di finanza pubblica.

Questo documento si basa, pertanto, sul budget, cioè il sistema di programmazione di breve e medio periodo tramite il quale la Direzione dell'Istituto concorda obiettivi e



risorse con i responsabili dei vari centri di responsabilità, esplicitandoli e responsabilizzando gli attori aziendali coinvolti verso il loro raggiungimento.

Gli obiettivi specifici affidati a ciascuna struttura sono la diramazione di obiettivi strategici che la Direzione Strategica definisce sulla base di linee programmatiche interne e in linea con le indicazioni provenienti dagli organi regionali e ministeriali.

Nel corso del 2014 tali linee programmatiche potranno essere riviste per adeguarsi ad eventuali e/o diverse direttive proposte dagli organi regionali e ministeriali. In particolare si terrà inoltre conto delle indicazioni dell'Organismo di Valutazione circa l'utilizzo dei posti letto sia di ricovero ordinario che diurno. I dati e gli indicatori sui posti letto, per l'anno 2012, sono riportati in Allegato 1 al presente documento.

Sezione 3: Identità Aziendale

3 IDENTITA' AZIENDALE

3.1 Dati sintetici dell'attività sanitaria

Si riportano di seguito i principali dati di produzione e la loro relativa evoluzione, rispetto agli anni precedenti.

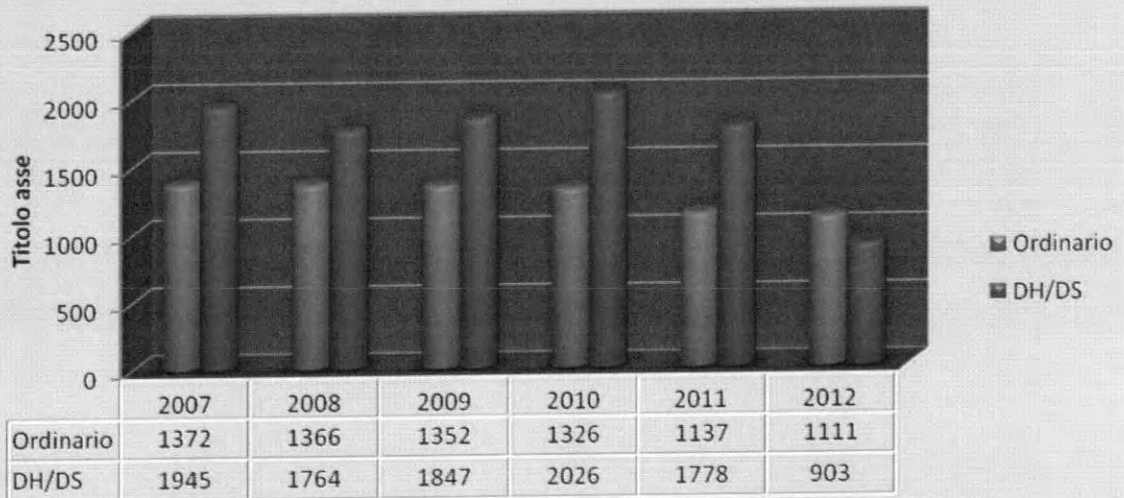
Numero ricoveri per regime assistenziale						
ISTITUTO REGINA ELENA						
REGIME	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ordinario	8756	8002	8198	7915	7612	6996
DH/DS	3922	3696	3472	2954	2237	1926
DH con pernotto	27	31	57	96	114	124
ISTITUTO SAN GALLICANO						
REGIME	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ordinario	1372	1366	1352	1326	1137	1111
DH/DS	1945	1764	1847	2026	1778	903

PESO MEDIO						
ISTITUTO REGINA ELENA						
REGIME	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ordinario	1,46	1,58	1,41	1,44	1,50	1,51
DH/DS	0,81	0,86	0,87	0,87	0,89	0,87
DH con pernotta	1,32	0,79	0,79	0,86	1,05	0,85
ISTITUTO SAN GALLICANO						
REGIME	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ordinario	1,08	1,15	1,08	1,13	1,11	1,11
DH/DS	0,74	0,78	0,84	0,81	0,83	1,10

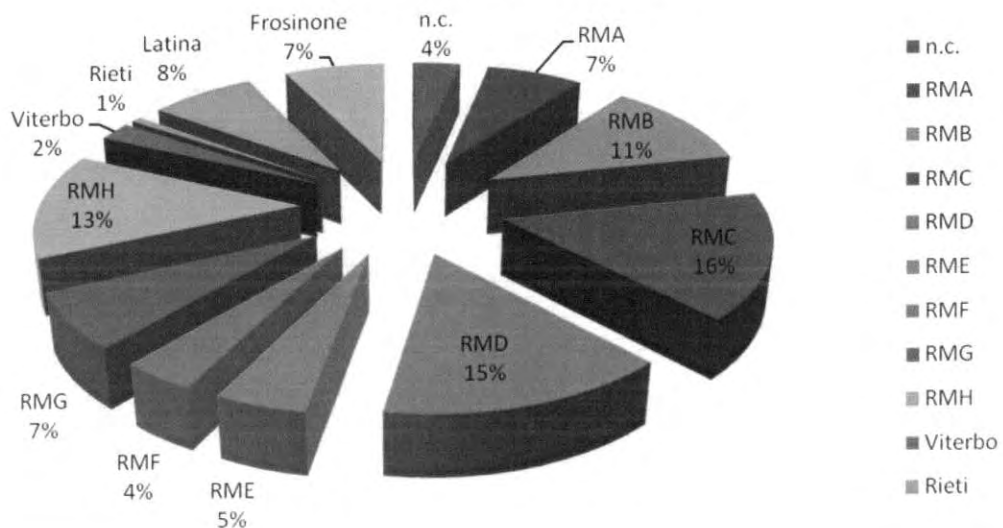
* Nel 2009 Modifica DRG (Versione 24) - Pesi medi + bassi



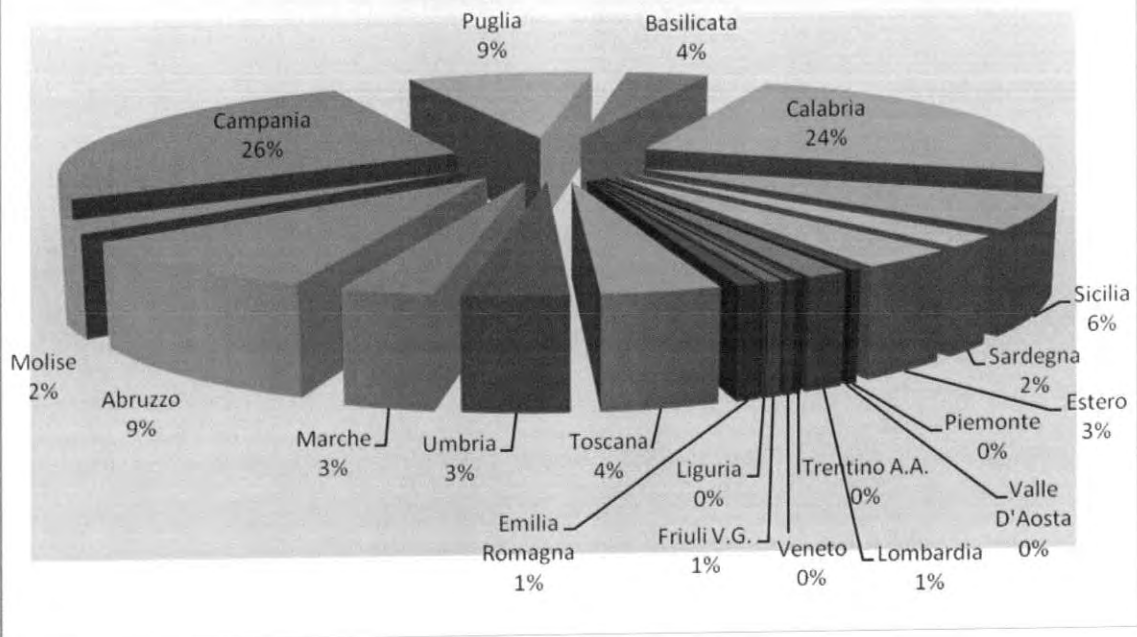
Istituto San Gallicano - Ricoveri per regime



Distribuzione per ASL di residenza pazienti regionali dimessi 2012



Distribuzione per residenza pazienti fuori regione dimessi 2012



3.2 Dati sintetici di bilancio

In un contesto che vede la Regione Lazio soggetta a Commissariamento per l'attuazione del Piano di rientro, il rispetto del vincolo di budget fissato dalla Regione stessa, soprattutto sul versante dei costi, risulta obiettivo prioritario ancorché subordinato al vincolo di garantire i livelli essenziali di assistenza ai cittadini, nel rispetto dei principi sanciti dall'art. 32 della Costituzione. Nelle tabelle seguenti i valori del bilancio 2012 vengono messi a confronto con quelli del Budget 2012, approvato con il DCA del 28/05/2012 n.74, e con quelli del Bilancio 2011.

Descrizione	Budget 2012	Bilancio 2011	Bilancio 2012	Delta su budget 2012		Delta su bilancio 2011	
				Valore	%	Valore	%
Totale ricavi	130.772.080	128.141.479	141.334.453	10.562.373	8,08%	13.192.974	10,30%
Totale costi	- 186.058.000	- 186.318.482	- 192.558.402	6.500.402	3,49%	6.239.920	3,35%
Risultato d'esercizio	- 61.120.320	- 64.105.968	- 59.740.091	- 1.380.229	-2,26%	- 4.365.877	-6,81%

La perdita si è ridotta rispetto a quella del 2011 e l'incremento che si registra nei costi è compensato dall'incremento dei ricavi. L'incremento dei costi come si può vedere nella tabella relativa è soprattutto imputabile all'incremento degli Ammortamenti per le nuove disposizioni, fra cui la modifica delle aliquote, e agli accantonamenti per costi da sostenere per contributi da ricerca non utilizzati. Le precedenti disposizioni di contabilità, infatti, disciplinavano attraverso il ricorso al meccanismo dei "Risconti" i contributi da ricerca non utilizzati nell'anno, meccanismo che generava una riduzione dei ricavi per la parte non utilizzata.

VALORE PRODUZIONE	Budget 2012	Bilancio 2011	Bilancio 2012	Delta su Budget 2012		Delta su Bilancio 2011	
				Valore	%	Valore	%
Contributi c/esercizio Regione	5.121.584	6.211.264	12.747.959	7.626.375	148,91%	6.536.695	105,24%
Contributi c/esercizio RICERCA	9.655.541	8.940.732	15.953.546	6.298.005	65,23%	7.012.814	78,44%
Ricavi per prestazioni sanitarie e tickets	103.619.255	100.264.437	99.657.099	- 3.962.156	-3,82%	- 607.338	-0,61%
Altre entrate proprie	1.675.700	2.230.643	1.996.508	320.808	19,14%	- 234.135	-10,50%

L'incremento dei ricavi è dovuto principalmente all'incremento dei contributi in c/esercizio vincolati e al diverso trattamento contabile della parte non utilizzata dei contributi per ricerca.

Per quanto riguarda invece i ricavi per prestazioni sanitarie e per incassi diretti (ticket) si registra una diminuzione sia rispetto al valore indicato nel Budget 2012 che sul Bilancio 2011.

Sul fronte dei costi di produzione questi i dati di sintesi:

COSTI PRODUZIONE	Budget 2012	Bilancio 2011	Bilancio 2012	Delta su Budget 2012		Delta su Bilancio 2011	
				Valore	%	Valore	%
Beni sanitari	52.142.000	51.579.294	50.354.620	1.787.380	-3,43%	1.224.674	-2,37%
Beni non sanitari	523.000	626.533	671.520	148.520	28,40%	44.987	7,18%
Servizi sanitari	17.516.000	19.819.000	20.073.985	2.557.985	14,60%	254.985	1,29%
Servizi non sanitari	27.920.500	28.149.176	25.624.095	2.296.405	-8,22%	2.525.081	-8,97%
Manutenzioni e riparazioni	10.930.000	11.082.753	11.328.965	398.965	3,65%	246.212	2,22%
Godimento beni terzi	1.508.000	1.407.508	980.351	527.649	-34,99%	427.157	-30,35%
Costo del personale	62.527.000	61.505.353	61.714.907	812.093	-1,30%	209.554	0,34%
Oneri diversi di gestione	2.205.000	2.079.588	2.349.908	144.908	6,57%	270.320	13,00%
Ammortamenti	10.886.500	10.626.267	12.149.268	1.262.768	11,60%	1.523.001	14,33%
Variazioni rimanenze	100.000	556.990	1.076.201	1.176.201	n.v.	1.633.191	n.v.
Accantonamenti	-	-	6.234.582	6.234.582	n.v.	6.234.582	n.v.

BENI SANITARI	Budget 2012	Bilancio 2011	Bilancio 2012	Delta su Budget 2012		Delta su Bilancio 2011	
				Valore	%	Valore	%
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	27.887.000	29.336.046	29.615.018	1.728.018	6,20%	278.972	0,95%
Prodotti dietetici	101.000	85.261	63.403	- 37.597	-37,22%	- 21.858	-25,64%
Materiali diagnostici	7.777.000	6.699.482	4.793.076	- 2.983.924	-38,37%	- 1.906.406	-28,46%
Presidi chirurgici e materiale sanitario	16.217.000	15.363.150	15.674.536	- 542.464	-3,35%	311.386	2,03%
Materiali ad uso veterinario	150.000	68.687	187.577	37.577	25,05%	118.890	173,09%
Altri beni e prodotti sanitari	10.000	26.668	21.010	11.010	110,10%	- 5.658	-21,22%

Si evidenzia che:

- Il costo dei beni sanitari si è ridotto anche a seguito delle disposizioni contenute nel D.L. n.95/2012 (spending review). Questa categoria comprende anche gli acquisti di prodotti medicinali e emoderivati che, benché esclusi dall'applicazione della norma, rilevano un costo analogo a quello del 2011 nonostante l'incremento delle terapie;
- il costo del personale si è ridotto rispetto al valore indicato nel budget ed è stazionario rispetto al valore del Bilancio 2011;
- Il costo "Godimento beni di terzi" registra una consistente riduzione imputabile soprattutto all'avvenuto acquisto del robot Leonardo da Vinci a seguito del finanziamento riconosciuto all'Istituto da parte del Ministero e della Regione.

Le azioni che si sono perseguite per il rispetto dei vincoli di bilancio, per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa sono state:

- proseguimento del processo di razionalizzazione sia in termini gestionali-organizzativi che clinico-assistenziali dell'attività di ricovero ed ambulatoriale attraverso una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione, fermo restando la garanzia dei LEA, per raggiungere i livelli di appropriatezza;
- rispetto puntuale degli obiettivi economico-finanziari definiti dalla Regione in sede di budget;
- ricorso agli strumenti convenzionali per l'espletamento delle procedure di acquisto, quali, la Centrale Regionale per gli Acquisti, le piattaforme contrattuali CONSIP, il mercato elettronico, riducendo al minimo il ricorso alle procedure in autonomia;



- definizione dei fabbisogni annuali di beni e servizi;
- rispetto del blocco delle assunzioni e del turn-over del personale dipendente e convenzionato;
- monitoraggio costante della spesa farmaceutica ospedaliera;
- potenziamento del controllo di gestione, introducendo tetti di spesa che tengono conto degli indicatori di efficienza e produttività (costi medi per assistito, costi diretti sui ricavi, dimessi per medico e/o infermiere etc.).

Con delibera n. 314 del 24 aprile 2013 l'Ifo ha adottato il Bilancio previsionale dell'anno in corso (si riporta in Allegato 1 il prospetto sintetico del bilancio previsionale).

3.3 Albero della Performance

L'albero della performance è la mappa logica con la quale l'Azienda intende rappresentare i collegamenti tra la mission aziendale e le aree strategiche, definite sulla base degli indirizzi nazionali e di riferimento nonché delle risorse disponibili di cui al bilancio preventivo economico aziendale.

Dalle aree strategiche vengono declinati gli obiettivi strategici e successivamente gli obiettivi operativi per i quali verranno poste in essere le azioni da parte degli operatori aziendali.

L'albero della performance è l'elemento fondante del Piano in quanto attraverso la sua descrizione ed in particolare la sua rappresentazione grafica si intende sinteticamente rappresentare le dimensioni del processo e la loro relazione.

Per l'Ifo l'albero della performance è rappresentato nella figura seguente. Si è specificato per ambito, la riconduzione agli obiettivi assegnati al Direttore Generale (Ob. DG):

A. Governo clinico	B. Governo economico	C. Governo dell'organizzazione, della qualità e delle tecnologie	D. Governo dei rapporti con l'utenza
Macro Obiettivi Strategici			
A1. Riordino della Rete Ospedaliera e della Rete Laboratoristica (Ob. DG B)	B1. Controlli (Obiettivo DG D)	C1. Sviluppo progetti tecnico gestionali	D1. Governance (Ob. DG A)
A2. Donazione d'organi 8 (Ob. DG L)	B2. Procedure di acquisto e Investimenti (Ob. DG E)	C2. Sviluppo ed implementazione dotazioni tecnologiche	D2. Legalità e trasparenza (Ob. DG Q)
A3. Sangue (Ob. DG M)	B3. Mobilità sanitaria internazionale (Ob. DG F)	C3. Formazione	
A4. Riorganizzazione dell'attività di ricovero e potenziamento attività di ricerca traslazionale (Ob. DG O)	B4. Equilibrio economico/finanziario (Ob. DG G)		
A5. Miglioramento appropriatezza e qualità	B5. Spesa farmaceutica (Ob. DG H)		
	B6. Personale (Ob. DG I)		

A. Area strategica Governo clinico				
Macro Obiettivi Strategici				
A1. Riordino della Rete Ospedaliera e della Rete Laboratoristica (Ob. DG B)	A2. Donazione d'organi 8 (Ob. DG L)	A3. Sangue (Ob. DG M)	A4. Riorganizzazione dell'attività di ricovero e potenziamento attività di ricerca traslazionale (Ob. DG O)	A5. Miglioramento appropriatezza e qualità
Descrizione Obiettivi Strategici				
A10. Adozione delle azioni di riordino previste dagli specifici provvedimenti commissariali, nel rispetto della tempistica e delle modalità di attuazione individuate. (Adempimenti di cui ai Decreti Commissariali n.80 del 30.9.2010 e n.54 del 9.7.2010 relativi (Ob. DG B1)	A20 Incremento attività di accertamento delle Morti Encefaliche (M.E.) (Ob. DG L1)	A30. Migliorare la raccolta e l'impiego del sangue e delle emazie, secondo le specifiche dell'allegato B. al fine di raggiungere l'autosufficienza regionale Migliorare la raccolta e l'impiego del sangue e delle emazie, secondo le specifiche dell'allegato B. al fine di raggiungere l'autosufficienza regionale (Ob. DG M1)	A40. Riorganizzazione dell'attività di ricovero con superamento della divisione tra Unità Operative (Ob. DG O1)	A50. Miglioramento dell'appropriatezza clinica e diagnostica
A11. Aggiornamento delle risultanze dei sistemi informativi dedicati alla raccolta delle informazioni su Posti Letto - Autorizzazioni - Accreditementi - Capacità Produttiva. NSIS e Sistemi Regionali (Ob. DG B2)	A21 Aumento delle donazioni di tessuti (cornee e tessuto muscolo-scheletrico) (Ob. DG L2)		A41. Potenziamento attività di ricerca traslazionale (Ob. DG O2)	A51 Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa
	A22 Diminuzione delle opposizioni alla donazione d'organo (Ob. DG L3)			

B. Governo economico (1/3)					
Macro Obiettivi Strategici					
B1. Controlli (Obiettivo DG D)	B2. Procedure di acquisto e Investimenti (Ob. DG E)	B3. Mobilità sanitaria internazio nale (Ob. DG F)	B4. Equilibrio economico/finanziario (Ob. DG G)	B5. Spesa farmaceutica (Ob. DG H)	B6. Personale (Ob. DG I)
Descrizione Obiettivi Strategici					
B10 Potenziamento dei controlli interni dell'appropriatezza delle prestazioni e della correttezza della codifica e rendicontazione delle stesse tramite i sistemi informativi regionali di monitoraggio. Rispetto della tempistica per l'invio dei flussi informativi (Ob. DG D1)	E10 Attuazione degli interventi di contenimento della spesa per beni e servizi, in applicazione di quanto disposto dal DI 95/2012, così come emendato dalla Legge 228/2012. Applicazione delle circolari regionali prot. 185048 del 8/10/2012, Prot. 46104 del 11/0 (Ob. DG E1)	F10 Monitoraggio dell'attività e degli addebiti delle prestazioni rese a cittadini non italiani, al fine di garantire l'opportuno recupero dai paesi di provenienza o dagli enti preposti degli oneri sostenuti per garantire l'assistenza (Ob. DG F1)	G10 Assicurare il rispetto puntuale degli obiettivi economico/finanziari definiti annualmente a livello Regionale in sede di definizione dei Bilanci di Previsione (Ob. DG G1)	H10 Assicurare gli adempimenti previsti dal DM 4.2.2009 e DM 11.6.2011, e file F (Ob. DG H1)	I10 Obiettivo minimo di risparmio di cui all'art.2 comma 71 della legge 23.12.2009 n.191, in base al quale le spese del personale, relative al personale a tempo indeterminato, determinato con contratto di collaborazione coordinata e continuata, o con altre forme di lavoro flessibile e/o convenzioni al lordo degli oneri riflessi a carico delle aziende e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non devono superare per l'anno 2011 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4% (Ob. DG I1)
B11. Rispetto delle direttive, circolari e comunicazioni della struttura commissariale e delle strutture assessorili - Attuazione degli interventi previsti nei Programmi Operativi (Ob. DG D2)	E11 Monitoraggio costante degli interventi di investimento in coerenza con quanto stabilito dagli accordi di programma, dalla Programmazione regionale, e dalle disponibilità finanziarie specificamente assegnate con relazione sullo stato di avanzamento (Ob. DG E2)		G11 Assicurare attendibilità e tempestività dei flussi informativi definiti dalla regione, sia ai fini della valutazione e del controllo, sia ai fini del rispetto del debito informativo regionale nei confronti dei Ministeri delle Finanze e della Salute (Ob. DG G2)	H11 Assicurare il controllo di tutti i farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (Ob. DG H2)	I11 Applicazione a decorrere dal 1° gennaio 2011 dell'art. 9 comma 2 - bis, L. 122/2010 n base a quanto previsto dalla circolare 12/2011 (Ob. DG I2)

B. Governo economico (2/3)					
Macro Obiettivi Strategici					
B1. Controlli (Obiettivo DG D)	B2. Procedure di acquisto e Investimenti (Ob. DG E)	B3. Mobilità sanitaria internazio nale (Ob. DG F)	B4. Equilibrio economico/finanziario (Ob. DG G)	B5. Spesa farmaceutica (Ob. DG H)	B6. Personale (Ob. DG I)
Descrizione Obiettivi Strategici					
B12 Regolare tenuta delle scritture e dei libri contabili e sociali obbligatori, nonché delle contabilità separate previste per legge ai fini fiscali e ai fini della libera professione intramuraria (Ob. DG D3)	E12 Assicurare il ricorso agli strumenti convenzionali per l'espletamento delle procedure di acquisto, quali, la centrale Regionale per gli acquisti, le piattaforme contrattuali Consip; il mercato elettronico, riducendo al minimo il ricorso ad altre procedure (Ob. DG E3)		G12 Equilibrio economico dei presidi ospedalieri pubblici in diretta gestione (Ob. DG G3)	H12 Assicurare l'adozione di tutti i Decreti Commissariali relativi a farmaci alto spendenti (Ob. DG H3)	I12 Verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati. Le Aziende non potranno prevedere posizioni organizzative e coordinamenti finanziati con fondi a carico del bilancio aziendale e dovranno revocare con decorrenza immediata gli incarichi. le posizioni organizzative e di coordinamento che gravano sul bilancio (Ob. DG I2)
B13. Ricognizione del contenzioso in essere e valutazione del rischio associato (Ob. DG D4)			G13 Definizione di Bilanci di Previsione per l'esercizio 2014 entro il 31 dicembre 2013 (Ob. DG G4)	H13 Assicurare promozione della segnalazione ADR presso tutti gli operatori sanitari (medici, farmacisti, personale infermieristico) e miglioramento della qualità segnalazione inserita nel RNFV (Registro Nazionale Farmacovigilanza) (Ob. DG H4)	I13 Verifica che i dipendenti siano assegnati alle effettive mansioni di appartenenza ed eventuale ricollocazione entro e non oltre il 31.12.2013; Analisi dell'organizzazione del lavoro e verifiche in ordine all'articolazione dell'orario di lavoro. Attuazione dei provvedimenti adottati dalla Regione in materia dei minori aggravati, in base a quanto previsto dall'art. 1 comma 88 della legge 228/2012 bilancio (Ob. DG I3)

B. Governo economico (3/3)					
Macro Obiettivi Strategici					
B1. Controlli (Obiettivo DG D)	B2. Procedure di acquisto e Investimenti (Ob. DG E)	B3. Mobilità sanitari a internazionale (Ob. DG F)	B4. Equilibrio economico/finanziario (Ob. DG G)	B5. Spesa farmaceutica (Ob. DG H)	B6. Personale (Ob. DG I)
B14. Potenziamento dei controlli interni relativamente all'assegnazione dei ricettari ai medici prescrittori e controllo sull'attività prescrittiva da svolgere esclusivamente su ricetta "rossa"			G14 Definizione delle partite creditorie e debitorie contenute negli stati patrimoniali dei Bilanci di esercizio al fine di garantire maggiore correttezza della valorizzazione dell'esposizione netta, comprese le partite infragruppo (intercompany) (Ob. DG G5)	H14 Assicurare tutti gli adempimenti relativi alla corretta assegnazione medico-ricettario; al corretto uso ricettario SSR; alla prescrizione elettronica e alla successiva de materializzazione (Ob. DG H5)	I14 Riduzione delle Consulenze norma del DL 78/2010 (Ob. DG I3)
			G15 Attualizzazione dei fondi accesi nel tempo a rischi e oneri (Ob. DG G6)	H15 Assicurare il contenimento della spesa per acquisto di farmaci (Ob. DG H7)	I15 Riordino della organizzazione delle prestazioni libero professionali rese in regime intramurario in base a quanto indicato all'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 159, cd. decreto Balduzzi, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012 n. 189 (Ob. DG I4)
			G16 Attivazione delle procedure richieste per la definizione e l'avvio del Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio aziendale previsto dai Decreti interministeriali 17/09/2012 e 01/03/2013 (Ob. DG G7)	H16 Governo clinico scelte prescrittive	I16 Riduzione del ricorso all'istituto delle Prestazioni Aggiuntive (Ob. DG I5)
			G17 Assicurare la trasmissione dei dati di attività riguardanti le prestazioni territoriali non coperte da flusso informativo, e l'acquisto intercompany di beni e servizi, per gli addebiti in mobilità intraregionale (Ob. DG G8)	H17 Ottimizzazione della gestione delle richieste	
				H18 Farmacovigilanza	

C. Governo dell'organizzazione, della qualità e delle tecnologie		
Macro Obiettivi Strategici		
C1. Sviluppo progetti tecnico gestionali	C2. Sviluppo ed implementazione dotazioni tecnologiche e infrastrutture	C3. Formazione
Descrizione Obiettivi Strategici		
C10 Sviluppo e implementazione di progetti di ottimizzazione dell'organizzazione e dei flussi di lavoro	C20 Sviluppo e implementazione delle dotazioni tecnologiche in ambito sanitario	C30 Sviluppo del Pian formativo Aziendale
	C21 Sviluppo e implementazione delle dotazioni tecnologiche in ambito amministrativo	

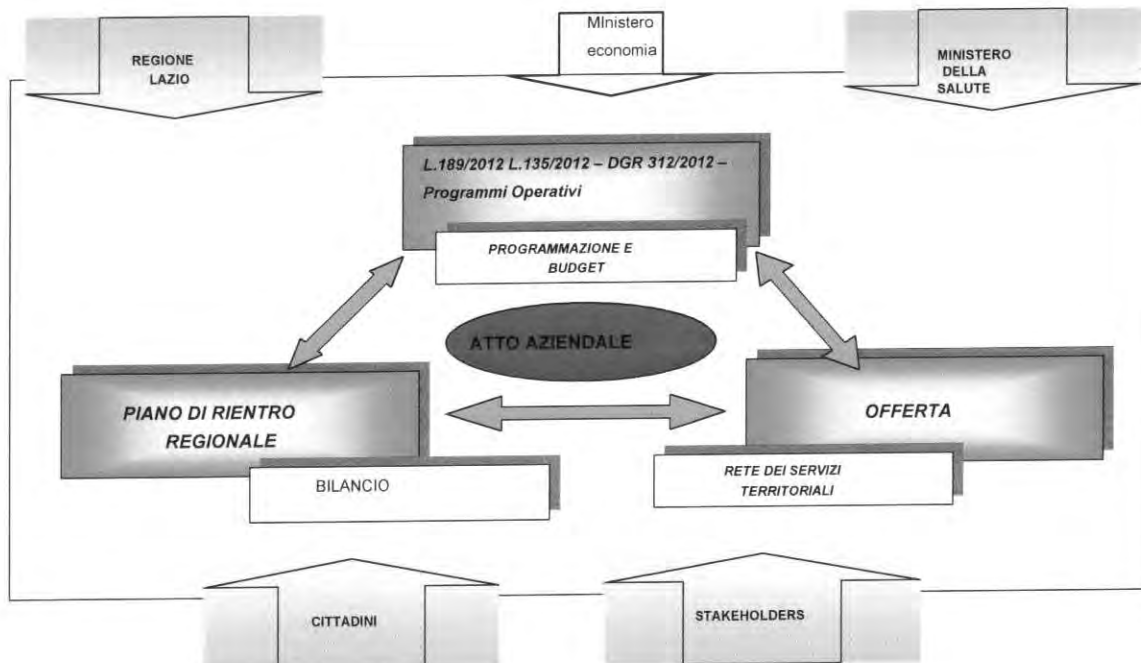
D. Governo dei rapporti con l'utenza	
Macro Obiettivi Strategici	
D1. Governance (Ob. DG A)	D2. Legalità e trasparenza (Ob. DG Q)
Descrizione Obiettivi Strategici	
D10 Semplificazione ed ottimizzazione dell'organizzazione aziendale-l^fase (Ob. DG A1)	D20 Attuazione della L.265/2012, in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e del D.LGS.n. 33/2013, in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni (Ob. DG Q1)



Sezione 4: Analisi del contesto

4 ANALISI DEL CONTESTO

4.1 Analisi del contesto esterno



Il quadro Nazionale e Regionale

Il Piano della Performance è necessariamente imperniato sulle disposizioni e gli impatti nei vari settori che le stesse stabiliscono. In particolare nella Regione Lazio, ormai da diversi anni assoggettate al Piano di rientro, le aziende sanitarie devono definire la performance sulla base delle risorse rese disponibili.

- *Decreto Legislativo del 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009";*

- *Decreto Legge 6 Luglio 2012 n. 98, convertito nella Legge 135/2012 nota come "Spending Review" "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*
- *Legge (Legge di stabilità 2013) 24.12.2012 n. 228, G.U. 29.12.2012 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;*
- *Decreto Legislativo del 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009";*
- *Ripartizione del FSN, FSR e finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali art. 2 c. 2 -sexies lett. d) D.lgs. 502/92 e s.m.i. (FSR 2012 - DCA n. 18 giugno 2012).*

Il D. Lgs 118/2011 ha avviato il processo di allineamento dei procedimenti contabili stabilito dal Patto per la Salute 2010 -2012 e dai decreti attuativi del federalismo fiscale. In ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionale l'Azienda ha:

- attuato e recepito le norme con particolare riferimento all'applicazione del Titolo II;
- realizzato l'aggiornamento delle procedure contabili al fine di predisporre il Bilancio di previsione 2013 secondo le nuove direttive.

4.2.3 Quadro economico aziendale

Il sistema sanitario ha fortemente risentito della crisi economica e politica degli ultimi anni. La politica sanitaria nazionale, prima con il piano sanitario nazionale 2010 – 2012, e successivamente per l'anno 2013, con il "Decreto Balduzzi", (rif. Gazzetta n. 263 del 10 novembre 2012, Suppl. Ordinario n. 201, la Legge n. 189/2012 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"*), ha individuato i piani e gli obiettivi strategici entro i quali definire le azioni per tutelare la salute dei cittadini cercando di razionalizzare e non razionare le risorse disponibili.

A livello regionale tale situazione si ripercuote sulla gestione delle Aziende Sanitarie direttamente coinvolte nella risposta ai bisogni e alla domanda di salute dei cittadini.

La Regione Lazio, in Piano di Rientro attraverso la gestione commissariale investe le Aziende di adempimenti da realizzare in ottemperanza agli obiettivi di rientro.

Sulla base di quanto sopra premesso si evidenzia come la gestione dell'Azienda risenta del quadro economico finanziario di riferimento e dell'applicazione della normativa.

In particolare sono stati richiesti a partire dall'anno 2013 importanti adempimenti che vanno a modificare i sistemi contabili, il piano di riparto del FSR, la gestione dei costi correlata alla Spending Review e che quindi impattano sulla programmazione sanitaria e sulla redazione del bilancio preventivo economico.

Di seguito si elenca la principale normativa di riferimento:

- Ripartizione del FSN, FSR e finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali art. 2 c. 2 -sexies lett. d) D.lgs. 502/92 e s.m.i. (FSR 2012 – DCA n.101 /2012 – 115/2012 modificato dal DCA n. 2/2013
- Decreto Legge 6 Luglio 2012 n. 98, convertito nella Legge 135/2012 nota come "Spending Review" "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"
- Legge (Legge di stabilità 2013).24.12.2012 n. 228, G.U. 29.12.2012 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;



- o Decreto Legislativo del 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009".

4.2.4 Programmi operativi e gli obiettivi del Direttore Generale

Gli obiettivi del Direttore Generale sono stati posti in essere riportando nella programmazione aziendale e nella gestione del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (performance) le direttive nazionali e regionali di riferimento . Con il Decreto Commissariale 234/2013 sono stati assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi. Inoltre la Direzione Aziendale, nel primo semestre 2013 ha costituito un gruppo di lavoro che , sulla base dei fabbisogni del territorio, dell'analisi dei punti di forza e di debolezza dell'azienda e dei vincoli di spesa predisponga un programma sanitario che consenta il rispetto del Bilancio di previsione 2013 definendo le priorità da porre in essere. Tale gruppo sarà allineato e parteciperà della realizzazione definitiva del Piano della performance 2013 -2015, redatto, ma da integrare rispetto alle nuove direttive.



Sezione 5: Obiettivi Strategici

5 OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 Aree strategiche

Gli indirizzi generali dell'Ifo sono articolati in Aree Strategiche così come rappresentate nell'Albero della Performance, ovvero:

- **Area Strategica di Governo Clinico** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *Produzione* per i Servizi ospedalieri;
- **Area Strategica di Governo Economico** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati al *Collegamento tra Ciclo della Performance e ciclo di programmazione economico-finanziaria e di Bilancio* al fine della corretta allocazione delle risorse agli obiettivi;
- **Area Strategica di Governo della Qualità e delle tecnologie** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *valutazione dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività di erogazione dei servizi pubblici* destinati direttamente o indirettamente a soddisfare le esigenze dei cittadini;
- **Area Strategica dei Rapporti con l'utenza** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati al miglioramento della comunicazione e fruibilità all'esterno delle informazioni prodotte anche tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'avvio del portale della trasparenza.

5.2 Obiettivi strategici (Macro Obiettivi)

- **Obiettivi di Governo Clinico:** la pianificazione degli obiettivi di produzione tiene conto della Ripartizione del FNS, FSR, della L. 189/2012, degli indirizzi generali e sono correlati alla *Rete dell'offerta Ospedaliera e Laboratoristica*;
- **Obiettivi di Governo Economico:** la pianificazione degli obiettivi economici, diversificati in relazione alla tipologia di funzione di Macrostruttura Aziendale, sono coerenti con gli obiettivi assegnati dalla Regione e definiti nel Bilancio di Previsione, con finalità di governo delle risorse direttamente assegnate alle macrostrutture stesse e alle relative unità. Determinante è il Decreto Legge 6 Luglio 2012 n. 98, convertito nella Legge 135/2012 nota come "Spending Review" "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"; la Legge (Legge di stabilità 2013) 24.12.2012 n. 228, G.U. 29.12.2012 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.
Gli obiettivi strategici del governo economico sono correlati al rispetto delle procedure amministrativo contabili regionali/aziendali.
- **Obiettivi di Governo della Qualità e Tecnologie:** gli obiettivi declinati nel Governo della qualità e delle tecnologie sono correlati alla Misurazione e valutazione della qualità dei servizi erogati ed alla formazione del personale;
- **Obiettivi del Governo dei Rapporti con l'utenza:** negli obiettivi strategici di governo dei rapporti con l'utenza sono declinati obiettivi quali Attuazione del Piano Aziendale per la Trasparenza e obiettivi correlati all'avvio del rispetto della L.190/13 sull'anticorruzione.



Sezione 6: Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

6 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Con delibera n. 283 dell'11 aprile 2013 l'Ifo ha avviato il percorso di budget annuale.

In tale ambito il primo degli obiettivi definiti, oltre all'equilibrio economico finanziario, è il miglioramento dell'appropriatezza perché è evidente che la sostenibilità del sistema risulta direttamente collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienze nell'erogazione delle "prestazioni": appropriatezza quindi come principio guida nell'ambito del sistema per fornire al paziente le migliori cure possibili attraverso l'uso delle "giuste" risorse.

1. migliorare l'appropriatezza dei ricoveri mediante azioni mirate ad evidenziare e contrastare "atteggiamenti clinici e gestionali" non coerenti con principi di efficienza, per coniugare la qualità alla sostenibilità delle cure e perseguire, ove possibile, soluzioni alternative al ricovero andando verso regimi assistenziali più "leggeri";
2. migliorare l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche richieste, attraverso l'utilizzo di protocolli diagnostico-terapeutici definiti e condivisi, evitando di "consumare" troppe risorse interne;
3. migliorare l'appropriatezza sia nell'utilizzo sia nell'introduzione di nuove procedure, di farmaci e dispositivi medici, nella prescrizione farmaceutica, nell'utilizzo di farmaci off-label;
4. migliorare l'appropriatezza dei processi organizzativi in una logica di graduale reingegnerizzazione del sistema nel quale si attivino azioni sinergiche per perseguire gli obiettivi specifici;
5. sviluppare processi di integrazione professionale all'interno di tutte le strutture per rispondere in maniera sempre più equa ai bisogni degli utenti, promuovere attività strutturate di miglioramento dei risultati clinici e organizzativi e garantire percorsi di riorganizzazione che siano funzionali ad assicurare il miglior uso possibile delle risorse messe a disposizione.

Migliorare l'appropriatezza clinica significherà migliorare la qualità dell'assistenza con un uso efficiente delle risorse ed un aumento del numero pazienti che possono accedere ad interventi efficaci.



Le azioni di miglioramento dei processi sopradescritti avranno evidentemente delle ricadute sulle variabili economiche sia in termini di razionalizzazione dei consumi e di contenimento della spesa sia in termini di riduzione degli abbattimenti sulla produzione da parte degli organi di controllo regionali.

Si terrà inoltre conto delle indicazioni del Nucleo di Valutazione circa l'utilizzo dei posti letto sia di ricovero ordinario che diurno. I dati e gli indicatori sui posti letto, per l'anno 2012, sono riportati in Allegato 1 al presente documento.

Coerentemente con le indicazioni regionali parallelamente alle attività di carattere sanitario, l'area amministrativa focalizzerà la propria attenzione sul contenimento della spesa, così come definito nel bilancio di previsione, e inoltre:

- sull'applicazione della normativa sulla trasparenza, integrità e anticorruzione;
- sull'organizzazione del lavoro e sul rispetto dei doveri d'ufficio;
- sull'ottimizzazione dei percorsi amministrativo contabili e delle comunicazioni interne, in un'ottica di riduzione dei flussi cartacei;
- sull'ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi, anche attraverso lo smaltimento degli archivi cartacei in ottemperanza al regolamento interno in materia;
- sulla revisione e sul completamento di alcuni specifici sistemi informativi sia di area amministrativa che sanitaria;
- sul rilascio e messa a regime del nuovo portale aziendale.

6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Come delineato nei paragrafi precedenti la Direzione Strategica dell'Azienda ha progettato l'Albero della Performance considerando al suo interno le Aree Strategiche e gli Obiettivi Strategici correlati.

Per singola Area, in considerazione della disponibilità delle risorse assegnate con l'approvazione del Bilancio di Previsione anno 2013, sono declinati e assegnati gli Obiettivi strategici e gli Obiettivi operativi, correlati a specifiche azioni e indicatori, tali da conseguire il raggiungimento degli obiettivi stessi.

6.1.1 Obiettivi operativi di Governo Clinico

Tali obiettivi sono assegnati alle Strutture (Unità Operative) dell'area sanitaria titolari di Budget e come descritto nell'albero delle performance, sono riconducibili ai cinque macro obiettivi descritti di seguito:

A. Area strategica Governo clinico				
Macro Obiettivi Strategici				
A1. Riordino della Rete Ospedaliera e della Rete Laboratoristica (Ob. DG B)	A2. Donazione d'organi 8 (Ob. DG L)	A3. Sangue (Ob. DG M)	A4. Riorganizzazione dell'attività di ricovero e potenziamento attività di ricerca traslazionale (Ob. DG O)	A5. Miglioramento appropriatezza e qualità

Più in dettaglio, ed oltre agli obiettivi specifici della Direzione Generale già riportati nell'albero delle performance, questi gli obiettivi operativi per il 2013:

Macro Obiettivo Strategico	Descrizione obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo
RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO E POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' DI RICERCA TRASLAZIONALE, MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA E QUALITÀ	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Riduzione degli abbattimenti (Trasferimento DRG Lea da regime ordinario in DH)
		Riduzione degli abbattimenti (Prestazioni DH e DS valide)
		Potenziamento attività di day service (Trasferimento attività da ricovero dh/ds in ambulatorio)
		Riduzione degli abbattimenti (Riduzione ricoveri diagnostici)
		Riduzione degli abbattimenti (Riduzione ricoveri diagnostici)
		Migliore utilizzo preospedalizzazione
		Riduzione degli abbattimenti per ricoveri ripetuti
		Riduzione ricoveri ordinari medici brevi
		Riduzione ricoveri ordinari chirurgici 0-1 gg.
		Ottimizzazione del processo produttivo clinico tramite:
		Ottimizzazione processo produttivo clinico: Utilizzo procedure standardizzate
		Ottimizzazione processo produttivo clinico: ->Protocollo gestione Sangue
		Ottimizzazione processo produttivo clinico->Protocollo gestione PL Rianimazione
		Aumento offerta ambulatoriale per esterni
		Riduzione tempi refertazione
Implementazione, pianificazione ed avvio trattamenti rapidarc con e senza tecnica FFF		

Macro Obiettivo Strategico	Descrizione obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo
RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO E POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' DI RICERCA TRASLAZIONALE, MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA E QUALITA	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Messa a punto di nuove modalita' di trattamento in terapia radiometabolica
		Messa a punto ed implementazione di studi basati sull'imaging a Risonanza Magnetica
		Avvio ADT informatizzata nei reparti di degenza
		Registro operatorio informatizzato
		Promozione dell'appropriatezza dell'attività ospedaliera
	QUALITA'	Attivazione registro e flusso informativo tracheostomie per rilevazione attività
		"Buone Pratiche di Laboratorio"
		Aumentare il coinvolgimento delle strutture cliniche in studi traslazionali
		Aumentare l'interazione clinico-sperimentale attraverso la definizione di tests o analisi specifiche
		Incrementare Distribuzione tessuti - Attivare convenzioni con Ditte Estere
		Incrementare il numero dei consensi all'espianto
		Incrementare il numero delle donazioni da donatore vivente e cadavere
		Intenziare la formazione in ambito di regionale
		Aumento grado di adesione all'utilizzo di PDT

6.1.2 Obiettivi operativi di Governo Economico

Tali obiettivi sono assegnati alle Strutture (Unità Operative) dell'area amministrativa, sanitaria e della Direzione Generale titolari di Budget e come descritto nell'albero delle performance, sono riconducibili ai sei macro obiettivi descritti di seguito:

B. Governo economico					
Macro Obiettivi Strategici					
B1. Controlli (Obiettivo DG D)	B2. Procedure di acquisto e Investimenti (Ob. DG E)	B3. Mobilità sanitaria internazionale (Ob. DG F)	B4. Equilibrio economico/finanziario (Ob. DG G)	B5. Spesa farmaceutica (Ob. DG H)	B6. Personale (Ob. DG I)

Più in dettaglio, ed oltre agli obiettivi specifici della Direzione Generale già riportati nell'albero delle performance, questi gli obiettivi operativi per il 2013:

Macro Obiettivo Strategico	Descrizione obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo
SPESA FARMACEUTICA	GOVERNO CLINICO SCELTE PRESCRITTIVE	Rilevare la Customer Satisfaction
		Contenimento dei costi di farmaci e materiali sanitari
		Promozione dell'uso di farmaci generici
		Revisione delle modalità di utilizzo dei farmaci off-label
	OTTIMIZZAZIONE GESTIONE RICHIESTE	Revisione anagrafica farmaci
		Ottimizzazione gestione scorte di reparto
	QUALITA'	incremento degli interventi di farmacovigilanza

6.1.3 Obiettivi operativi di governo delle qualità e delle tecnologie

Tali obiettivi sono assegnati alle Strutture (Unità Operative) dell'area sanitaria, dell'area amministrativa e della Direzione Generale titolari di Budget e come descritto nell'albero delle performance, sono riconducibili ai tre macro obiettivi descritti di seguito:

C. Governo dell'organizzazione, della qualità e delle tecnologie		
Macro Obiettivi Strategici		
C1. Sviluppo progetti tecnico gestionali	C2. Sviluppo ed implementazione dotazioni tecnologiche	C3. Formazione

Più in dettaglio, ed oltre agli obiettivi specifici della Direzione Generale già riportati nell'albero delle performance, questi gli obiettivi operativi per il 2013:

Macro Obiettivo Strategico	Descrizione obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo
SVILUPPO PROGETTI TECNICO GESTIONALI	ORGANIZZAZIONE DEI FLUSSI DI LAVORO	Snellimento delle procedure
		Ottimizzazione delle procedure amministrativo contabili
		Smaltimento degli archivi cartacei
		Eliminazione della corrispondenza interna cartacea
		Formazione all'interno della strutture organizzative a cura del Direttore responsabile
		Verifica di costi e benefici delle convenzioni in essere
		Attivazione di accordi e convenzioni con società di assicurazione per l'attività libero professionale
		Definizione delle procedure di gare per il superamento del contratto di Global Service
		Definizione della procedura per la stipula dei contratti di lavoro per il personale dirigente
		Verifica dei costi per attività libero professionale come da legge 189 del 08/11/2012
		Osservanza dei doveri d'ufficio (personale amministrativo)
		Ore di lavoro
SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE SOLUZIONI TECNOLOGICHE	SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE SOLUZIONI TECNOLOGICHE: AMBITO SANITARIO ED AMMINISTRATIVO	Avvio di un sistema informativo a supporto della gestione delle delibere
		Avvio di un nuovo sistema informativo per le procedure amministrativo contabili e per gli approvvigionamenti
		Messa a regime del nuovo portale aziendale
		Informatizzazione del registro del blocco operatorio
		Avvio dell'ADT di reparto
		Avvio dell'anagrafe unica centralizzata
		Accesso in visualizzazione al protocollo informatico a tutte le UO
FORMAZIONE	FORMAZIONE IN AMBITO SANITARIO ED AMMINISTRATIVO	Redazione del piano di formazione annuale

6.1.4 Obiettivi operativi dei rapporti con l'utenza

Tali obiettivi sono assegnati alle Strutture (Unità Operative) dell'area sanitaria, dell'area amministrativa e della Direzione Generale titolari di Budget e come descritto nell'albero delle performance, sono riconducibili a due macro obiettivi descritti di seguito:

D. Governo dei rapporti con l'utenza	
Macro Obiettivi Strategici	
D1. Governance (Ob. DG A)	D2. Legalità e trasparenza (Ob. DG Q)

Per il 2013 le attività si concentreranno nella revisione dell'organizzazione interna (Governance) e sulla messa in atto delle azioni richieste dalla normativa vigente in tema di anti corruzione e trasparenza (Legalità e trasparenza).

***Sezione 7: Il processo seguito e le azioni di
miglioramento del ciclo di gestione delle prestazioni
e dei risultati***

7 IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI

Con delibera n. 283 dell'11 aprile 2013 l'Ifo ha avviato il percorso di budget annuale, secondo le modalità dettagliate nella citata delibera e comunque riprese di seguito.

7.1 Il percorso di budget

Il percorso di budget per il triennio 2013-2015 prevede in particolare i seguenti passaggi:

- Definizione degli obiettivi di budget specifici da assegnare ai Centri di Responsabilità (di seguito CdR) sulla base delle indicazioni e degli obiettivi strategici individuati dalla Direzione dell'Istituto, conformemente alle linee-guida fissate dalla Regione Lazio in relazione sia ai costi che ai volumi di attività;
- Nomina del Comitato di Budget;
- Definizione di un piano di indicatori per la valutazione ed il controllo degli obiettivi;
- Definizione di una reportistica trimestrale da fornire ai CdR;
- Predisposizione e consegna dei documenti di base ai CdR e quindi della proposta di Budget da parte della Direzione Strategica;
- Negoziazione con i Dirigenti Responsabili;
Sull'aspetto della negoziazione occorre precisare che per l'area sanitaria, avendo come obiettivo a tendere per i prossimi anni il Budget Dipartimentale, per l'anno 2013 si prevede di mantenere un momento di confronto tra la Direzione e i vari responsabili di unità operativa (UOC e UOSD) con una partecipazione congiunta con i Direttori di Dipartimento.

Dal punto di vista operativo quindi le schede degli obiettivi del singolo CdR che compone il Dipartimento saranno sottoscritte dal Direttore di Dipartimento e dal dirigente responsabile.

Si ritiene inoltre indispensabile il coinvolgimento dei coordinatori infermieristici negli incontri per la negoziazione, considerando il loro ruolo di supporto al raggiungimento degli obiettivi specifici.

La negoziazione avverrà con la Direzione Generale e sarà presieduta per le Strutture Sanitarie dal Direttore Sanitario Aziendale e per le Strutture Amministrative dal Direttore Amministrativo.

7.2 Guida alla compilazione della scheda di budget

La definizione della struttura del budget ha lo scopo di fornire parametri di riferimento per la valutazione dei risultati ottenuti dalle singole unità operative; ha la funzione di fornire alla Direzione Aziendale ed ai singoli responsabili uno strumento operativo e di comunicazione uniforme che agevoli, in modo oggettivo, la comprensione di eventi complessi al fine di gestire in modo strutturato e con tempismo elementi di criticità ostativi al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda. Per l'area sanitaria la scheda è rivolta al contenimento della spesa farmaceutica e al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità e composta in particolare da quattro categorie di obiettivi (appropriatezza clinica e diagnostica, appropriatezza organizzativa, ottimizzazione gestione richieste, governo clinico scelte prescrittive), ognuno dei quali suddiviso in sottocategorie misurabili attraverso indicatori prevalentemente numerici. Per l'area amministrativa gli obiettivi riguardano l'applicazione della normativa sulla trasparenza, integrità e anticorruzione, il rispetto dei doveri d'ufficio, il miglioramento dei processi e della comunicazione interna, l'ottimizzazione dei sistemi informativi.

In questa fase i Responsabili sono quindi chiamati a fare previsioni circa l'attività, i consumi ed i percorsi attuati all'interno dalle diverse U.O.; queste dimensioni operative sintetizzate negli obiettivi verranno poi esplicitate negli incontri trimestrali.

Nella scheda dell'area sanitaria vengono riportate 3 colonne:

- **CONSUNTIVO anno precedente:** sono i valori del consuntivo dell'intero anno precedente;



- **BUDGET anno in corso:** verrà compilata dal Comitato di Budget, in considerazione dei dati storici e dell'attività che si pone come obiettivo a ciascun responsabile;
- **PESO ASSEGNATO A CIASCUN INDICATORE:** anche questo indicatore verrà compilata dal Comitato di Budget, in considerazione dei dati storici e dell'attività che si pone come obiettivo a ciascun responsabile.

Nella scheda delle strutture di staff e amministrative vengono riportate 3 colonne:

- **OBIETTIVO:** è l'obiettivo specifico da raggiungere;
- **INDICATORE:** verrà compilata dal Comitato di Budget, in considerazione dei dati storici e dell'attività che si pone come obiettivo a ciascun responsabile;
- **PESO ASSEGNATO A CIASCUN INDICATORE:** anche questo indicatore verrà compilato dal Comitato di Budget, in considerazione dei dati storici e dell'attività che si pone come obiettivo a ciascun responsabile.

Si ricorda che le schede debitamente compilate e sottoscritte devono essere inviate all'U.O. Controllo di Gestione.

7.3 Regolamento del processo di budget

Per quanto riguarda l'assegnazione degli obiettivi dei CdR, questi sono individuati dalla Direzione Aziendale secondo le indicazioni descritte in precedenza.

Per quanto concerne la negoziazione degli obiettivi dei CdR, il Comitato di Budget consegnerà i documenti di base contenenti i dati di consuntivo dell'anno precedente e la proposta per l'anno in corso ove previsto; i Dirigenti dei CdR dovranno elaborare una controproposta da discutere in sede di negoziazione.

Trimestralmente verranno poi effettuati incontri per l'analisi degli scostamenti; le valutazioni riguarderanno in particolare l'analisi tra i risultati parziali e gli obiettivi programmati con particolare attenzione agli obiettivi che si discostano da quanto previsto.

Variazione dei budget

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

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

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

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

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

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

Le fasi del processo di budget 2013 programmate, estendibili al 2014 e 2015, sono le seguenti:

- **I fase preliminare;**
- **II fase di controllo e fase di analisi dei risultati.**

Nelle tabelle seguenti sono riportate le fasi appena indicate, con le attività di cui si compongono, insieme al periodo temporale in cui dovrebbero essere svolte, differenziate per tipologia di centri.

CENTRI DI ATTIVITA'			
I FASE: ATTIVITA' PRELIMINARI			
	ATTIVITA'	STRUTTURE COINVOLTE	PERIODO
1	Redazione del documento di budget dell'anno in corso (2013) e delle schede di budget per CdR	Comitato di Budget	Marzo 2013 Febbraio 2014 Febbraio 2015
2	Presentazione del documento di budget e del percorso di validazione delle schede	Comitato di Budget	
3	Incontri per la negoziazione	Comitato di Budget/CdR	Marzo - 2013 Febbraio - 2014 Febbraio - 2015
4	Assegnazione definitiva dei budget ai Dirigenti delle strutture	Comitato di Budget/CdR	Aprile - 2013 Febbraio - 2014 Febbraio - 2015
5	Elaborazioni ed analisi trimestrale dei dati di attività e costo	Controllo di Gestione	settembre 2013- febbraio 2014- giugno 2014- settembre 2014- febbraio 2015- giugno 2015- settembre 2015- febbraio 2016-
6	Valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi	Controllo di Gestione	giugno 2013- settembre 2013- febbraio 2014- giugno 2014- settembre 2014- febbraio 2015- giugno 2015- settembre 2015- febbraio 2016-
7	Incontri trimestrali tra il Comitato di budget e i responsabili dei centri di attività ed eventuale variazione dei budget assegnati	Comitato di Budget/CdR	giugno 2013- settembre 2013- febbraio 2014- giugno 2014- settembre 2014- febbraio 2015- giugno 2015- settembre 2015- febbraio 2016-

7.4 Metodologia di calcolo del grado di raggiungimento degli obiettivi

I Dirigenti dei CdR coinvolti nel processo di budget sono:

- I Direttori dei Dipartimenti;
- I Direttori delle Strutture Complesse;
- I Responsabili delle Strutture Semplici dipartimentali.

Gli obiettivi si dividono in obiettivi che possono essere misurati mediante indicatori e obiettivi che possono essere sostanzati in termini di adempimenti.

Nel corso degli incontri di negoziazione è prevista la discussione dei valori per cui si ritengono raggiunti gli obiettivi misurabili mediante indicatori in riferimento alle proposte del Comitato di Budget e alle controproposte dei Dirigenti.

Al fine di ottenere un valore sintetico del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, si applica la metodologia descritta nel seguito.

Assegnazione di un punteggio/peso a ciascun obiettivo.

Sono assegnati dei punteggi/pesi differenziati secondo la rilevanza di ciascun obiettivo rispetto agli orientamenti espressi nel Documento Programmatico.

Valutazione del grado di raggiungimento dei singoli obiettivi.

I dati utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi misurabili mediante indicatori sono forniti dall'Ufficio Controllo di Gestione.

La verifica dell'esecuzione degli obiettivi sostanzati in termini di adempimenti è effettuata dal Comitato di Budget, ove non diversamente indicato.

Si precisa che, mentre è automatica l'assegnazione dell'intero punteggio disponibile per ciascun obiettivo nel caso del suo raggiungimento, quando ciò non accade il punteggio viene attribuito gradualmente per livelli in funzione della distanza tra il risultato raggiunto e l'obiettivo negoziato.

Le differenti percentuali di assegnazione dei punteggi in funzione delle distanze tra risultati raggiunti e obiettivi assegnati saranno comunicate ai Dirigenti dei CdR in sede di negoziazione.

Valutazione preliminare dei risultati dei singoli centri di responsabilità.

Nella fase di analisi dei risultati il primo passo consiste nel calcolare un risultato preliminare sintetico e omogeneo relativo al grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di ogni CdR secondo la seguente metodologia:

1. calcolo per ciascun CdR del totale del punteggio disponibile, dato dalla somma dei pesi degli obiettivi assegnati;
2. calcolo per ciascun CdR del totale del punteggio conseguito, dato dalla somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
3. calcolo del rapporto tra il punteggio conseguito (numeratore) e il punteggio disponibile (denominatore);
4. espressione del risultato finale in termini di valore percentuale, al fine di consentire l'omogeneizzazione degli indicatori di risultato relativi a tutte le strutture.

Verifica degli obiettivi non raggiunti.

Dopo la valutazione preliminare del grado di raggiungimento degli obiettivi, è previsto un approfondimento da parte del Comitato di Budget sui motivi del mancato conseguimento degli obiettivi allo scopo di verificare l'esistenza di eventuali fattori oggettivi, indipendenti dalla volontà del Dirigente del CdR, non preventivabili al momento della negoziazione.

L'individuazione di tali fattori esogeni deve verificarsi solo in caso di ostacoli comprovati al raggiungimento degli obiettivi, quali ad esempio l'improvvisa carenza di risorse indispensabili (personale, attrezzature, ecc.).

L'approfondimento deve basarsi su specifiche relazioni che i direttori/responsabili di struttura dovranno presentare all'ufficio Controllo di Gestione entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della informativa sui risultati raggiunti.

Le relazioni verranno poi esaminate dal Comitato di Budget al fine di valutare l'effettiva rilevanza delle motivazioni addotte e di ridefinire il punteggio per obiettivo ed eventualmente prevedere la cancellazione dell'obiettivo da quelli assegnati; in questo caso si potrà effettuare quindi il ricalcolo del risultato raggiunto, relativamente all'obiettivo in esame, sulla base degli approfondimenti effettuati in merito al peso del fattore ostativo e conseguentemente effettuare la riassegnazione del punteggio secondo le regole sopra specificate.

Il Comitato di Budget quindi consegnerà l'intera documentazione all'Organismo Indipendente di Valutazione che la utilizzerà congiuntamente alla relazione sanitaria per formulare una proposta definitiva di giudizio per il calcolo della retribuzione di risultato che presenterà alla Direzione Aziendale.

Di seguito vengono esplicitati i criteri metodologici per la determinazione delle quote del fondo destinate alla corresponsione della retribuzione di risultato.

Criteri per la determinazione del fondo (budget) da assegnare ai vari Centri di Attività e criteri per la ripartizione tra i dirigenti sanitari del Centro di Attività della quota parte del fondo di pertinenza.

Si rimanda ad un successivo documento, elaborato dalla Direzione per l'Amministrazione Giuridica del Personale, in cui saranno notificati i criteri per la determinazione del fondo (budget) da assegnare ai singoli CdR e l'entità di tale fondo.

Criteri per la determinazione della retribuzione di risultato effettiva da erogare a consuntivo.

Per l'individuazione dell'incentivo da erogare a consuntivo si deve valutare:

- Il grado di raggiungimento dei risultati di ogni CdR al fine di determinare l'ammontare della quota di incentivazione spettante;
- Il contributo di ogni singolo dirigente al raggiungimento degli obiettivi del CdR e quindi l'ammontare che spetta a ciascun operatore.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni UOC e del Dipartimento, si applica un criterio a scaglioni, secondo un rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi:

Percentuale di conseguimento degli obiettivi	Direttore Dipartimento Direttore UOC	Responsabile UOSD	Dirigenti
<= 60%	Nessun premio	Nessun premio	Quota pari alla % di conseguimento
tra 61% e 88%	Quota pari alla % di conseguimento	Quota pari alla % di conseguimento	Quota pari alla % di conseguimento
>= 89%	100%	100%	100%

Le differenze derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi in misura inferiore all'89% saranno redistribuite tra tutti i Dirigenti con gli stessi criteri sopra individuati. Secondo le stesse



logiche Il grado di raggiungimento degli obiettivi sarà considerato a cascata nelle schede di valutazione del personale di comparto, secondo modalità da concordare con i sindacati.

Sezione 8: Allegati tecnici



8 ALLEGATI TECNICI

All. 1 – Posti letto 2012: dati e indicatori

All. 2 – Scheda di budget 2013

All. 3 - PROSPETTO DEL BILANCIO DI PREVISIONE 2013 (delibera 314/2013)

Allegato 1

Posti letto e indicatori: dati 2012

Ricoveri ordinari

Rep di dimissione	Rep di dimissione D	n. posti letto effettivi di DO (2012)	Numero dimessi (2012)	Punti DRG di DO (2012)	Peso medio dei ricoveri ordinari (2012)	Degenza media ricoveri ordinari (2012)	Tasso di occupazione DO % (2012)	Valore medio casi Ricoveri Ordinari (2012)
0901	Chirurgia Generale 1 Mammella	10,9	502	586,0400	1,1674	4,02	50,41	€ 3.789,43
0902	Chirurgia Digestiva	9,7	613	1.407,2500	2,2957	12,03	105,09	€ 7.344,23
0903	Chirurgia toracica		0	0,0000	0,0000	0,00		€ -
1301	Chirurgia plastica IRE	18,9	503	1.005,7000	1,9994	10,38	74,31	€ 6.744,75
1201	Chirurgia plastica ISG	7	410	529,9900	1,2927	3,56	58,63	€ 2.676,54
1202	Ematologia	5	547	748,4000	1,3682	2,74	81,58	€ 4.165,58
1801	Neurochirurgia	15	177	651,8000	3,6825	21,93	75,10	€ 13.198,69
3001	Ortopedia oncologica	8	274	592,5000	2,1624	9,61	91,63	€ 6.736,36
3601	Ginecologia	11,4	175	263,3900	1,5051	14,17	64,16	€ 4.874,28
3701	Otorino	7	447	577,3500	1,2916	3,53	58,24	€ 3.809,02
3801	Urologia	18	593	873,2200	1,4725	7,64	67,55	€ 4.456,22
4301	Rianimazione	21,2	840	1.479,2600	1,7610	7,11	73,50	€ 5.206,41
4901	Dermatologia Clinica	8	42	122,3400	2,9129	18,57	64,65	€ 9.290,83
5201	Dermatologia Infiammatoria	5	359	277,4900	0,7730	4,46	90,16	€ 3.015,89
5202	Oncologia A	5	205	192,8200	0,9406	3,31	37,65	€ 3.592,31
6401	Oncologia B	22	991	998,7300	1,0078	6,59	82,39	€ 2.869,55
6402	Medicina Nucleare	19,4	978	997,9900	1,0204	5,57	76,49	€ 2.987,94
6461		5,4	451	452,3800	1,0031	4,49	102,31	€ 3.052,53
Totale complessivo		176,3	8.107	11.756,6500	1,4502	6,87	73,76	€ 4.474,94

Ricoveri diurni

Rep di dimissione	Rep di dimissione D	N. posti letto effettivi di DH (2012)	n cicli chiusi (2012)	punti DRG dei cicli chiusi (2012)	Peso medio dei cicli chiusi DH/DS (2012)	accessi dei cicli chiusi (2012)	Valore Medio casi DH/DS (2012)
0901	Chirurgia Generale 1 Mammella	2	502	423,0800	0,8428	2,231	€ 868,69
0902	Chirurgia Digestiva	0	1	0,6600	0,6600	1	€ 229,00
0903	Chirurgia Toracica	0	0	0,0000	0,0000	0	€ -
1201	Chirurgia plastica IRE	2	181	203,8200	1,1261	673	€ 960,88
1202	Chirurgia plastica ISG	4	820	894,6800	1,0911	3.489	€ 1.097,00
1801	Ematologia	2	364	410,4400	1,1276	937	€ 959,82
3601	Ortopedia oncologica	2	31	29,3300	0,9461	61	€ 982,13
3701	Ginecologia	2	338	299,3800	0,8857	677	€ 717,96
3801	Otorino	2	170	150,9400	0,8879	411	€ 550,29
4301	Urologia	1	60	40,3900	0,6732	125	€ 805,82
5201	Dermatologia Clinica	6	41	41,4000	1,0098	719	€ 4.298,63
5202	Dermatologia Infiammatoria	6	53	60,7700	1,1466	524	€ 2.217,68
6401	Oncologia A	17	16	14,9200	0,9325	142	€ 3.153,38
6402	Oncologia B	15	72	55,7200	0,7739	579	€ 3.277,17
6470	Radioterapia	2	14	12,3200	0,8800	258	€ 6.585,86
6499	Terapia del Dolore	1	479	318,7900	0,6655	550	€ 311,05
Totale complessivo		64	3.142	2.956,6400	0,9410	11.377	€ 985,21

Allegato 2

Schede di budget

cdc Struttura							
Macro Area	1	Azione	Area	Peso	% Ragg.		
Obiettivo		Indicatore	Valore 2012	Target	Valore 2013	% Ragg.	
Macro Area	N	Azione	Area	Peso	% Ragg.		

Allegato 3

PROSPETTO DEL BILANCIO DI PREVISIONE 2013
(delibera 314/2013)

Bilancio previsionale 2013 come da delibera 314 del 24 aprile 2013			
A	TOTALE PRODUZIONE		135.674.500,00
A1	Contributo FSR	23.725.000,00	
A4	Ricavi per prestazioni sanitarie	95.625.500,00	
A5	Concorsi, recuperi, rimborsi	724.000,00	
A6	Tickets	4.600.000,00	
A7	Quota c/capitale esercizio	10.500.000,00	
A9	Altri ricavi e proventi	500.000,00	
B	TOTALE COSTI DI PRODUZIONE		182.875.000,00
B1	Acquisti di beni	50.435.000,00	
B2	Acquisti di servizi	41.392.000,00	
B3	Manutenzione e riparazione	11.330.000,00	
B4	Godimento beni di terzi	1.050.000,00	
B5 - B8	costo del personale	61.050.000,00	
B9	Oneri diversi di gestione	1.920.000,00	
B10	Ammortamenti	10.765.000,00	
B15	Variazioni rimanenze	- 100.000,00	
B16	Accantonamenti	5.033.000,00	
C - E	Totale proventi e oneri finanziari	560.000,00	560000
Y	Imposte e tasse	5.305.000,00	5255000
G	Risultato economico		- 53.015.500,00



segue deliberazione n° 1057 del 31 DIC. 2013 pag. 4

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata mediante affissione all'Albo dell'Ente per 15 giorni consecutivi a decorrere

dal 31 DIC. 2013

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

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dr. Enrico DEL BAGLIO

(.....)

La presente deliberazione è stata notificata in copia al Collegio Sindacale in

data 31 DIC. 2013

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

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dr. Enrico DEL BAGLIO

(.....)

La presente deliberazione è stata trasmessa in copia a:

_____ con lettera di trasmissione n. _____ del

_____ con lettera di trasmissione n. _____ del

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

(.....)