IRE ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA ISG ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Relazione annuale sulla performance
anno 2018.

Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance
e correlata regolamentazione

- Regolamentazione OIV e STP
- Piano triennale della performance
- Regolamento di budgeting: metodologia e procedure per la programmazione e controllo della performance organizzativa.
- Performance individuale - Protocolli applicativi del Sistema premiante
- **Relazione annuale sulla performance.**
- Valutazione permanente degli incarichi
- Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità
- Gestione del clima organizzativo e delle pari opportunità

Indice

1. Introduzione alla Relazione.
2. Sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo delle performance.
3. Contesto di riferimento.
4. Obiettivi ed attività 2018.
5. Performance organizzative conseguite dai CdR titolari di budget.
6. Programmazione, controllo, trasparenza ed integrità dell'attività aziendale.
7. Risultati della gestione economica.
8. Conclusioni

1. Introduzione alla Relazione: definizioni e finalità.

La **Relazione annuale sulla performance**, sviluppata in linea con i contenuti ed i canoni di trasparenza previsti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, è un documento che trova logica collocazione nel *Ciclo di gestione annuale delle performance* aziendali. In particolare, la presente Relazione ha lo scopo di rappresentare lo scenario di riferimento ed i risultati conseguiti dagli IRCCS nell'esercizio di riferimento, in considerazione delle finalità programmate nel **Piano della Performance**

2. Sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo delle performance.

- **Il Sistema di Misura e Valutazione delle Performance.**

  In considerazione della complessità sanitaria, scientifica e tecnico-amministrativa che caratterizza l'azione dell'IRCCS, il presente regolamento delinea in via sintetica gli specifici sistemi di programmazione e controllo delle performance a livello strategico, organizzativo ed individuale, tracciando le specifiche responsabilità di gestione e le interrelazioni logiche che sussistono fra gli stessi.

- **Regolamento di budgeting.**
  Metodologia e procedure per la programmazione, monitoraggio e verifica della performance organizzativa.

  Il Regolamento prevede un processo continuo di monitoraggio e aggiornamento delle modalità di programmazione e controllo delle performance organizzative riferite ai Centri di Responsabilità aziendali, utilizzando la scheda di budgeting come strumento di selezione di specifici obiettivi annuali a livello dipartimentale e di unità operativa.
  L'Azienda ha iniziato proseguito nel processo di strutturazione delle attività di rendicontazione e programmazione operativa da parte delle singole strutture, così da conseguire una maggior gestibilità ed efficacia del sistema stesso.

- **Sistema di gestione delle performance individuali e correlato Sistema Premiante.**

  Il sistema, in continuo miglioramento e sviluppo, punta a valorizzare i meriti del singolo operatore nel conseguimento delle finalità proprie dell'organizzazione.

3. Contesto di riferimento.

QUADRO GENERALE

Gli **Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.)** di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con R.D. del 4/8/1932 n. 1296 ed il cui carattere scientifico è stato riconosciuto con D.M. 22/2/1939, comprendono i seguenti Istituti:

- **Regina Elena – I.R.E.**, per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- **San Gallicano – I.S.G.**, per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

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

Il **modello ordinario di funzionamento** si distingue per:

- La presa in carico globale del paziente;
- L'approccio multi-professionale interdisciplinare;
- L'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base

da realizzarsi con:

Percorsi Clinico-assistenziali ("Clinical Pathways - PDTA"), atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza)

Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia ("Disease Management Team – DMT), che consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'Evidence Based Medicine

Gruppi di Ricerca Traslazionale ("Translational ResearchInterest Groups- TRIG"), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari (oncologia, malattie infettive, dermatologia), al fine sia di elaborare modalità efficienti di trasferimento di risultati della ricerca bio-medica nella pratica clinica

I valori perseguiti dagli Istituti sono:

Affidabilità

Gli Istituti agiscono adeguando con continuità e costanza le azioni, i comportamenti ed il servizio prodotto alle necessità degli Assistiti, alle priorità ed agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni vengono assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenze.

Centralità della Persona

Il sistema di offerta dei servizi concentra l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario, sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista, nonché dei vincoli esistenti. Le informazioni necessarie ai Cittadini, per scegliere i servizi ed orientarsi ad accedere alle prestazioni di cui hanno necessità, sono facilmente disponibili ed accessibili. L'Istituto si impegna inoltre nel miglioramento continuo della qualità, nel valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e nel mantenere il tempo di attesa per loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia

Efficacia, Efficienza e Risultati

Sono perseguite:

- **l'efficacia attesa,** ovvero la capacità potenziale di un intervento di modificare in modo favorevole le condizioni di salute dei soggetti cui è rivolto;
- **l'efficacia pratica,** ovvero i risultati ottenuti dalla sua applicazione di routine;
- **l'efficienza,** ovvero capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile.

Equità

Gli Istituti hanno equa considerazione degli Assistiti e garantiscono, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni.

Flessibilità

Gli Istituti esprimono la volontà e la capacità di adeguare i comportamenti e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni, rendono sensibile e specifica l'azione e gli interventi organizzativi favorendo la traslazionalità delle attività cliniche e di ricerca a cui lo stesso deve dare risposta.

Organizzazione

Gli Istituti orientano le loro azioni attraverso:

- un'organizzazione che implementi la qualità della ricerca e delle cure attraverso l'utilizzo sistematico degli strumenti del Governo Clinico come l'applicazione della medicina basata sull'evidenza, delle linee guida, degli audit clinici e la gestione dei rischi, esprimendo un forte impegno per l'accreditamento istituzionale e professionale e per il mantenimento ed il miglioramento delle caratteristiche proprie degli IRCCS.
- un'organizzazione che curi il proprio "capitale professionale" ed intellettuale e che si impegni a fornire opportunità di crescita professionale e di carriera alle competenze residenti in possesso dei requisiti che sappiano distinguersi per competenza, autorevolezza ed impegno clinico-scientifico, nel rispetto assoluto della dignità della persona
- un'organizzazione secondo il sistema delle reti, differenziata ed integrata internamente e con l'ambiente esterno. Per perseguire questa strategia, l'azione dell'Istituto è volta alla ricerca di sinergie a livello nazionale ed internazionale con altri Enti di Ricerca, con le Università, con gli IRCCS, con le ASL territoriali ed i Medici di Medicina Generale.

L'Umanizzazione

L'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali è uno degli obiettivi più importanti che gli Istituti si prefiggono di realizzare.

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

L'attività di ricerca degli 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 bio-banche permetterà una continua implementazione di bio-marcatori che consentono una diagnosi precoce, prognosi delle patologie e predittività della risposta terapeutica.
Le peculiarità che contraddistinguono i due istituti sono di seguito riportate:

ISTITUTO REGINA ELENA
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
- Centro di riferimento per le procedure invasive della Terapia del Dolore.
- Elevati volumi di attività per tutte le discipline oncologiche.

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'IRE 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'IRE 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.
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 per effettuare la colonscopia con eventuale polipectomia contestuale e biopsia per esame istologico.
Quale Centro di trattamento è infine deputato alla presa in carico di soggetti con diagnosi di carcinoma colon-rettale.

Con il DCA n.U00358 del 28 Agosto 2017 "Adozione del documento tecnico inerente la rete oncologica per 'La gestione del tumore della prostata nel Lazio', a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per le attività previste nel Programma Operativo sulle Reti Oncologiche, ai sensi del DCA n. U00052/2017", la Regione Lazio ha individuato **l'Istituto Regina Elena come centro di Diagnosi e centro di trattamento per il tumore della prostata.**

ISTITUTO SAN GALLICANO

Unico Irccs Dermatologico Pubblico, 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.

La Ricerca

In accordo con la programmazione sanitaria nazionale, l'attività di ricerca degli IFO integra sinergicamente l'attività assistenziale con la ricerca clinica e traslazionale, definendo un approccio integrato e multidisciplinare per la gestione del paziente.

La ricerca traslazionale costituisce il punto di forza dell'Azienda. La disponibilità di campioni bioptici e la presenza di un laboratorio di medicina molecolare specializzato in genomica viene valorizzata dall'acquisizione costante di tecnologie per la terapia personalizzata dei tumori, puntando a rivoluzionare nel medio periodo la terapia antineoplastica.
L'obiettivo principale è avere la capacità di sfruttare i modelli preclinici innovativi basati sull'impiego di cellule staminali tumorali e la disponibilità di strumenti che consentano l'individuazione dei pazienti che possano potenzialmente trarre giovamento da una particolare terapia innovativa. La scoperta delle cellule staminali tumorali e lo sviluppo di tecnologie che ne permettano l'espansione e la preservazione, costituiscono uno strumento formidabile per lo sviluppo di modelli affidabili per le terapie oncologiche innovative.
La finalità è fornire ai pazienti un accesso preferenziale a nuove terapie potenzialmente efficaci, ma non ancora disponibili nell'ambito del SSN, e nello stesso tempo ottimizzare le terapie esistenti attraverso l'impiego di biomarcatori innovativi, che permettano di individuare il trattamento più efficace per ciascun paziente. Un settore di punta della ricerca oncologica più innovativa è costituito dalle nuove piattaforme di genomica e di proteomica per la diagnosi precoce e la terapia personalizzata. Grazie a sistemi diagnostici sempre più innovativi e sensibili, vengono analizzate nel sangue tracce dei tumori, le quali possono indirizzare in maniera estremamente valida a una diagnosi precoce o ad avere informazioni del tumore in assenza di biopsie invasive.
Sono stati avviati programmi avanzati di genomica e proteomica nella diagnostica e nella ricerca preclinica e clinica. La sfida è di avere la caratterizzazione molecolare personalizzata di tutti i pazienti, sia a fini diagnostici che terapeutici, coniugando le eccellenze della ricerca e della clinica.
Il Paziente, prima di essere inserito in un protocollo di ricerca, viene adeguatamente informato dai medici per poi rilasciare il proprio libero e consapevole consenso a partecipare allo studio o sperimentazione.
All'interno dell'Azienda è operante un Comitato Etico che ha il compito di valutare la correttezza etica di ogni sperimentazione clinica.

A livello organizzativo si è lavorato per capitalizzare il riconoscimento degli Istituti nell'ambito delle Reti a livello Regionale, Nazionale ed Internazionale, l'avvio del Clinical Trials Center e delle Sperimentazioni di FASE 1 sono azioni che hanno come obiettivo il potenziamento dell'integrazione tra ricerca ed assistenza.

IL CONTESTO INTERNO

Gli IFO hanno potuto contare nel tempo su una combinazione di fattori che ne hanno consentito lo sviluppo costante ed il conseguimento di livelli di eccellenza che gli vengono universalmente riconosciuti. Tra questi bisogna annoverare la presenza di professionisti di altissimo valore professionale e fortemente dedicati all'Istituto, che hanno saputo:

- sviluppare un know-how specialistico in ambito oncologico e dermatologico fortemente innovativo, ed aggiornarne ed affinarne costantemente i saperi e le pratiche professionali, facendone il tratto distintivo dell'Istituto;
- consolidare le relazioni con l'industria e con l'università, in quanto da sempre l'IFO è partner per la creazione ed affermazione delle innovazioni in ambito oncologico e dermatologico
- accelerare l'innovazione, in quanto l'IFO dispone di un importante parco tecnologico

La specificità degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri inoltre discende direttamente dalla vigente normativa che espressamente definisce *gli IRCCS quali enti pubblici dipendenti dalla Regione a rilevanza nazionale che svolgono, secondo indicatori di eccellenza, funzioni di alta specialità relative alla ricerca biomedica, alle prestazioni assistenziali ed alla formazione.*
Come è noto però esistono maggiori costi sostenuti dalle strutture che effettuano in modo sistematico e diffusivo attività di ricerca correlata alla clinica, maggiori costi dovuti principalmente:

1. al tempo e alle risorse che il personale sanitario, ed in particolare il personale medico, dedica a tali attività;
2. al maggiore ricorso a prestazioni complesse irrinunciabili;
3. alla necessità di applicare protocolli per la diagnosi, la terapia ed il follow-up dei pazienti.

Questi costi non sono compensati né dalle attuali modalità di distribuzione delle risorse che finanziano la ricerca, né dall'attuale sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie ed in particolare quelle ospedaliere.
Inoltre la *mission* monotematica degli Istituti vincola la stessa attività che deve necessariamente incentrarsi sulla patologia di riferimento.

Con il DCA 273/2016 la Regione Lazio ha inserito gli 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.

Con Deliberazione n.217 del 21/03/2017, l'Azienda ha, quindi, adottato il Piano di Efficientamento 2017-2019, nel quale era prevista una riduzione del disavanzo di circa 13 milioni di euro rispetto al 2016 attraverso un incremento dei ricavi congiuntamente alla riduzione dei costi di personale e dei beni e servizi.

Su tale Piano di rientro dal disavanzo, nonché sugli obiettivi del Direttore Generale e sulle linee di indirizzo regionali è stata improntata la programmazione di attività dell'Esercizio 2017 definendo **obiettivi** specifici di produttività secondo un criterio di **mantenimento dei volumi di attività** rispetto all'anno precedente ed **efficientamento dei costi**.

Con la presentazione dei risultati raggiunti nel 2017 gli IFO, in virtù del superamento della soglia di scostamento costi ricavi (L.236/2016) hanno ottenuto da parte della Regione Lazio il riconoscimento dell'uscita dal Piano di efficientamento per l'anno 2018 (nota prot. n. 118533 del 02/03/2018).

Questo ha dato modo all'Ente di presentare il Piano Strategico Triennale e di andare al concordamento regionale con una programmazione di sviluppo uscendo dalla fase di 'contingenza'.

Per il 2018, quindi, sono stati programmati alcuni obiettivi di crescita di attivita' .
In particolare per le degenze chirurgiche, la robotica, la day surgery e puntando al mantenimento di alcune attività ambulatoriali di alta specialità come la radioterapia e la medicina nucleare già potenziate nel corso del 2017.
Gli obiettivi di programmazione di attivita' sono stati collegati alla programmazione delle risorse necessari.

Inoltre a partire dalla fine dell'esercizio 2017 e per i primi 5 mesi del 2018, si è proceduto ad un confronto dialettico tra la Direzione Generale IFO, le Direzioni Scientifiche di IRE e ISG, la Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa, ed i professionisti dell'Istituto al fine di mettere a fuoco le traiettorie sulle quali puntare nel successivo triennio; traiettorie sviluppatesi anche attraverso l'analisi dell'attività nell'anno 2016 e la rilettura del Piano di efficientamento IFO 2017- 2019. Tali obiettivi, progressivamente presentati in itinere agli stakeholders istituzionali per verificarne la coerenza e sostenibilità di sistema, hanno comportato la stesura del Piano Strategico 2018, adottato ed approvato con delibera n.410 del 07/06/2018.

4. Obiettivi ed attività degli IRCCS.

Obiettivi in ambito sanitario ed organizzativo

L'obiettivo principale degli Istituti è quello di perseguire i dettami della Mission nel rispetto delle indicazioni Regionali (Piano di Rientro Regionale e Legge Finanziaria) e Nazionali (Piano Sanitario Nazionale), garantendo l'efficienza nell'impiego delle risorse attraverso un processo volto al continuo miglioramento in termini di livelli di produttività per risorse impiegate ed un livello di assistenza sempre più adeguato, in termini qualitativi oltre che in termini di appropriatezza dei servizi sanitari erogati, cercando di allineare i valori di produzione ai costi di gestione.

Sul piano gestionale gli Istituti hanno come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema.

L'offerta sanitaria dell'Ente nel 2018 è stata assicurata dai seguenti Dipartimenti

	Dipartimento Clinico Sperimentale Oncologico
Area Chirurgica 1	UOC Chirurgia Digestiva
	UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica
	UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
	UOC Ginecologia
	UOC Ortopedia
	UOC Chirurgia Senologica e tessuti molli
Area Chirurgica 2	UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale
	UOC Chirurgia toracica
	UOC Urologia
	UOC Neurochirurgia
Area Medicina Oncologica	UOC Oncologia Medica 1
	UOC Oncologia Medica 2
	UOSD Ematologia
	Coordinamento Tumori Rari
	Servizio Day Hospital e Terapia Ambulatoriale Oncologica
Area Servizi	UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva
	UOSD Terapia del Dolore
	UOSD Cardiologia
	UOSD Endocrinologia
	UOSD Neuroncologia
	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
	UOSD Fisiopatologia Respiratoria
	Servizio di Psicologia
	Servizio di Psichiatria

	Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica
Area Funzionale di Ricerca Traslazionale	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica
	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori
	UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici
	UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari
	UOSD SAFU
	UOSD Biostatistica e Bioinformatica
	Servizio di Epidemiologia e Registro Tumori
Area Funzionale Alte Tecnologie	UOC Anatomia Patologica
	UOC Radioterapia
	UOC Radiologia
	UOSD Medicina Nucleare
	UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti
	UOSD Patologia Clinica
	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
	Biobanca tessuti e liquidi biologici

	Dipartimento Clinico Sperimentale Dermatologia
	UOC Dermatologia Clinica
	UOC Laboratorio Fisiopatologia Cutanea
	UOSD Dermatologia Oncologica
	UOSD Dermatologia MST, Ambientale Tropicale e Immigrazione
	UOSD Chirurgia Plastica ad indirizzo dermatologico e rigenerativo
	UOSD Patologia Clinica e Microbiologia
	UOSD Porfirie e Malattie Rare
	UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico
	UOSD Dermatopatologia

Dotazione Posti Letto

La dotazione 2018 di posti letto accreditati, a seguito del Decreto 80/2010 e successive modifiche, è la seguente:

Anno 2018

ISTITUTI E RELATIVI POSTI LETTO

La dotazione totale posti letto (P.L.) IFO (IRE e ISG) ammonta a n° 284; di essi 232 sono ordinari, 52 sono di D. H. (n° 37 Medici e 15 Chirurgici).

Area	Codice Disciplina	Descrizione	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DIURNI
M		**Area Medica**	77	
	02	**DH Multispecialistico**		37
C		**Area Chirurgica**	103	
	12	**Chirurgia Plastica**	14	
	13	**Chirurgia Toracica**	20	
	30	**Neurochirurgia**	8	
	98	**DS Multispecialistico**		15
AC	49	**Terapia Intensiva**	10	
Totale			**232**	**52**
			284	

N. Blocchi operatori: 1 IRE – 1 ISG

Numero sale operatorie: 8 IRE – 1 ISG

servizio trasfusionale: 1

Attività 2018 e correlati ambiti di performance.

Secondo la logica del c.d. "*albero delle performance*", nell'esercizio 2018 l'Azienda ha individuato un set di aree di risultato significative in riferimento alla propria *mission*, alle indicazioni regionali, agli obiettivi assegnati al Direttore Generale ed alla programmazione strategica, articolando ciascuna delle stesse in obiettivi operativi assegnati ai singoli Centri di Responsabilità attraverso il processo di budgeting. In linea con tale percorso logico la programmazione dell'attività clinico-sanitaria è stata improntata su una modulazione di offerta sanitaria, in linea con le indicazioni nazionali e regionali, che ha seguito criteri di appropriatezza ed ha incentivato modelli organizzativi 'virtuosi' con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

Area di performance:	**Area Strategica di Governo Clinico** all'interno della quale sono stati declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *Produzione* per i Servizi ospedalieri e alla *valutazione dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività di erogazione dei servizi pubblici* destinati direttamente o indirettamente a soddisfare le esigenze dei cittadini
Principali obiettivi operativi 2018 riferiti all'Area	❖ **Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure**

Obiettivi Operativi
Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)
Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale con incremento delle attività di alta complessita
Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica
Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza
Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attivita di ricovero
Potenziamento / Riorganizzazione attiività di Day Service
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale

Area di performance:	**Area Strategica di Governo Economico** all'interno della quale sono stati 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;
Principali obiettivi operativi 2018 riferiti all'Area	❖ **Governo dei costi**

Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi (Ulteriore sviluppi delle funzioni di Farmacista di Blocco Operatorio, Consolidamento delle funzioni del "Gruppo Buon Uso del Farmaco")
Definizione ed assegnazione Budget Trasversali: 1) Governo Fattori Produttivi -2) Rispetto Adempimenti
Risorse Umane: valorizzazione piano assunzionale

Area di performance:

Area Strategica di Governo delle procedure, dell'organizzazione e delle tecnologie

all'interno della quale sono stati declinati gli obiettivi Strategici correlati al miglioramento degli asset della produttività clinico assistenziali, legati alla riorganizzazione aziendale e agli investimenti tecnologici.

Principali obiettivi operativi 2018 riferiti all'Area

❖ **Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale**

Miglioramento dei livelli di efficienza: tempi di degenza, degenza media preoperatoria, volumi attività area Chirurgica
Efficientamento processi di refertazione e consegna referti per interni/esterni (Anatomia Patologica)

❖ **Contributo alla riorganizzazione aziendale**

Contenimento Tempi di Attesa
Presa in carico Paziente Oncologico
Incremento spazi ambulatoriali dedicati alle 'Prime Visite'

❖ **Anticorruzione trasparenza e privacy**

Mantenimento del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) realizzato nel corso del 2017
Trasparenza / Visibilità Agende / Modalità di accesso
Cyber Security
Rispetto tempistiche e adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dell'Illegalità - Avvio formazione obbligatoria per il Personale

❖ **Richio Clinico / Qualità /Accreditamento**

Adozione del Piano di Rischio Clinico (02/2018)
Proseguire nel processo di Certificazione ISO - OECI
Adozione Piano Formativo Aziendale (02/2018)

Area di performance:

Area Strategica della Ricerca

all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati al potenziamento e allo sviluppo delle attività di ricerca in particolare nel campo della ricerca traslazionale.

Principali obiettivi operativi 2018 riferiti all'Area

- Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale

Impact Factor
Pubblicazioni
Pieno utilizzo piattaforma SMART

Di seguito la tabella con i principali indicatori legati agli obiettivi specifici che sono stati assegnati e valutati nel processo di programmazione operativa.

Area	Obiettivi Strategici di riferimento	Obiettivi Operativi	Indicatore
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	Numero Ricoveri Ordinari
			Numero Ricoveri DH/DS
			Numero Interventi con Robot
			N. pazienti dimessi compresi i trasferiti
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attivita di ricovero	Peso medio DRG Ricoveri Ordinari
			Peso medio DRG Ricoveri DH/DS
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali	Numero Prime visite
			Numero visite di controllo
			Numero indagini di laboratorio
			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica	Valore Medio prestazioni esterni
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza	Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza
			Numero Dimessi con DRG 467
			N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)
		Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale - Day Service	Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale
			Chirurgia Ambulatoriale - N° APA previsti da nomenclatore regionale
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	Costo dei Farmaci Totali
			Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)
			Costo Protesi
GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	Numero prestazioni interne richieste
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio	Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2)Post-operatorio entro settembre 2018
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media	Indice di operatività chirurgica
			Degenza media preoperatoria
			Degenza media
		Rispetto tempistiche debiti informativi	Rad non inviabili per eccessivo ritardo
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)
		Monitoraggio 'spazi operatori'	Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità	Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018	Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione
		Adozione del Piano Rischio Clinico	Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	n. studi clinici
			valore di impact factor
			percentuale utilizzo piattaforma SMART

Lo schema rappresentato delle Aree strategiche con i rispettivi obiettivi ed indicatori ha coinvolto tutta l'Azienda.

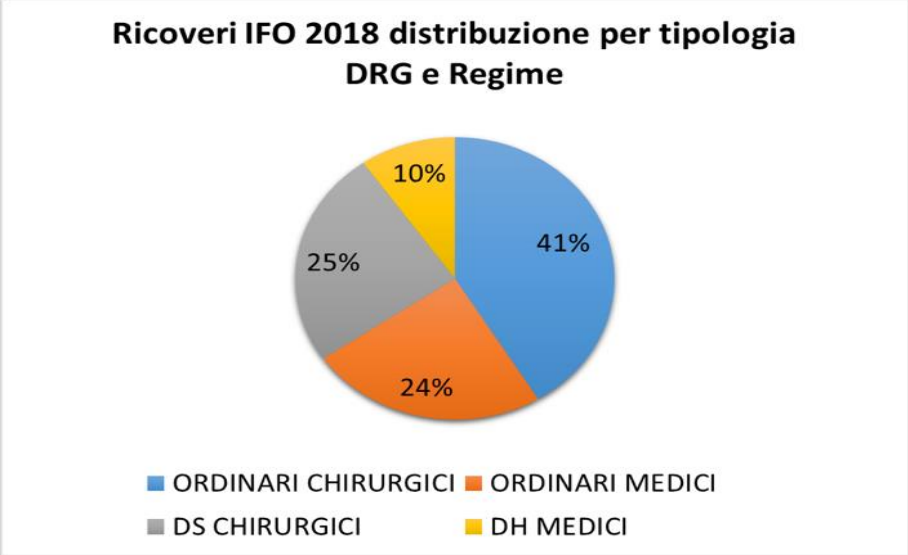
Per le strutture afferenti la Direzione Sanitaria (Direzione Medica di Presidio, Ditrar, Farmacia e BTMS) e per la tecno-struttura Amministrativa, afferente la Direzione Amministrativa sono stati declinati, sempre all'interno delle stesse aree di performance, obiettivi mirati, legati alle funzioni specifiche di ciascun CDR.

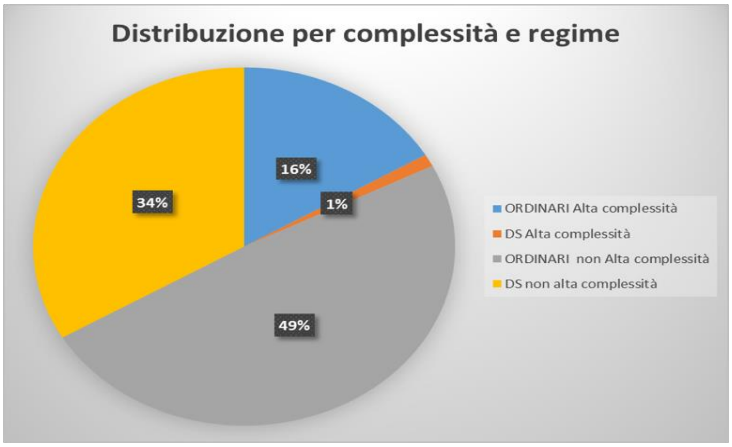
Sono stati obiettivi di

- rispetto delle tempistiche e degli adempimenti previsti da normativa nazionale e regionale
- aggiornamento delle procedure e dematerializzazione
- consolidamento delle funzioni di governo e monitoraggio
- revisione dei processi aziendali in termini di miglioramento soprattutto dei processi programmatori di attività

RISULTATI DI ATTIVITA'

Attività di Degenza

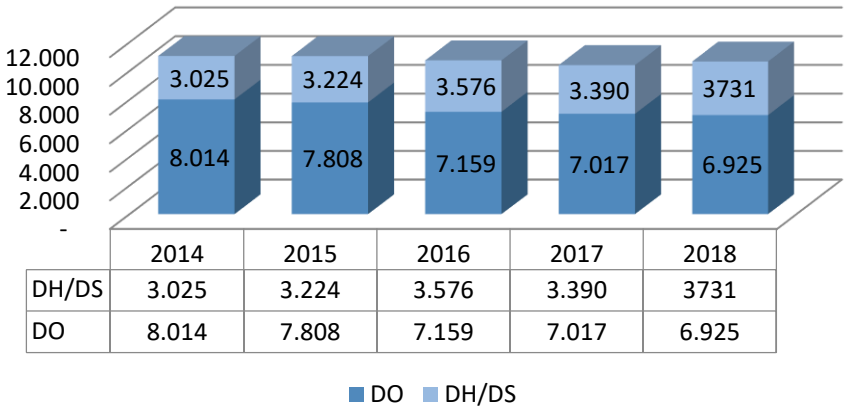




Caratteristiche della produzione IFO: forte componente Chirurgica Multispecialistica:

il 66% dei ricoveri è di tipo chirurgico, con una percentuale del 17% di ricoveri di Alta Complessità

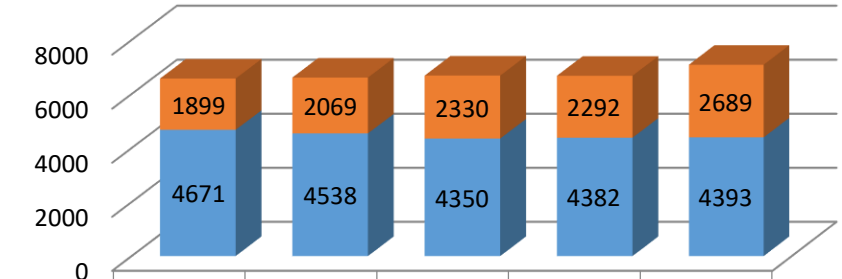
Numero dimessi totali IFO (Trend 2014-2018)



	2014	2015	2016	2017	2018
DH/DS	3.025	3.224	3.576	3.390	3731
DO	8.014	7.808	7.159	7.017	6.925

DO DH/DS

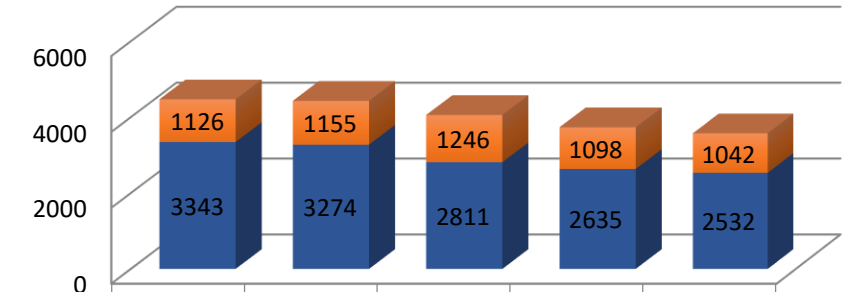
Numero dimessi ricoveri chirurgici (Trend 2014-2018)



	2014	2015	2016	2017	2018
DH/DS	1899	2069	2330	2292	2689
DO	4671	4538	4350	4382	4393

DO DH/DS

Numero dimessi ricoveri medici (Trend 2014-2018)

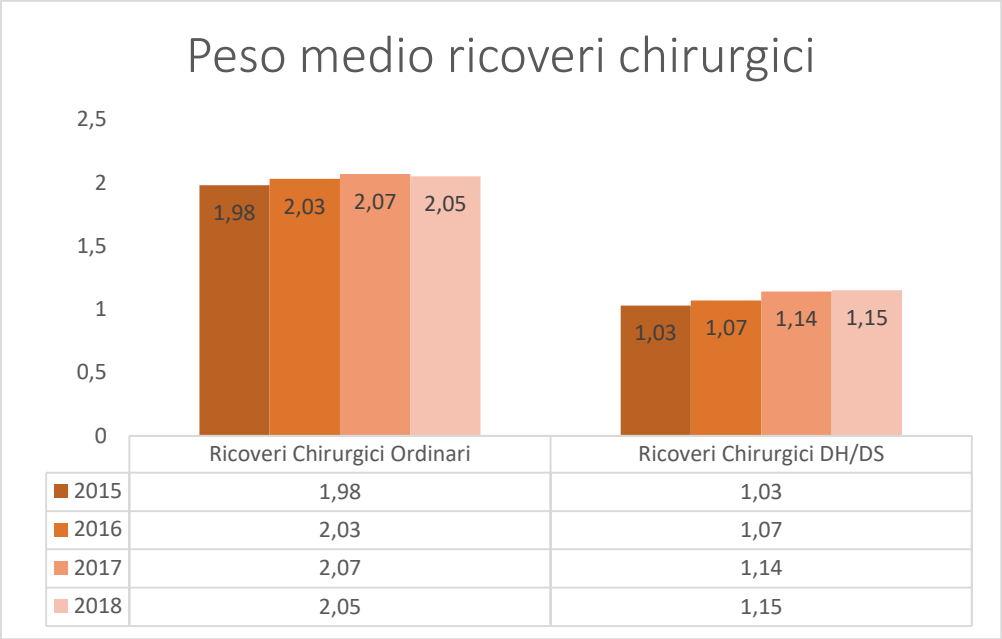


	2014	2015	2016	2017	2018
DH/DS	1126	1155	1246	1098	1042
DO	3343	3274	2811	2635	2532

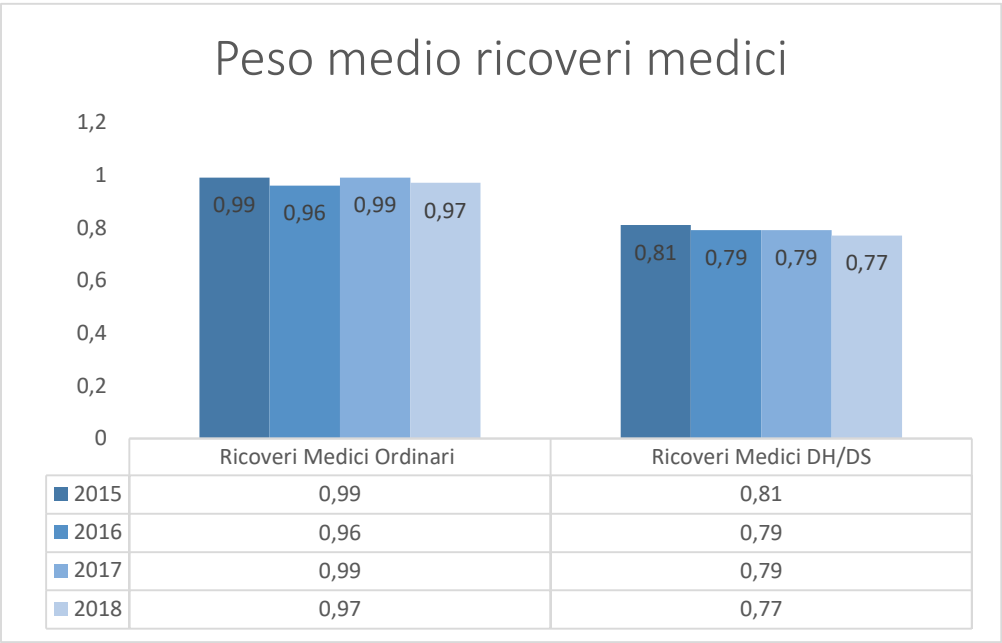
DO DH/DS

OBIETTIVO MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI RICOVERO

- Potenziamento dell'area chirurgica
- Potenziamento Day Surgery
- Riduzione dei ricoveri medici inappropriati



	Ricoveri Chirurgici Ordinari	Ricoveri Chirurgici DH/DS
2015	1,98	1,03
2016	2,03	1,07
2017	2,07	1,14
2018	2,05	1,15

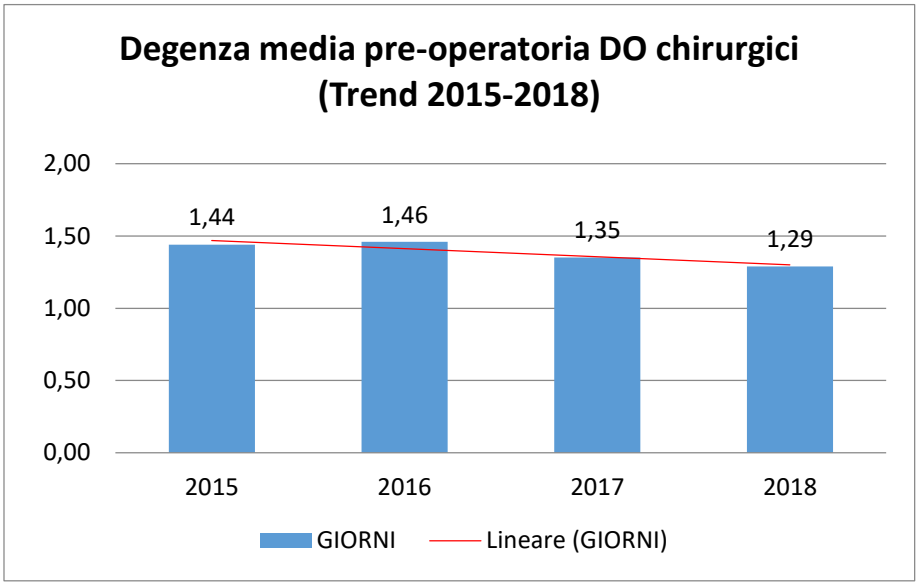


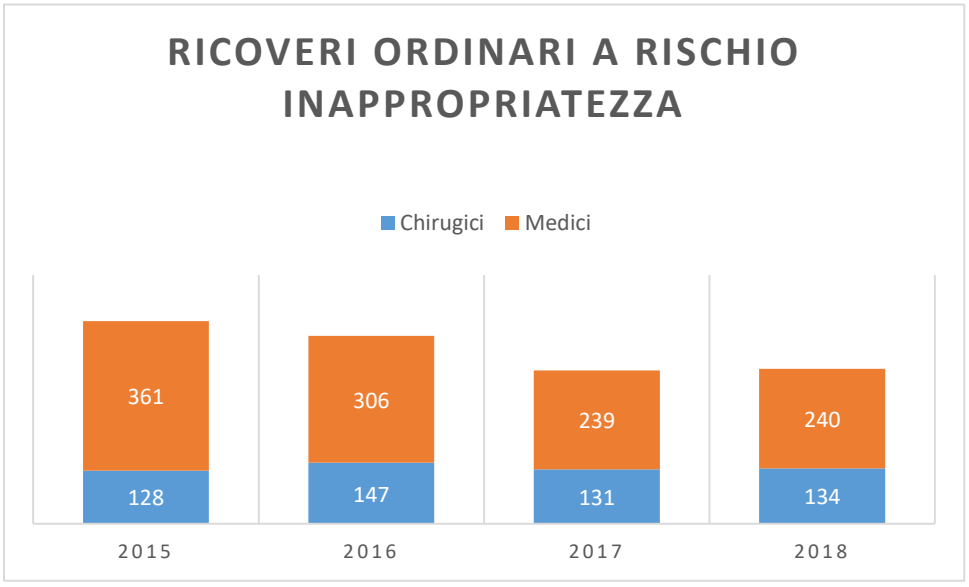
	Ricoveri Medici Ordinari	Ricoveri Medici DH/DS
2015	0,99	0,81
2016	0,96	0,79
2017	0,99	0,79
2018	0,97	0,77

OBIETTIVO DI MANTENIMENTO CASE MIX

Peso medio superiore a 2 per i ricoveri ordinari e maggiore di 1 per i Day Surgery

Peso medio stabile per i ricoveri medici

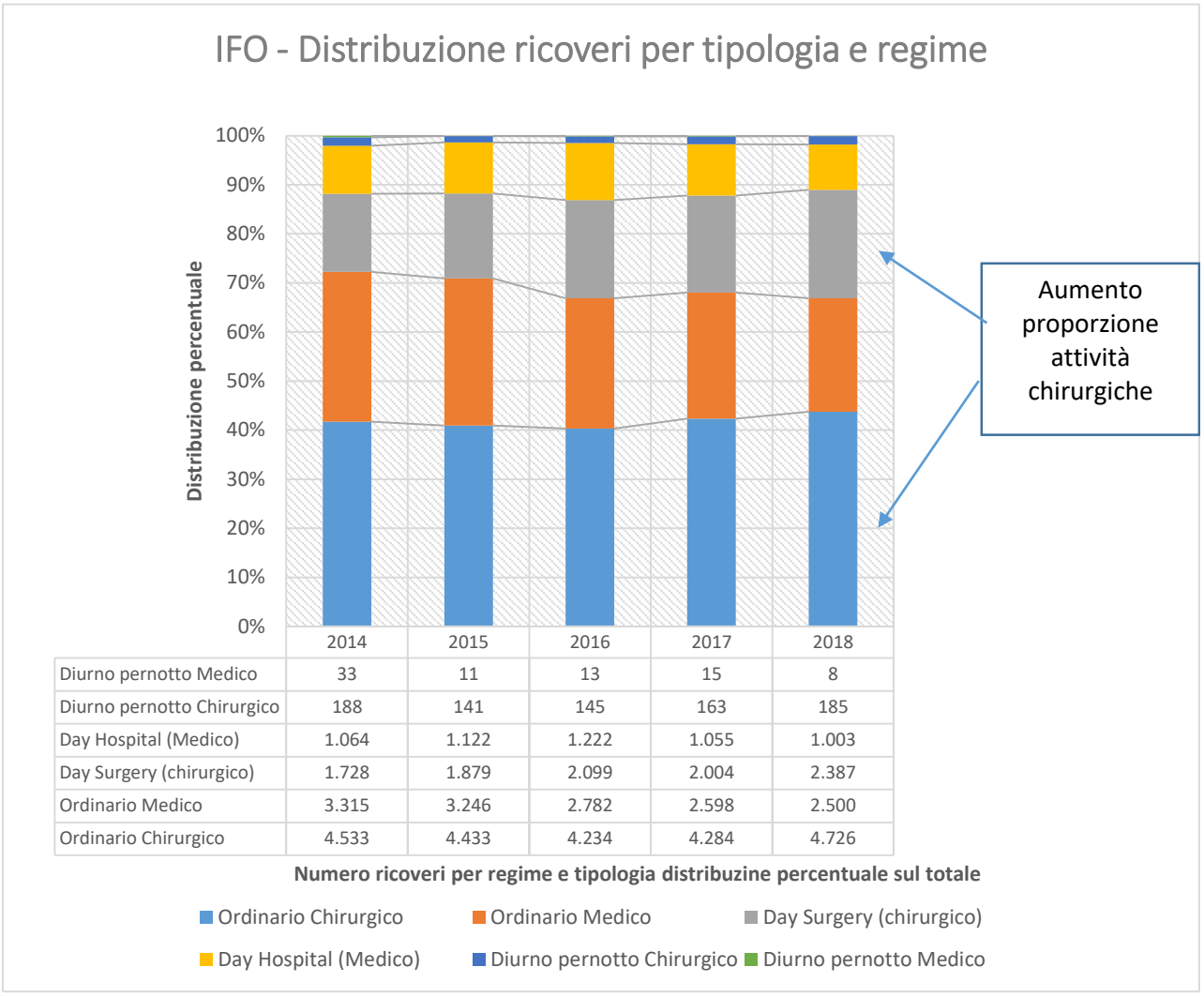




OBIETTIVI MIGLIORAMENTO EFFICIENZA ED APPROPIATEZZA:

Ulteriore riduzione degenza media preoperatoria

Riduzione inappropriatezza ricoveri medici



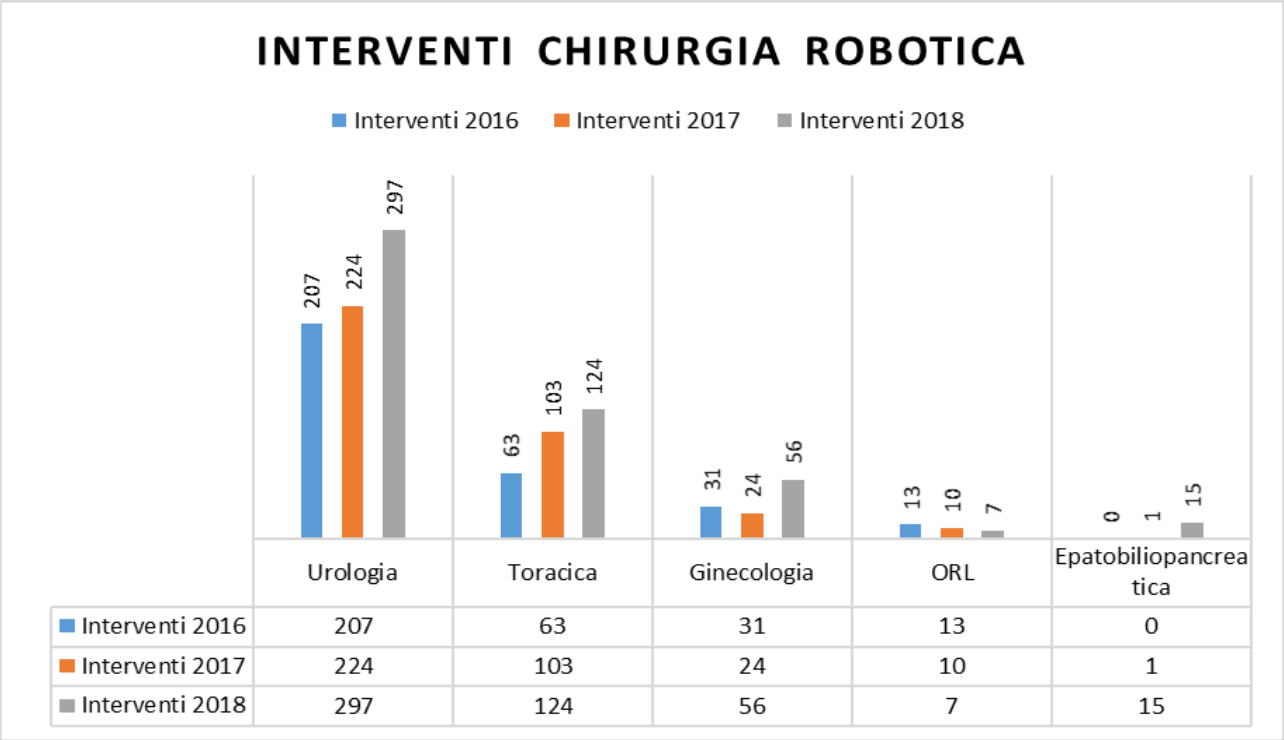
	2014	2015	2016	2017	2018
Diurno pernotto Medico	33	11	13	15	8
Diurno pernotto Chirurgico	188	141	145	163	185
Day Hospital (Medico)	1.064	1.122	1.222	1.055	1.003
Day Surgery (chirurgico)	1.728	1.879	2.099	2.004	2.387
Ordinario Medico	3.315	3.246	2.782	2.598	2.500
Ordinario Chirurgico	4.533	4.433	4.234	4.284	4.726

OBIETTIVO OTTIMIZZAZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE:

Efficienza nell'erogazione delle prestazioni, con una riqualificazione dell'assistenza ospedaliera mediante trasferimento di parte dell'attività di ricovero medico ordinario verso modalità di erogazione più appropriate, e verso regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse

In sintesi la produzione di ricovero mostra diversi punti di miglioramento:

- l'aumento dei ricoveri chirurgici,
- l'aumento della complessità dei casi trattati,
- la riduzione della degenza preoperatoria,
- l'incremento di attività in Day Surgery,
- lo spostamento di ricoveri medici, in particolare quelli per Chemioterapia da degenza ordinaria e dh ad attività ambulatoriale.



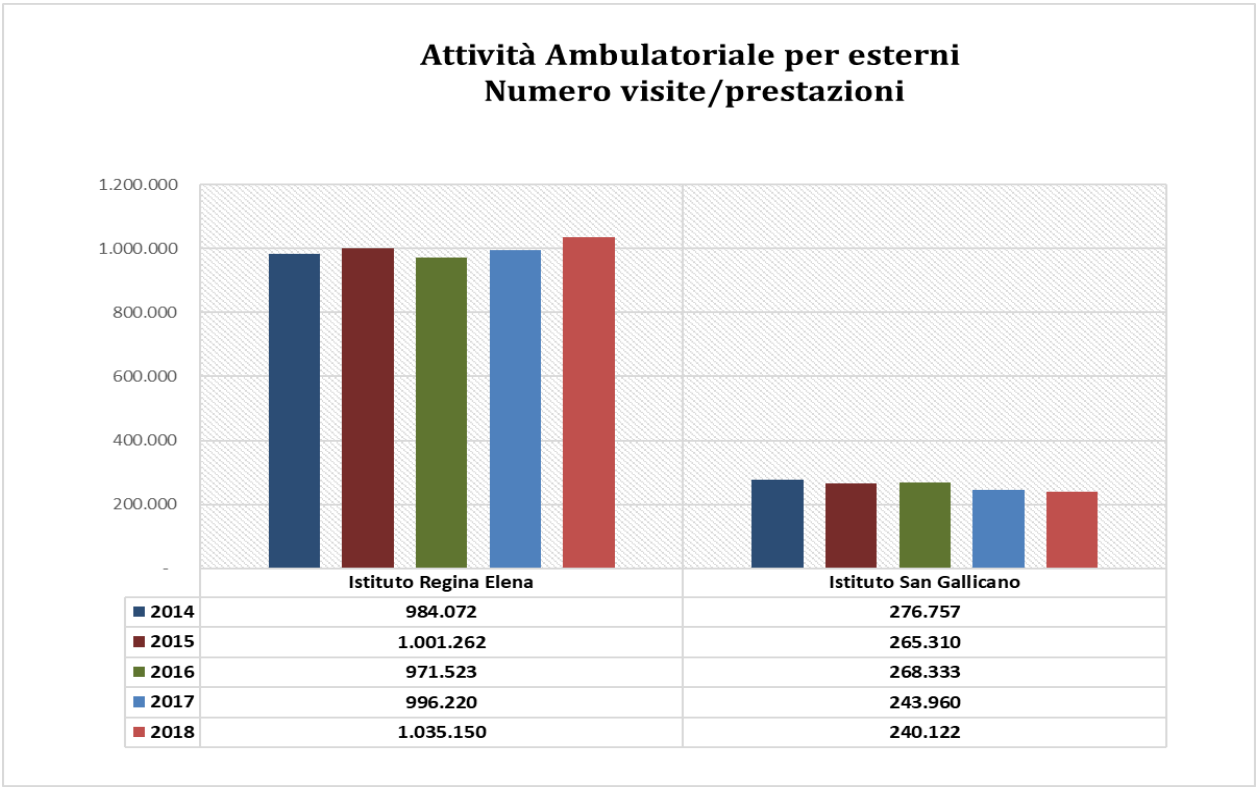
	Urologia	Toracica	Ginecologia	ORL	Epatobiliopancreatica
Interventi 2016	207	63	31	13	0
Interventi 2017	224	103	24	10	1
Interventi 2018	297	124	56	7	15

OBIETTIVO INCREMENTO ATTIVITA' ROBOTICA:

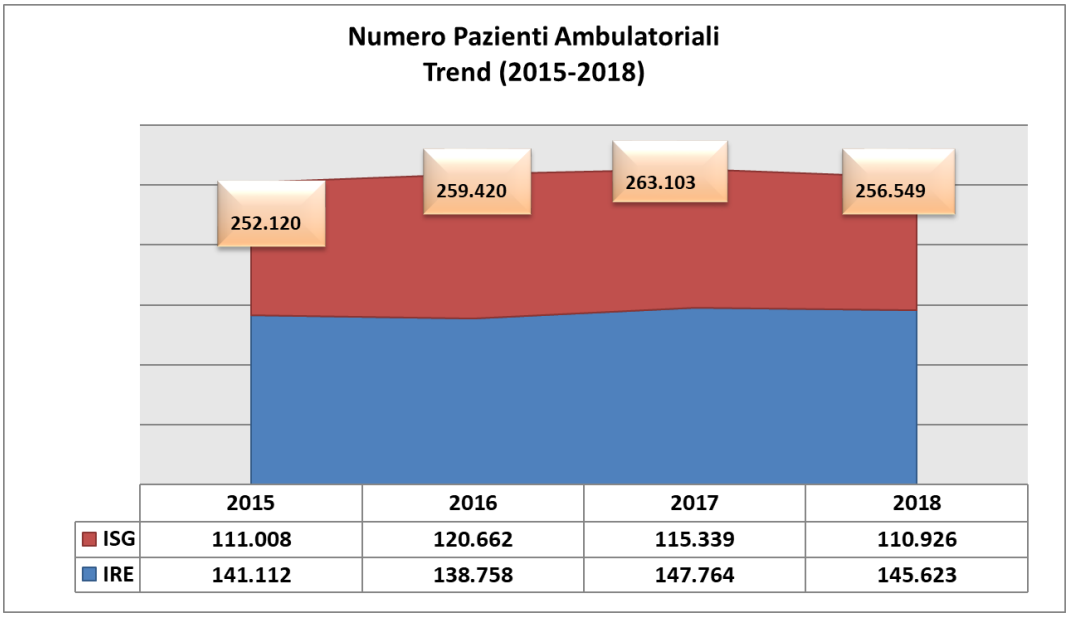
Nell'attività chirurgica, le tecniche innovative chirurgiche (robotica, mininvasività, etc) hanno subito un progressivo incremento come programmato raggiungendo, nel 2018, i circa 500 interventi con tecnica robotica a completa saturazione della capacità del robot chirurgico disponibile

I pazienti eleggibili sarebbero un numero maggiore, non trattabili senza un secondo robot di seconda generazione, da programmare nel piano degli acquisti di grandi tecnologie.

Attività di Specialistica Ambulatoriale



	Istituto Regina Elena	Istituto San Gallicano
2014	984.072	276.757
2015	1.001.262	265.310
2016	971.523	268.333
2017	996.220	243.960
2018	1.035.150	240.122



	2015	2016	2017	2018
ISG	111.008	120.662	115.339	110.926
IRE	141.112	138.758	147.764	145.623

L'attività ambulatoriale degli IFO è sempre stata caratterizzata da una elevata specializzazione in particolare nei settori della Diagnostica per Immagini, della Diagnostica Laboratoristica e di attività ad alta complessità come Medicina Nucleare e Radioterapia.

Per queste due ultime linee di attività nel 2017 sono stati avviati progetti per incrementare la produzione, anche su 'mandato' Regionale.

Anche per il 2018 è proseguito il trend di crescita per la Radioterapia e per la Medicina Nucleare per le attività PET.

Per quanto riguarda le prime visite ambulatoriali la riduzione rilevata è dovuta principalmente alla riorganizzazione della modalità di accesso alle prime visite di dermatologia clinica con criteri di appropriatezza e priorità.
L'obiettivo di questa riorganizzazione è stato quello di assicurare l'esecuzione di visite dermatologiche in tempi certi a pazienti che presentino malattie dermatologiche rilevanti e di gestire la loro presa in carico in modo appropriato.
Una riorganizzazione quindi verso una maggiore complessità delle attività svolte, è in linea con il piano strategico dell'Ente che identifica l'Istituto San Gallicano come di struttura di secondo livello

Specialistica Ambulatoriale	2016	2017	2018	DELTA	
Prime visite	107.566	92.850	80.734	-25%	↓
Controlli	112.026	113.810	118.152	5%	↑
Indagini di Laboratorio	651.034	661.670	669.421	3%	↑
Diagnostica Radiologica	59.132	58.740	63.469	7%	↑

Tipologia	2014	2015	2016	2017	2018	Delta percentuale
Prestazioni Radioterapia	91.141	105.263	130.360	141.881	166.643	83%
PET	3.319	3.563	4.257	4.684	5.188	56%

Le prestazioni di PET e Radioterapia hanno mostrato un importante incremento nel quinquennio 2014-2018. Il confronto 2018 vs 2016 mostra un incremento di prestazioni di Radioterapia pari al 28% e di PET pari al 22%.

In ambito radiologico, sono aumentate Ecografie, TAC, Mammografie e Risonanze Magnetiche.

Tipologia esami	2016	2017	2018	DELTA
Ecografie	14.738	15.793	17.683	20%
Mammografie	1.948	2.176	2.233	15%
Risonanze	4.460	4.921	5.711	28%
TAC	15.444	16.220	16.742	8%

La produzione ha ottenuto, in sintesi, i seguenti risultati:

Istituto Regina Elena

- Potenziamento delle attività chirurgiche (ordinarie e DS) sia in termini di volumi che di complessità della casistica (peso medio dei DRG chirurgici in aumento)
- Potenziamento della Chirurgia Robotica
- Diminuzione dei ricoveri medici con spostamento delle attività in regimi assistenziali più idonei (DH e regime ambulatoriale, es. Chemioterapia)
- Potenziamento delle attività ambulatoriali e di terapia/diagnostica radiologica, in particolare della Radioterapia e della medicina Nucleare
- Potenziamento delle attività di Diagnostica RM/TC/Eco
- Potenziamento delle attività specialistiche ad alta complessità

Istituto San Gallicano

- Trasferimento di tutta l'attività di ricovero ordinario verso regimi assistenziali più appropriati (Day Hospital e Ambulatoriale)
- Potenziamento delle attività chirurgiche in DS con incremento dell'appropriatezza.
- Potenziamento delle attività ambulatoriali in termini di appropriatezza
- Sviluppo delle attività di Diagnostica non invasiva
- Sviluppo delle attività di Chirurgia rigenerativa della cute.

Attività di Ricerca

Gli ultimi cicli di programmazione operativa degli Istituti hanno visto un maggior focus sugli obiettivi di ricerca per tutte le UU.OO assegnando alla valutazione di performance dei risultati ottenuti un peso pari al 20% della valutazione complessiva.

I target sugli obiettivi operativi programmati sono stati definiti dalle Direzioni Scientifiche dei due Istituti.

Come obiettivi specifici di contributo all'implementazione dell'attività scientifica sono stati individuati:

. Incremento Impact Factor

. Incremento Studi Clinici

. Utilizzo Piattaforma Smart

Di seguito i risultati con i quali sono stati valutate le performance dei Cdr rispetto agli obiettivi assegnati.

Istituto Regina Elena

Dipartimento Oncologico	**IFg**			**STUDI CLINICI***		**Utilizzo SMART (%)[a]**
Struttura	**IFg 2018** (genn-dic)	**n. pubblicazioni**	**Target IFg 2018**	**Studi app. CE 2018** (genn-dic)	**Target 2018**	
Anestesia Rianimazione e terapia	**8.691**	5	**10,810**	3	**1**	100
Chirurgia Senologica e tessuti molli	**11.258**	3	**16,628**	0	**n.r.**	-
Chirurgia digestiva	**8.322**	4	**8,173**	0	**n.r.**	-
Chirurgia Epatobiliopancreatica	**24.502**	36	**25,548**	1	**1**	100
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	**6.178**	3	**6,419**	0	**1**	-
Chirurgia Toracica	**62.576**	40	**42,988**	1	**1**	np
Neurochirurgia	**16.045**	7	**18,778**	0	**1**	100
Ortopedia	**67.724**	11	**12,993**	1	**0**	100
Ginecologia	**44.137**	17	**58,556**	0	**3**	100
Otorinolaringoiatria	**28.383**	12	**26,192**	1	**1**	100
Urologia	**141.287**	18	**54,682**	1	**2**	np
Endocrinologia	**21.735**	8	**2,184**	0	**3**	100
Gastroenterologia ed Endoscopia Diges	**5.165**	2	**4,031**	1	**0**	100
Neuroncologia	**41.955**	14	**52,983**	1	**5**	100
Oncologia medica 1	**282.143**	49	**314,351**	24	**30**	100
Oncologia medica 2	**105.899**	20	**93,043**	8	**8**	100
Ematologia	**67.619**	24	**68,062**	4	**5**	100
Psicologia	**1.844**	1	**4,691**	1	**2**	100
Fisiopatologia Respiratoria	**0**	0	**0,000**	1	**0**	100
Cardiologia	**2.000**	1	**0,000**	0	**n.r.**	-
Psichiatria	**2.219**	1	**0,000**	0	**n.r.**	-

Dipartimento Diagnostica	IFg			STUDI CLINICI*		SMART (%)[a]
Struttura	IFg 2018	n. pubblicazioni	Target IFg 2018	Studi app. CE 2018	Target 2018	%
Anatomia patologica	**238.169**	71	**229,023**	0	**0,33**	50
Fisica Medica	**63.111**	20	**81,240**	2 #	**0,67**	100
Medicina nucleare	**17.404**	4	**1,686**	1,5#	**1,00**	100
Patologia clinica	**40.553**	38	**48,784**	0	**0,33**	100
Radiologia	**80.044**	16	**29,840**	0	**1,00**	-
Radioterapia	**47.052**	8	**64,982**	4	**2,67**	100
Diagnostica Avanzata e Innovazione	**IFg 2018**	**n. pubblicazioni**	**Target IFg 2018**	**Studi app. CE 2018***	**Target 2018**	**%**
Biostatistica	**333.983**	75	**230,072**	1	**0**	100
Servizio di Epidemiologia	**3.348**	4	**2,040**	0	**1**	-
Immunologia e Immunoterapia dei tum	**87.724**	14	**56,573**	2,5#	**1,00**	100
Modelli Preclinici e Nuovi Agenti Terap	**100.523**	19	**62,662**	0	**0,00**	100
Network Cellulari e Bersagli terapeutici	**61.984**	13	**89,614**	1,5 #	**0,00**	100
Oncogenomica e Epigenetica IFG	**192.530**	29	**167,892**	4	**2,00**	100
SAFU	**168.911**	29	**119,666**	0,5 #	**0,67**	100
Direzione Scientifica IRE	**232.859**	32	**207,131**	0	**0,33**	100

	IFg			STUDI CLINICI*		SMART (%)[a]
Altre Strutture	**IFg 2018**	**n. pubblicazioni**	**Target IFg 2018**	**Studi app. CE 2018***	**Target 2018**	
Farmacovigilanza	**3.923**	2	n.r	0		-
Immunoematologia e Medicina Trasfusi	**9.790**	2	n.r			-
Biblioteca	**6.887**	2	n.r.			-
Altro (Dr. Luigi Toma - Infettivologo IRE/	**10.239**	3	n.r	1		np

* dati riferiti a studi CLINICI PROSPETTICI o studi CLINICI RETROSPETTIVI nell'ambito di ACC (e/o retro-

presenti studi "condivisi" con PI appartenente ad altra unità/servizio; tali studi sono stati attribuiti al 50% ad ogni unità/servizio di riferimento

[a] SMART= aggiornamento dati nei tempi/modalità richiesti (100% aggiornati TUTTI gli studi della UOC/UOSD/servizio ENTRO scadenza; np= non pervenuto alcun dato/aggiornamento)

in giallo le uoc/uosd e le attività che non hanno raggiunto il target previsto per il 2018

Istituto San Gallicano

STRUTTURE	IF 2018 reale	n° studi attivate/finalizz.	volume finanziamenti	USO SMART
UOC FISIOPATOLOGIA CUTANEA	86,188	N.A.	€ 415.336,00	> 50%
UOC DERMATOLOGIA CLINICA	46,237	3	N.A.	> 50%
UOSD DERM. MST,AMBIENTALE TROPICALE E IMMIGRAZIONE	78,276	12	N.A.	> 50%
UOSD DERMATOLOGIA ONCOLOGICA E PREVENZIONE	12,717	2	N.A.	> 50%
UOSD DERMATOPATOLOGIA	39,804	0	N.A.	> 50%
UOSD PATOLOGIA CLINICA	32,512	1	N.A.	> 50%
UOSD CHIRURGIA PLASTICA	15,012	3	N.A.	> 50%
UOSD PORFIRIE	7,466	1	N.A.	> 50%
UOSD RADIOLOGIA	5,817	0	N.A.	> 50%

BUON USO DELLE RISORSE

La programmazione 2018 ha anche visto l'Ente impegnato su una maggiore attenzione al monitoraggio delle attività ed al controllo dei consumi attraverso l'adozione di azioni quali:

- consolidamento delle funzioni del "farmacista di sala operatoria"
- attività periodiche del " Gruppo Buon Uso del Farmaco";
- attività di monitoraggio e reportistica mensili da parte della Farmacia sull'andamento dei Farmaci in File F sia per la Direzione Strategica che per i singoli CdR.

Queste azioni hanno conseguito un rafforzamento delle funzioni di farmaco-economia e farmaco-epidemiologia, una maggiore appropriatezza nell'uso dei farmaci del File F e una migliore gestione degli approvvigionamenti dei presidi, in particolare di quelli ad alto costo per il blocco operatorio.
Si è lavorato con i chirurghi per l'utilizzo appropriato dei DM e standardizzazione (quali/quantitativa) della tipologia di DM per tipo di intervento.
Attraverso anche il Comitato per il Buon Uso del Farmaco, sono state specificate le aree di miglioramento e monitoraggio che sono consistite nel funzionamento più efficace dei registri di monitoraggio AIFA, la progressiva sostituzione, come da posizione AIFA, dei biosimilari di infliximab e etanercept ai prodotti branded.
Inoltre i registri di monitoraggio hanno consentito di ottenere note di credito dalle aziende farmaceutiche e garantiscono l'uso dei farmaci secondo il decreto di immissione in commercio e la relativa indicazione autorizzata AIFA

Spesa farmaceutica 2018

La spesa per i farmaci sostenuta dagli Istituti per l'anno 2018 ha registrato un incremento rispetto al budget concordato del 7% circa.

Tale incremento è dovuto principalmente all'aumento del numero dei pazienti in oncologia e ematologia trattati con farmaci innovativi ad alto costo che hanno di fatto allungato la sopravvivenza e quindi aumentato anche il numero di trattamenti per singolo paziente.

Le patologie che maggiormente hanno beneficiato di tali farmaci sono il melanoma metastatico, il carcinoma del polmone e i linfomi in ambito ematologico.

Come detto i dati di spesa sono stati costantemente monitorati e mensilmente sono stati prodotti report per le UU.OO. e per la Direzione.

L' appropriatezza delle terapie erogate è stata garantita dal preciso e puntuale controllo dei Registri predisposti da AIFA.

L'introduzione e il consolidamento di farmaci biosimilari di interesse dermatologico ha consentito il contenimento dello scostamento.

Spesa per dispositivi medici 2018

La spesa per i dispositivi medici nel 2018 è stata in linea con il programmato.

CERTIFICAZIONE E RISCHIO CLINICO

Gli Istituti considerano inscindibili la Qualità, il Rischio Clinico e l'Accreditamento, elementi essenziali della Clinical Governance, secondo i più recenti orientamenti organizzativi e scientifici.

In base alle direttive della Direzione Strategica, della Regione e delle Raccomandazioni Ministeriali, con il sistema Qualità si attuano le seguenti azioni:

- elaborazione degli strumenti programmatori quali il Piano della Qualità e il Piano per la gestione del Rischio clinico degli Istituti IRE ISG
- elaborazione di Protocolli, Procedure, Istruzioni Operative secondo criteri Evidence Based e normativa vigente nonché fornire il supporto alle strutture clinico-assistenziali fornendo strumenti metodologici per il recepimento di Linee Guida di Società Scientifiche accreditate
- attività di verifica e valutazione del Sistema Qualità per il mantenimento del processo di Certificazione ISO 9001:2015 e degli Accreditamenti istituzionali e scientifici (es. Organization of European Cancer Institutes (OECI); Joint Accreditation Committee-ISCT Europe & EBMT (JACIE)) utili a sostenere il titolo di Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dei processi di certificazione e accreditamento della Banca del Tessuto Muscolo Scheletrico e della Banca del Tessuto Ovarico secondo indicazioni del Centro Nazionale e Regionale trapianti
- coordinamento del processo di gestione del rischio clinico relativamente alle attività sanitarie, ricerca e di supporto con il coinvolgimento dei professionisti sanitari, tecnico-amministrati e di ricerca, attraverso:
  - ✓ Elaborazione di un documento di mappatura dei rischi correlati alla clinica e all'assistenza e alla ricerca;
  - ✓ Definizione di modalità per l'organizzazione e svolgimento degli audit;
  - ✓ Proposizione di iniziative finalizzate alla prevenzione del rischio clinico ivi incluso la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (es. comitato per il controllo delle ICA, Programma di Antimicrobial Stewardship)
  - ✓ definizione dei piani di aggiornamento, di didattica e di ricerca scientifica "specifici" sulla qualità e sicurezza delle cure in coerenza ai bisogni formativi rappresentati all'interno dell'Ufficio Formazione.

Nella programmazione operativa 2018 sono stati assegnati alle UU.OO. degli obiettivi di Qualità e Rischio clinico su azioni e risultati monitorati.

Per quanto riguarda la Certificazione e Accreditamento questi i risultati conseguiti a livello aziendale, risultati ai quali hanno concorso tutti Centri di Responsabilità (CdR).

	UUOO coinvolte in IFO	Ente	ultimo anno di conseguimento
Certificazione di Qualità	**Tutti i reparti e servizi**	**ISO9001**	**2018**
Accreditamento	**Tutti i reparti e servizi**	**OECI**	**2015 e step intermedi 2017 e 2018**
Accreditamento	**Ematologia per i trapianti di cellule staminali**	**JACIE**	**2014 e step intermedio 2018**
Certificazione di Qualità	**SIMT**	**CRS, ASL**	**2018**
Accreditamento	**CENTRO FASE 1**	**AIFA**	**2018**
Certificazione di Qualità	**BTMS**	**CNT, CRT**	**2018**
Certificazione di Qualità	**BTO**	**CNT, CRT**	**2018**

TEMPI DI ATTESA

Uno dei temi su cui si è lavorato molto nel corso del 2018 è quello dei tempi di attesa.
In continuità con il DCA 437/2013 "Governo dei tempi di attesa 2013-2016" la Regione Lazio ha approvato il "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2016/2018 aggiornamento del piano regionale 2013/2016 per le prestazioni ambulatoriali, criteri di individuazione degli ambiti di garanzia, progetti straordinari per abbattimento liste attesa"
Le linee di intervento del piano sono :

- ✓ Adozione di sistemi di prioritarizzazione:
- ✓ Indicazione da parte del medico della priorità di accesso e del quesito diagnostico
- ✓ Le agende strutturate per priorità di accesso
- ✓ Monitoraggio continuo del sistema
- ✓ Netta separazione dei canali per le diverse modalità di accesso, garanzia di sistemi di prenotazione basati sulla priorità:
- ✓ Primo accesso: Urgente 72h, breve 10 gg. Differito 30 gg per visite, 60 gg per esami, programmato 180 gg
- ✓ Controlli successivi per la presa in carico del paziente tenuto conto dei PTDA, pronotati dal medico specialista o dalla struttura
- ✓ Coerenza con il Catalogo Unico Regionale
- ✓ Prenotazione tramite Recup, CupAziendale

In linea con le indicazioni regionali contenute nel Piano si è operato per

- ✓ Rendere trasparenti le agende anche quelle gestite da IFO
- ✓ Strutturare le agende di primo accesso in classi di priorità
- ✓ Collegamento di tutti i codici mnemonici interni delle prestazioni ambulatoriali al catalogo unico regionale

PROGETTI 2018

Di seguito una breve sintesi di alcuni dei principali progetti di sviluppo sui cui hanno lavorato gli IFO nel corso del 2018

FASE 1

Il centro clinico di Fase 1 in IFO è stato ri-modulato dal punto di vista strutturale e organizzativo da gennaio ad agosto 2018. L'autocertificazione di congruità ai requisiti è stata inviata all'AIFA il 16 luglio 2018 e, nella prima settimana (4-7) di settembre, è stata condotta la visita di verifica dei requisiti strutturali, organizzativi, procedurali, competenziali e documentali.
Il Centro Clinico di fase 1 ha, quindi:

- N. 5 posti letto di DH e n. 2 di ricovero h24
- Tecnologie per il monitoraggio e la sorveglianza dei pazienti come una terapia sub-intensiva
- Personale dedicato
- Una rete di UUOO di supporto e Professionisti per ogni tipo di studio preparati secondo la Determina AIFA 809/2015
- Certificazione di conformità dell'AIFA per gli studi di fase 1.

Dal mese di ottobre 2018 si è avviata l'attività clinica con il reclutamento dei primi 16 pazienti inclusi in uno studio dermatologico di Fase 1.
Lo sviluppo della Fase 1 inserisce un tassello nella rete oncologica, dermatologica, venereologica regionale, in modo da rendere ogni struttura sanitaria regionale potenzialmente attrattiva verso studi di fase 1 e fase II precoce, che richiedono comunque ambienti protetti, organizzazione strutturata e un set di professionisti dedicati.

INTENSITA' DI CURA

Nel maggio 2018 si è avviato in IFO un processo culturale e organizzativo che ha avuto la sua matrice nel Piano Strategico, nella esigenza di trasformazione organizzativa per piattaforme e intensità/durata di degenza, e sviluppo di modalità diverse di assistenza ai pazienti e di relazione tra ambiti gestionali.
Sono state valutate le dimensioni critiche, la fattibilità reale del progetto, sono stati aperti tavoli di confronto e sono stati affinati i percorsi di selezione del personale infermieristico per supportare le modificazioni organizzative.
Il modello organizzativo alla base dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura prevede l'accoglienza del paziente in un'area appropriata in base al bisogno clinico assistenziale. L'attribuzione del livello di cura richiesto consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata quindi a specifiche alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità clinico - assistenziale (medica e infermieristica).
Ad indicare il setting più appropriato di assistenza è innanzitutto la valutazione diagnostica e il tipo di trattamento chirurgico , che attribuiscono al paziente il livello di priorità e orientano verso l 'unità operativa nella quale riceverà le cure prescritte, secondo uno specifico grado di intensità.
Negli IFO sono stati pensati tre livelli di intensità, per l'area chirurgica

- alta intensità: Rianimazione e Terapia Intensiva, Blocco Operatorio
- media intensità: degenze per aree funzionali: UUOO chirurgiche 7/7 - WeeKSurgery
- bassa intensità: Day Surgery

Per la gestione dell'assistenza infermieristica, nei settori di alta intensità, sono previste specifiche indicazioni normative per la dotazione di risorse umane e tutto il personale segue i pazienti "a vista". Nei settori a media intensità /complessità, con la presenza dei case manager nel percorso clinico assistenziale del paziente, si ampliano i processi di integrazione e i momenti comuni tra medici ed infermieri, con la necessità di disporre di strumenti comuni per garantire la continuità delle informazioni e della presa in carico globale del paziente.
Nei settori di degenza breve e chirurgia diurna, d'altro canto, sono necessari piani educativi e di adesione al fast track chirurgico che garantiscano l'autocontrollo del paziente dopo la dimissione. Inoltre, in questi setting, le attività educative per la fase post dimissione, devono essere individuate precocemente, in ragione dei tempi di degenza ridotti.

PROGETTO ACCOGLIENZA PAZIENTE ONCOLOGICO IFO

Lo slogan degli Istituti è "la *Persona* prima di tutto". La frase rappresenta in pieno l'anima del progetto dedicato alla semplificazione di accesso, accoglienza e informazione per gli assistiti degli Istituti.. L'obiettivo è consentire di prenotare ed organizzare tutte le prestazioni necessarie al percorso di diagnosi e cura in ambienti confortevoli, prossimi agli ambulatori e gestiti da personale formato a fornire accoglienza e informazioni, in un
' ottica di centralità della persona. Non è più il paziente a girare e cercare di organizzare il suo percorso diagnostico e di cura ma è l'organizzazione che lo accompagna, lo indirizza e lo supporta. In fase preliminare è stata condotta una attenta analisi che ha poi consentito la riprogettazione critica del processo di accettazione, accoglienza e presa in carico del paziente al fine di soddisfare i bisogni e le aspettative di servizio dell'utenza.

1.1 OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'obiettivo del progetto in sintesi è sostenere e facilitare innanzitutto il paziente oncologico, particolarmente debole a livello emotivo e fisico, in un'ottica *patient centered*, trasformando gli adempimenti amministrativi in "momenti" di orientamento, di cura e programmazione del percorso clinico. Farlo sentire preso per mano e guidato. La riprogettazione del processo di accoglienza, informazione e presa in carico è comunque a vantaggio di tutti, del paziente e dei suoi familiari, di tutti gli operatori della sanità, compresi i medici di famiglia ai quali i nostri pazienti non dovranno più rivolgersi per richiedere prescrizioni. Si è inteso favorire così una maggiore consapevolezza e responsabilità a tutti i livelli. Un approccio centrato sul paziente coinvolge il contesto di erogazione delle cure nella sua totalità e si poggia da un lato sulla dimensione relazionale, basata su fattori qualitativi della relazione tra paziente e operatore e tra paziente e professionista, dall'altro su una dimensione organizzativa, basata su fattori quali la gestione del personale, la standardizzazione ed automazione dei processi e l'organizzazione delle infrastrutture fisiche.

Riguardo la dimensione relazionale abbiamo posto l'attenzione all'ascolto quale caratteristica di base e fondamentale per dar vita ad una buona comunicazione, che favorisca la costruzione della relazione empatica in modo da comprendere il reale bisogno dell'utente. Offrire quindi il supporto informativo necessario e contenere il senso di disorientamento e di incertezza che la diagnosi, la molteplicità di informazione e lo stesso ambiente ospedaliero, insieme all'avvio di un percorso oncologico, possono generare e amplificare.

Sul fronte organizzativo l'obiettivo è rimuovere le "barriere" organizzative e introdurre una adeguata flessibilità nella gestione del personale; garantire a livello di infrastruttura fisica, accessibilità, accoglienza, comfort e privacy e infine automatizzare e standardizzare i processi.

IL PROGETTO PILOTA

All'interno del più ampio progetto 'Accoglienza Paziente IFO" che coinvolge l'intero Istituto ed il contesto di erogazione delle cure nella sua totalità, è stato avviato come 'progetto pilota' lo Sportello Oncologico. La riorganizzazione delle attività di accoglienza e accettazione è partita dall'Oncologia Medica nel gennaio 2018.

Il progetto messo a punto e ottimizzato verrà esteso nel corso del 2019, in step graduali, alle altre due aree principali degli Istituti: chirurgica e dermatologica.

L'attivazione di uno "sportello oncologico" dà al paziente la possibilità di prenotare subito - dopo la prima visita o la visita di controllo e/o in post-dimissione - tutte le prestazioni necessarie al suo percorso di cura, in un luogo «adeguato» alle sue esigenze e in una situazione di comfort che gli permette un ascolto attivo ed una relazione proattiva.

Nella fase propedeutica sono stati individuati spazi idonei e confortevoli in prossimità degli ambulatori per le visite oncologiche dove sono state allestite due postazioni con personale amministrativo. Sono state quindi organizzate e configurate le agende in modo da consentire agli operatori di pianificare e prenotare le prestazioni prescritte secondo le tempistiche stabilite dagli specialisti. Insomma il paziente esce dalla visita e va subito a prenotare ed organizzare, insieme al personale dedicato, tutti gli approfondimenti e appuntamenti successivi.

Il progetto è un importante supporto all'approccio integrato e multidisciplinare che avviene attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e il Desease Management Team (DMT).

Nelle oncologie della Regione Lazio siamo stati i primi ad aver avviato un progetto pilota in questo settore ed Presidente Nicola Zingaretti* lo ha indicato quale modello sperimentale da esportare poi in tutti i presidi ospedalieri della nostra regione anche su altre patologie.

1.2 COME FUNZIONA IL PROGETTO PILOTA

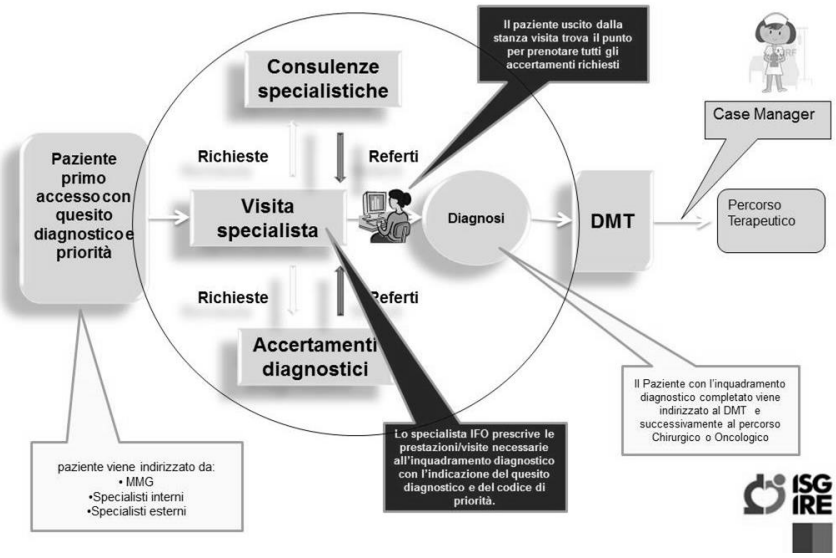


Immagine Descrizione del percorso di inquadramento diagnostico del paziente e dell'avvio al percorso terapeutico

Le azioni che la persona effettua oggi in base al progetto pilota sono:

1) Il paziente accede alla visita oncologica con quesito diagnostico e priorità indicate dal medico di medicina generale o da uno specialista interno all'istituto o da altro specialista.
2) Dopo la visita si reca in una stanza adiacente agli ambulatori dove un operatore provvede a prenotare, in base alle prescrizioni e al codice di priorità indicato, tutte le prestazioni necessarie all'inquadramento diagnostico.
   Qui riceve e può approfondire tutte le informazioni organizzative di cui necessita.
3) Il paziente una volta avuta la diagnosi viene indirizzato al Desease Management Team (DMT), se è un caso complesso e in un ottica di medicina personalizzata e di precisione, quindi inizia il proprio percorso terapeutico chirurgico e/o oncologico,.

Immagine In sintesi il percorso di inquadramento diagnostico del paziente

1.3 RISULTATI DELL'ATTIVAZIONE DELLO SPORTELLO ONCOLOGICO

I dati rilevati nei 12 mesi di attivazione, monitorati trimestralmente, evidenziano 3 importanti risultati:

a) riduzione dei tempi di attesa per il completamento del percorso diagnostico;
b) aumento del numero di prestazioni erogate dagli istituti;
c) miglioramento del livello di coinvolgimento e consapevolezza del paziente e degli operatori.
Le criticità emerse sono state affrontate direttamente sul campo e nel contempo si è costruita una buona base dati per il monitoraggio delle attività, in particolare del dettaglio della provenienza dei pazienti (ASL di appartenenza), la tipologia di indagini diagnostiche richieste dagli oncologi, l'appropriatezza e i volumi generati.

Gli esami più richiesti sono le TC e le ecografie. Si è rilevato un costante superamento della domanda rispetto all'offerta programmata dal budget annuale.
Questi i numeri di un anno di attività:

- 13.000 Pazienti oncologici presi in carico completamente
- 45.700 Visite oncologiche ambulatoriali (incidenza prime visite 13%)
- 5% incremento attività TAC
- 17% incremento attività ECO

La prima fase di realizzazione del progetto pilota si è conclusa nel corso del 2018 ed ha consentito la raccolta di importanti dati ed informazioni utili alla realizzazione degli step successivi per la realizzazione del modello che riteniamo ottimale. E' chiaro che il costante monitoraggio, l'attenta analisi della domanda e la risoluzione delle criticità sono il filo conduttore del lavoro propedeutico e funzionale alla messa a punto del modello complessivo. Nel 2019 è iniziata la fase di implementazione grazie a: predisposizione del budget, progettazione del gruppo di lavoro ed un attività continuativa di coordinamento del progetto e monitoraggio dei risultati attesi e conseguiti.

INPS

In data 8 maggio 2018, è stato firmato un protocollo sperimentale d'intesa per la tutela della disabilità da patologie oncologiche dal Presidente INPS Prof. Tito Boeri, dal Presidente della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti e dal Direttore Generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) Dott. Francesco Ripa di Meana, stimolato, nella fase preparatoria, dell'Associazione FAVO, una tipica sinergia tra Istituzioni diverse e rappresentanti degli utenti che produce risultati innovativi e in supporto alle persone più fragili.
L'accordo prevedeva l'attivazione tempestiva della pratica di riconoscimento dell'invalidità presso l'INPS fatta per via telematica dall'oncologo al momento della diagnosi, nell'ambulatorio dell'IFO-IRE. Ci si proponeva di rendere accessibile dalla stessa postazione ambulatoriale il software di certificazione dell'INPS, rendendo possibile, ai medici oncologi, di utilizzare il certificato oncologico introduttivo, corredato di tutti gli elementi necessari alla valutazione medico-legale già durante il ricovero o la cura. In questo modo si sarebbero velocizzate tutte le procedure, rendendo cogente e indubitamente fruito un diritto del malato oncologico, evitando ai pazienti ulteriori esami o accertamenti specialistici per la Commissione.
La regolare compilazione del "certificato oncologico introduttivo" da parte dei medici oncologi/ematologi o dei chirurgi in occasione di intervento su paziente oncologico, avrebbe consentito, infatti, indubbi vantaggi in termini di appropriatezza, equità, omogeneità delle valutazioni e adeguatezza delle prescrizioni, nonché di celerità dell'accertamento fornendo alla Commissione tutti gli elementi necessari per la propria valutazione, escludendo, quindi, ulteriori accertamenti specialistici o richieste di documentazione integrativa (cartelle cliniche, esami istologici o strumentali).

1.1 La sperimentazione

L'iter preparatorio alla sperimentazione ha previsto tre incontri tra professionisti sanitari e tecnici dell'IFO-IRE e personale dell'INPS, al fine di allineare le conoscenze sui processi e gli strumenti informativi esistenti, per evidenziare i punti di contatto e di divergenza delle prassi e degli applicativi, trovare soluzioni percorribili e, se possibile, ad impatto minimo sull'organizzazione e sui costi.
L'IFO-IRE, nel luglio 2018, hanno quindi deciso di iniziare l'attività di certificazione introduttiva coinvolgendo all'inizio otto medici ematologi, per poi progressivamente estendere l'attuazione del protocollo d'intesa anche in ambito oncologico e chirurgico, almeno per l'area ortopedica.
La sperimentazione è durata 2 mesi e, al termine, sono stati valutati i punti di forza e quelli di debolezza

Punti di forza	**Punti di debolezza**
Relazione diretta Medico – Commissione Medica INPS (anche se per via telematica): - Linguaggio comune - Codifica interventi e diagnosi comune - Contestualità/prossimità della certificazione con la diagnosi - Accesso immediato alla Banca dati INPS Per i pazienti: - Convocazione dei pazienti entro 15 giorni dal ricevimento, rendendo l'accesso ai benefici di legge più tempestivo - Doppia prestazione (visita/certificazione) in un unico accesso	Tempo di compilazione del certificato on line Necessità di adattamento delle prassi/sistemi informativi

Si è reso evidente che il principale punto di debolezza era l'assorbimento eccessivo di tempo da parte del compilatore, sottratto alla visita medica. Infatti, i primi accessi al portale INPS degli ematologi, avevano richiesto 40 minuti di tempo per la produzione di un certificato oncologico, a causa della discrepanza tra i sistemi INPS di codifica (ICD 9) con quelli aziendali (ICD 10): questo disallineamento delle diagnosi e delle stadiazioni ha comportato un'impasse iniziale.
Considerato che il certificato è predisposto all'interno di una visita ematologica/oncologica ambulatoriale, il cui tempo standard codificato dai sistemi regionali di prenotazione è tra i 20 e i 15 minuti per prima visita e controlli successivi, l'attuale attribuzione temporale non è coerente con le necessità indotte dalla certificazione introduttiva, anche perché l'attività non avviene durante la "prima visita", che ha un tempo standard maggiore, ma nel corso di una visita successiva, nella quale si conferma alla persona la diagnosi.
Dopo alcuni incontri tra i servizi ICT, nel portale INPS alcune voci mandatorie sono state rese non obbligatorie, per permettere la conclusione informatica della certificazione. Con questo accorgimento, i tempi di accesso, compilazione, invio e rilascio del certificato si sono ridotti a 10-12 minuti per paziente.
Nella fase successiva, con l'inserimento di un oncologo della UOC Oncologia 1 nella sperimentazione della certificazione introduttiva, ci si è potuto confrontare con le opportunità offerte dal "dossier sanitario informatico Oncosys©", presente nella unità operativa e, per facilitare le attività dei medici, è stato previsto uno sviluppo dell'applicativo, permettendo un iter diverso da quello precedentemente utilizzato. Il processo è stato disegnato, in successione, anche sotto il profilo informatico:

- ✓ Effettuazione della visita
- ✓ Compilazione della cartella ambulatoriale del paziente
- ✓ Estrazione di un tracciato record in formato .xml dall'applicativo stesso e salvataggio sul desktop
- ✓ Stampa del referto per il paziente
- ✓ Accesso del medico al portale INPS
- ✓ Log-in e upload del tracciato nel portale.

I tempi aggiuntivi alla visita, per la certificazione, per ogni paziente, si sono così ridotti a 5/6 minuti.
Prevendendo una media di circa 5-7 nuove certificazioni giornaliere, ci si è posti il problema di considerare, per 25-35 pazienti alla settimana, un tempo aggiuntivo per le due UO di Oncologia, stimato in 6 ore di lavoro settimanali da distribuire sui tempi delle prestazioni ambulatoriali, tempo questo non riconosciuto dal sistema RECUP.
Si sono resi disponibili ad iniziare la certificazione introduttiva anche i neuro-oncologi e i chirurghi ortopedici, perché circa il 50% dei pazienti oncologici afferenti a questa area chirurgica non passa immediatamente al medico oncologo, dopo l'intervento chirurgico. Per questi pazienti, la certificazione sarebbe appropriatamente a carico dei chirurghi, al momento della dimissione ospedaliera, stressando il concetto di medico specialista oncologo previsto dal protocollo INPS.
L'inserimento degli ulteriori medici, circa trenta, nel percorso, dovrebbe realizzarsi, in collaborazione con gli uffici preposti dell'INPS, nel 2019.

5. Performance organizzative conseguite dai CdR titolari di budget.

IFO Roma _ Sintesi verifiche performance organizzative 2018

	Dipartimento	Struttura	Performance 2016	Performace 2017	Perf. Istrutt. CdG	Perf. Integrativa da analisi OIV	Proposta definitiva OIV
1	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia dell'Apparato Digerente	88,28%	86,79%	92,97%	0,00%	92,97%
2	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica	82,44%	91,82%	94,18%	0,00%	94,18%
3	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	87,37%	85,64%	88,78%	0,00%	88,78%
4	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Ginecologia	90,42%	87,33%	88,11%	0,00%	88,11%
5	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Ortopedia	88,12%	86,58%	91,85%	0,00%	91,85%
6	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Senologica	93,92%	87,20%	90,51%	0,00%	90,51%
7	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale	85,68%	86,99%	91,49%	0,00%	91,49%
8	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Toracica	96,84%	92,96%	96,43%	0,00%	96,43%
9	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Urologia	81,88%	87,11%	90,14%	0,00%	90,14%
10	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Neurochirurgia	86,98%	83,84%	89,87%	0,00%	89,87%
11	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Oncologia Medica 1	90,29%	88,97%	90,82%	0,00%	90,82%
12	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Oncologia Medica 2	93,03%	89,07%	90,56%	0,00%	90,56%
13	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Ematologia	98,03%	93,40%	93,49%	0,00%	93,49%
14	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Terapia del Dolore (ex Rianimazione Amb e DH)	90,28%	89,05%	87,96%	0,00%	87,96%
15	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Cardiologia	96,76%	89,46%	89,20%	0,00%	89,20%
16	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Endocrinologia	95,00%	89,83%	91,06%	0,00%	91,06%
17	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Neuroncologia	86,21%	90,00%	89,60%	0,00%	89,60%
18	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	96,81%	88,15%	93,66%	0,00%	93,66%
19	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva (ex Rianir	98,20%	87,94%	95,79%	0,00%	95,79%
20	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Fisiopatologia Respiratoria	96,58%	86,68%	94,48%	0,00%	94,48%
21	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	Servizio di Psicologia	96,22%	85,50%	90,00%	0,00%	90,00%
22	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	Servizio di Psichiatria			83,69%	0,00%	83,69%
23	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOC Dermatologia Clinica	84,48%	85,43%	89,99%	0,00%	89,99%
24	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatologia Oncologica	95,96%	92,77%	93,82%	0,00%	93,82%
25	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatologia MST, Ambiente Tropicale e Immigrazi	94,26%	87,42%	88,61%	0,00%	88,61%
26	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Riger	87,54%	89,09%	94,39%	0,00%	94,39%
27	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Patologia Clinica e Microbiologia	99,29%	89,38%	89,69%	0,00%	89,69%
28	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Porfirie e Malattie Rare	91,25%	88,32%	89,18%	0,00%	89,18%
29	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico	97,72%	84,92%	89,71%	0,00%	89,71%
30	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatopatologia	99,44%	92,79%	88,51%	0,00%	88,51%
31	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOC Fisiopatologia Cutanea	87,62%	91,42%	94,29%	0,00%	94,29%
32	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Medicina Nucleare	100,00%	86,11%	96,85%	0,00%	96,85%
33	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Patologia Clinica	95,72%	87,78%	91,34%	0,00%	91,34%
34	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Radioterapia	98,05%	100,00%	96,80%	0,00%	96,80%
35	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Radiologia	100,00%	94,66%	95,25%	0,00%	95,25%
36	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Anatomia Patologica	89,72%	86,76%	87,04%	0,00%	87,04%
37	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Laboratorio Fisica Medica e Sistemi Esperti	100,00%	100,00%	97,02%	0,00%	97,02%
38	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	Serv. di Immunoematologia e Medicina trasfusionale	80,00%	92,96%	94,87%	0,00%	94,87%
39	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
40	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
41	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Modelli Preclinici e Nuovi Agenti Terapeutici	100,00%	100,00%	82,88%	0,00%	82,88%
42	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Network Cellulari e Bersagli Terapeutici Molecolari	100,00%	100,00%	87,85%	0,00%	87,85%
43	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD SAFU	100,00%	100,00%	91,50%	0,00%	91,50%
44	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Biostatistica Bioinformatica	100,00%	87,25%	100,00%	0,00%	100,00%
45	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	Servizio Epidemiologia e Registro Tumori	100,00%	95,13%	91,00%	0,00%	91,00%
46	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Direzione di Presidio IRE	100,00%	87,50%	90,10%	0,00%	90,10%
47	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	DITRAR	100,00%	87,50%	90,00%	0,00%	90,00%
48	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	UOC Farmacia	97,50%	87,00%	96,00%	0,00%	96,00%
49	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	UOSD Banca del tessuto Muscolo Scheletrico	96,50%	88,74%	87,52%	0,00%	87,52%
50	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOS SAR	100,00%	84,75%	100,00%	0,00%	100,00%
51	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC RISORSE ECONOMICHE	100,00%	93,00%	96,50%	0,00%	96,50%
52	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	100,00%	93,31%	97,92%	0,00%	97,92%
53	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC SERVIZIO TECNICO	97,30%	92,50%	88,49%	0,00%	88,49%
54	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOSD TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI	99,25%	88,00%	93,33%	0,00%	93,33%
55	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC RISORSE UMANE	100,00%	91,75%	95,00%	0,00%	95,00%
56	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC AFFARI GENERALI	100,00%	85,00%	85,00%	0,00%	85,00%
57	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOS FORMAZIONE			90,00%	0,00%	90,00%

6. Programmazione, controllo, trasparenza ed integrità dell'attività aziendale.

In linea con le vigenti previsioni normative di livello nazionale e regionale, l'Azienda nel corso del 2018 ha dato puntuale applicazione a quanto previsto dal Regolamento interno in tema di programmazione e controllo dei diversi livelli di performance, procedendo quindi all'individuazione degli ambiti strategici di riferimento, dei correlati obiettivi operativi a livello di ciascun CdR, quindi al coinvolgimento dei singoli collaboratori nel conseguimento delle finalità dell'organizzazione.
A fronte di ciò, la Direzione aziendale, con il supporto delle funzioni di staff ha attivato anche specifiche iniziative di monitoraggio del sistema in questione.
E' stato attivato un sistema di reporting periodico.
Sono state organizzate riunioni dipartimentali per illustrare i dati degli andamenti rispetto alle attività programmate e agli obiettivi assegnati.
Laddove sono emerse criticità sono stati effettuati audit di verifica con tutti gli 'attori' coinvolti nei processi esaminati.
I Direttori di Cdr a fine gestione, hanno inviato le loro relazioni con le eventuali considerazioni e/o annotazioni sugli stessi obiettivi assegnati.
Di tali osservazioni e considerazioni si è tenuto conto nelle fasi istruttorie di valutazione finale di perfomance di Team.

Nel corso del 2018 l'IRCCS ha inoltre continuato a perseguire le proprie finalità secondo opportuni livelli di trasparenza nei confronti dei relativi stakeholders, rendendo quindi evidenza della propria organizzazione e dei livelli di attività nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale.

Parallelamente, è proseguito l'impegno direzionale nella prevenzione e contrasto di qualsivoglia rischio in termini di corruzione ed illegalità, attivando le necessarie azioni organizzative, gli opportuni monitoraggi, nonché aggiornando il relativo ***Piano triennale per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità ai sensi della L. 06/11/2012, n. 190.*** *(Rif. Deliberazione n.591 del 28/06/2019 "Integrazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021 di cui alla deliberazione n.102/2019 ")*

7. Risultati della gestione economica.

Si riportano di seguito i dati economici in forma aggregata degli ultimi 3 esercizi (per quanto riguarda l'esercizio 2018 trattasi dei dati preconsuntivi di conto economico del quarto trimestre, essendo il bilancio esercizio in corso di redazione alla data di adozione della presente Relazione).

	2018	2017	2016	Delta % (2017-2018)	Delta % (2016-2018)
Valore della Produzione	183.022.644,00 €	175.814.243,00 €	153.938.875,00 €	4%	19%
Costi della Produzione	201.088.683,00 €	197.269.176,00 €	191.543.593,00 €	2%	5%
Differenza tra valore e costi della produzione	- 18.066.039,00 €	- 21.454.933,00 €	- 37.604.718,00 €	-16%	-52%
+/- Gestione finanziaria	- 575.027,00 €	- 31.137,00 €	- 333.263,00 €	1747%	73%
+/- Gestione straordinaria	2.147.529,00 €	1.762.432,00 €	582.688,00 €	22%	269%
Risultato prima delle imposte	- 16.493.537,00 €	19.723.637,00 €	- 37.355.293,00 €	-184%	-56%
Imposte sul reddito d'esercizio	5.051.982,00 €	5.146.039,00 €	5.384.212,00 €	-2%	-6%
Risultato d'esercizio	- 21.545.518,00 €	- 24.869.677,00 €	- 42.739.505,00 €	-13%	-50%

Il risultato d'esercizio registra un'ulteriore riduzione del disavanzo.
Questo risultato conferma l'attenzione degli istituti a recuperare l'efficacia e l'efficienza, in concomitanza con gli obiettivi del miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata, nel perseguimento degli obiettivi propri della ricerca corrente, finalizzata e della sperimentazione che rappresentano il core degli istituti stessi.

8. Conclusioni.

In considerazione di quanto sin qui relazionato, si ritiene di poter riconoscere una valutazione positiva circa i risultati conseguiti dall'Azienda nel corso del 2018.
Gli IFO vivono un grande momento di sviluppo e i fatti lo dimostrano: 1.275.000 le prestazioni ambulatoriali erogate e quasi 11.000 i pazienti dimessi nel 2018. Forte incremento delle attività diagnostiche, delle attività chirurgiche e della chirurgia robotica estesa a tutte le specialità presenti (500 gli interventi dell'ultimo anno). Riduzione dei ricoveri medici a vantaggio di chemioterapie fatte attività ambulatoriale. Un modello di percorso oncologico garantisce oggi la presa in carico del paziente che esegue tutti gli esami senza più andare ad eseguire ad esempio la PET fuori Regione. Le prestazioni PET hanno avuto nell'ultimo triennio un incremento del 22%, la radioterapia del 28% e gli esami diagnostici radiologici del 7%. Grazie ad un accordo con l'INPS i pazienti con diagnosi oncologica ottengono subito la certificazione per la pratica di invalidità.
Sono in atto riorganizzazioni dei processi produttivi orientati alla trasversalità e alla integrazione.
La Ricerca è in forte fermento e la nostra vocazione traslazionale ci costringe a mettere in campo tutte le risorse possibili per garantire le migliori diagnosi e cure ai cittadini con il supporto di istituzioni ed enti che investono su di noi: otteniamo così finanziamenti europei per la messa a punto della biopsia liquida in modo che sia usata di routine (progetto premiato da consorzio europeo).
Gli IFO sono tra i primi Istituti in Italia a istituire il Molecular Tumor Board: grazie alla competenza degli specialisti ed alle informazioni ottenute da tecnologie d'avanguardia, garantiamo approcci terapeutici nuovi a chi non ha più opzioni attraverso l'utilizzo di farmaci autorizzati per altri tipi tumori ma che hanno le stesse caratteristiche molecolari presenti nel paziente.