

DELIBERAZIONE N. 647 DEL 09/08/2018			
OGGETTO: Approvazione della Relazione sulla	a performance per l⊚anno 2017.		
Esercizi/o 2017	STRUTTURA PROPONENTE		
Centri/o di costo 102690	UOC A.A.G.G. e Legale		
- Importo presente Atto: € .	Il Dirigente Responsabile		
- Importo esercizio corrente: $\epsilon$ .	Fabio Andreasi Bassi		
Budget			
- Assegnato: € .			
- Utilizzato: € .	Responsabile del Procedimento		
- Residuo: € .	Eleonora Allocca		
Autorizzazione n°:.	L'Estensore		
Servizio Risorse Economiche: Cinzia Bomboni	Graziano Fronteddu		
	Proposta n° DL-230-2018		
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO		
Positivo	Positivo		
Data 30/07/2018	Data 25/07/2018		
IL DIRETTORE SANITARIO <b>Branka Vujovic</b>	IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  Laura Figorilli		
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Cilibe	erto data 23/07/2018 Positivo		
Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone	data 24/07/2018 Positivo		
La presente deliberazione si compone di n° 5 pagine	e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante		

e sostanziale:



# Il Dirigente della UOC A.A.G.G. e Legale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed

integrazioni;

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

Visto il d.lgs. n.150 del 27/10/2009 "Attuazione della legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i., che all'art.10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentanza della performance aziendale, stabilisce l'adozione, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" e di

un documento "Relazione sulla Performance" da adottare a consuntivo rispetto all'anno precedente con l'indicazione di eventuali scostamenti e/o aggior-

namenti;

Vista la Legge R.L. n.1 del 16/03/2011 art.10, comma 1 lett.a;

Viste le linee guida di cui alle delibere ANAC n. 4 n. 5 e n. 6 del 2012 sulle modalità di redazione della Relazione di consuntivo sulla performance conseguita e sui criteri di validazione di detta relazione da parte dell'Organismo Indipen-

dente di Valutazione;

Vista la L. n.114/2014 di conversione del d.1. 23 giugno 2014, n.90 del 23/06/2014 con la quale le competenze dell'ANAC, già CIVIT, relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7,8,9,10,12,13 e 14 del

decreto legislativo 150 del 2009, sono trasferite al Dipartimento della Funzio-

ne Pubblica;

Visto il D.P.R. del 9 maggio 2016, n. 105 avente ad oggetto "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza

del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della per-

formance delle pubbliche amministrazioni";

Vista la deliberazione n. 950 del 21 dicembre 2015 avente ad oggetto l'Adozione

del sistema aziendale di misura e valutazione delle performance degli Istituti

Fisioterapici Ospitalieri;

Vista la deliberazione n. 951 del 21 dicembre 2015 avente ad oggetto l'Adozione del Regolamento di Budgeting – metodologia e procedure per la programma-

zione, il monitoraggio e la verifica della performance organizzativa;



Vista la deliberazione IFO 1129 del 12 dicembre 2016 avente ad oggetto "Indivi-

duazione dei requisiti di sostenibilità economica dei Piani di Rientro - DCA

n. U00273/2016 degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri";

Vista la deliberazione IFO 96 del 8 febbraio 2017 avente ad oggetto "Approvazione

del Piano di Efficientamento 2017-2019 degli IFO ad integrazione della deli-

berazione del del 12 dicembre 2016 n. 1129;

Vista la deliberazione IFO 217 del 21 marzo 2017, avente ad oggetto la "Modifica

del Piano di Efficientamento 2017-2019", adottato con deliberazione del 18

febbraio 2017, n. 96;

Vista la deliberazione n. 554 del 10 luglio 2017. Approvazione degli obiettivi e delle

schede di budget per singola struttura;

Considerato che in coerenza con le linee guida citate la Relazione sulla performance per

l'anno 2017, allegata quale parte integrante alla presente delibera, è stata predisposta e opportunamente validata dall'Organismo Interno di Valutazione dell'IFO nella seduta del 25 giugno 2018, il cui verbale fa parte integrante

della presente deliberazione;

Ritenuto pertanto di dover procedere all'approvazione della Relazione sulla performan-

ce per l'anno 2017;

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 ri-

spetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanita-

rio della Regione Lazio;

# **Propone**

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

- approvare la Relazione sulla performance per l'anno 2017, allegata alla presente delibera quale parte integrante.



# Il Dirigente della UOC A.A.G.G. e Legale

# Fabio Andreasi Bassi



# Il Direttore Generale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni; Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

In Virtù dei poteri conferitigli dal Presidente della Regione Lazio con Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Preso atto altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale; ritenuto di dover procedere;

# **Delibera**

di approvare la proposta così formulata concernente "Approvazione della Relazione sulla performance per l = 2017." e di renderla disposta.

Il Direttore Generale Dott. Francesco Ripa di Meana

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate



ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Relazione annuale sulla performance anno 2017.

# Sistema aziendale dimisurazione 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 degli IRCCS.
- 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 delleperformance*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 funzionamentosi 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 ("TranslationalResearchInterestGroups- 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 dall'Istituto sono:

# <u>Affidabilità</u>

L'Istituto agisce 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

# Devono essere 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.

### <u>Equità</u>

L'Istituto ha equa considerazione degli Assistiti e garantisce, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni.

### Flessibilità

L'Istituto esprime la volontà e la capacità di adeguare i comportamenti e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Ente; rende 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

L'Istituto orienta le proprie 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 l'Istituto si è prefisso di realizzare.

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

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

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

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

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

In questo settore, la presenza di 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 <u>nazionale</u>

- o 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 <u>regionale</u>

- o Centro di riferimentoall'interno del network per patologie oncologiche e malattie rare
- o Centro di riferimentoper le procedure invasive della Terapia del Dolore.
- o 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.

# L'ATTRATTIVITA': LA MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE

L'IFO è un punto di riferimento per l'oncologia e la dermatologia riconosciuto a livello nazionale, e regionale, come rappresentato nelle seguenti tabelle.

Ricoveri IFO - Provenienza Pazienti

	Totale Dimessi SSN	N - Per residenza	Pazienti				
Struttura di Ricovero	Residenza Paziente	Percentuale media sui 5 anni	2013	2014	2015	2016	2017
IFO Istituto Regina Elena	(1) Regione	83,5%	7.020	7.309	7.261	7.467	7.341
	(2) Fuori Regione	16,1%	1.564	1.427	1.416	1.343	1.288
	(3) Stranieri o Non Attribuibile	0,4%	40	38	26	26	47
	Totali		8.624	8.774	8.703	8.836	8.676
IFO Istituto San Gallicano	(1) Regione	92,7%	1.835	1.821	1.925	1.522	1.364
	(2) Fuori Regione	7,0%	176	174	128	86	75
	(3) Stranieri o Non Attribuibile	0,3%	11	6	6	3	4
	Totali		2.022	2.001	2.059	1.611	1.443

Residenza Paziente	Percentuale media sui 5 anni	2013	2014	2015	2016	2017
TOTALE IFO REGIONE	93,8%	1.144.138	1.191.847	1.196.604	1.179.677	1.183.595
TOTALE IFO FUORI REGIONE	5,3%	62.455	66.971	70.912	70.093	65.39
TOTALE IFO STRANIERI -	0,9%	11.479	11.264	10.803	9.830	10.83
		1.218.072	1.270.082	1.278.319	1.259.600	.259.819

L'assoluta rilevanza dell'attività svolta e dell'attrattività a livello nazionale in particolare dell'Istituto Regina Elena, trova un significativo riconoscimento anche dall'analisi anche dei dati Piano Nazionale Esiti che riporta i seguenti dati su alcuni interventi selezionati secondo criteri specifici:

Tabella 5. IRCCSpub Regina Elena. Ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno: frequenza ricoveri residenti, ricoveri totali, ricoveri residenti fuori regione e relativa percentuale. PNE 2017 vs PNE 2016.

Procedure chirurgiche	Ricoveri residenti	Ricoveri totali	Ricoveri residenti fuori regione	% Ricoveri residenti fuori regione
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM mammella. 2015	495	573	78	13,6
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM mammella. 2016	586	653	67	10,3
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM polmone. 2015	214	244	30	12,3
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM polmone. 2016	207	236	29	12,3
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM prostata. 2015	132	196	64	32,7
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM prostata. 2016	100	148	48	32,4
PNE 2016:Int. chir. prostatectomia radicale per TM prostata. 2015	131	195	64	32,8
PNE 2017:Int. chir. prostatectomia radicale per TM prostata. 2016	97	144	47	32,6
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM rene. 2015	124	173	49	28,3
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM rene. 2016	132	181	49	27,0
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM vescica. 2015	63	106	43	40,6
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM vescica. 2016	74	111	37	33,3

PNE 2016:Intervento chirurgico per TM utero. 2015	135	164	29	17,7
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM utero. 2016	148	166	29	10,8
PNE 2016:Intervento chirurgico per T cerebrale*. 2015	93	108	15	13,9
PNE 2017:Intervento chirurgico per T cerebrale*. 2016	91	110	19	17,3
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM pancreas. 2015	14	16	2	12,5
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM pancreas. 2016	-	1	T.	1
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM fegato. 2015	56	79	23	29,1
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM fegato. 2016	48	67	19	28,3
PNE 2016:Intervento chirurgico per TM laringe. 2015	20	30	10	33,3
PNE 2017:Intervento chirurgico per TM laringe. 2016	18	25	7	28,0
*: tumori maligni e benigni				

### IL CONTESTO INTERNO

L'IFO ha 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.

L'andamento delle perdite di esercizio degli ultimi anni ha quindi evidenziato un disavanzo storicizzato che è stato esaminato dal Piano di Efficientamento 2017-2019.

Le ragioni principali erano riconducibili a:

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

Il Piano di Efficientamento 2017-2019 adottato con Delibera 96 del 18 febbraio 2017 e modificato con delibera 217 del 21 marzo 2017 quindi enunciava, in ottica di recupero del ruolo centrale dell'IRE e dell'ISG come snodi nazionali della ricerca oncologica e dermatologica e dal quadro sopra descritto, alcuni driver per il futuro piano strategico:

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

e al fine di realizzare manovre di efficientamento della spesa e controllo dei fabbisogni, in una politica di rilancio dell'Istituto, esplicitava le azioni volte alla razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi e all'individuazione di nuovi investimenti con mirati aumenti della produzione.

La seguente tabella sintetizza le macro-manovre previste dal piano e le scadenze previste da parte della Regione per le verifiche e la governance del Piano

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

Nel **2017** l'Azienda quindi ha definito **obiettivi** specifici di produttività secondo un criterio di **mantenimento dei volumi di attività** rispetto all'anno precedente ed **efficientamento dei costi**.

# 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'esigenzadi coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine direndere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema.

L'offerta sanitaria dell'Ente è assicurata dai seguenti Dipartimenti

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

	Dipartimento di Ricerca, Diagnostica Avanzata e Innovazione Tecnologica			
rca	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica			
Rice	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori			
e di nale	UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici			
ınzionale di I Traslazionale	UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari			
nzio rasl	UOSD SAFU			
Area Funzionale di Ricerca Traslazionale	UOSD Biostatistica e Bioinformatica			
Are	Servizio di Epidemiologia e Registro Tumori			
	UOC Anatomia Patologica			
ŧ	UOC Radioterapia			
e Al	UOC Radiologia			
onal	UOSD Medicina Nucleare			
Area Funzionale Alte Tecnologie	UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti			
Sa Fe	UOSD Patologia Clinica			
Are	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 2017 di posti letto accreditati, a seguito del Decreto 80/2010 e successive modifiche, è la seguente:

# Anno 2017

# **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	
М		Area Medica	77		
	02	DH Multispecialistico		37	
С		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

Nel corso del 2017 la programmazione delle attività si è svolta sulla seguente dotazione di posti letto ordinari attivi:

	Posti letto ordinari attivi
UOC Chirurgia Digestiva	10
UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica	13
UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	7
UOC Ginecologia	10
UOC Ortopedia	12
UOC Chirurgia Senologica e tessuti molli	10
UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale	18
UOC Chirurgia toracica	20
UOC Urologia	22
UOC Neurochirurgia	8
UOSD Chirurgia Plastica ad indirizzo dermatologico e rigenerativo	7
UOC Oncologia Medica 1	22
UOC Oncologia Medica 2	21
UOSD Ematologia	15
UOSD Medicina Nucleare	8

# Attività 2017 e correlati ambiti di performance.

Secondo la logica del c.d. "albero delle performance", nell'esercizio 2017l'Azienda ha individuato un set di aree di risultato significative in riferimento alla propria mission, alle indicazioni regionali, agli obiettivi assegnati al Direttore Generale e in base a quanto previsto dal citato piano di efficientamento, 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 2017 riferiti all'Area e gli indicatori di riferimento utilizzati per la valutazione

# Miglioramento dell'accessibilità delle cure e presa in carico

Numero Ricoveri Ordinari
Numero Ricoveri DH/DS
Ricavi Ricoveri Ordinari
Ricavi Ricoveri DH DS
Ricavi Amb. Esterni
Valore Medio prestazioni esterni
Numero prestazioni per esterni (valide)

# ❖ Miglioramento della qualità dell'assistenza ed esiti degli interventi

Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza
Attività in Day service (N. PAC e APA erogati)
Peso medio DRG Ricoveri Ordinari
Peso medio DRG Ricoveri DH/DS
GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione ed i livelli di performance del CdR (entro 28 feb.)

# 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 2017 riferiti all'Area e gli indicatori di riferimento utilizzati per la valutazione

# Contenimento dei costi diretti ed indiretti

Costo dei Farmaci Ospedalieri
Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)
Costo Protesi

# Area di performance:

# Area Strategica di Governo 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 2017 riferiti all'Area e gli indicatori di riferimento utilizzati per la valutazione

# Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale

N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)
Indice di operatività chirurgica
Indice di operatività chirurgica DH DS
Degenza media preoperatoria
Degenza media

# Contributo alla riorganizzazione aziendale

Rad non inviabili per eccessivo ritardo
Agende suddivise per primi accessi/controlli
Agende primi accessi per classi di priorità

# 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 2017 riferiti all'Area e gli indicatori di riferimento utilizzati per la valutazione • Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale

n. studi clinici	
valore di impact factor	

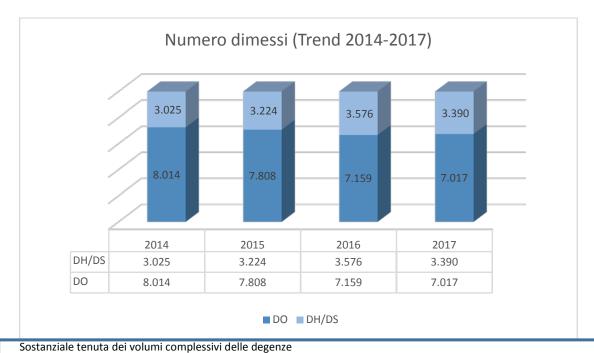
Lo schema rappresentato delle Aree strategiche con i rispettivi obiettivi ed indicatori ha coinvolto tutta l'Azienda.

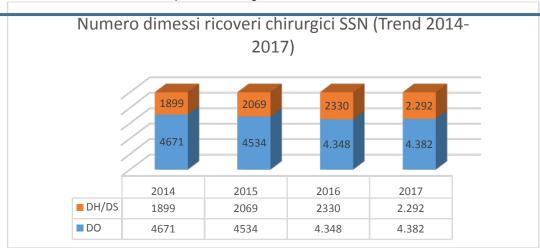
Per le strutture afferenti la Direzione Sanitaria (Direzione Medica di Presidio, Ditrar, Farmacia e BTMS) e per la tecno-struttura Amministrativa, afferente la Direzione Amministrativa sono stati declinati, sempre all'interno delle stesse aree di performance, obiettivi mirati, legati alle funzioni specifiche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

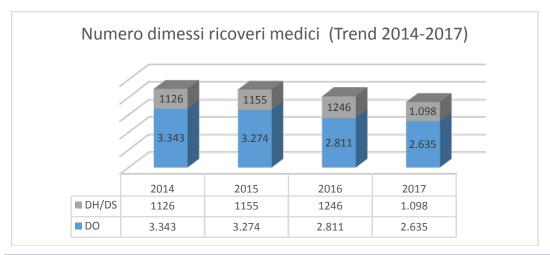
# Sono stati obiettivi di

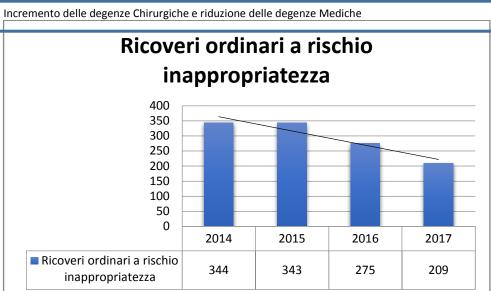
- rispetto delle tempistiche e degli adempimenti previsti da normativa nazionale e regionale
- aggiornamento delle procedure e dematerializzazione
- consolidamento delle funzioni di governo e monitoraggio
- revisione dei processi aziendali in termini di miglioramento soprattutto dei processi programmatori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

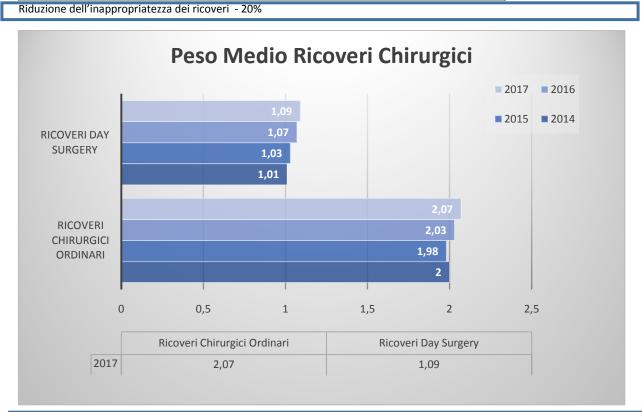
Di seguito si riportano alcune tabelle ad evidenza dei livelli di attività clinico-sanitaria sviluppati nel corso del 2017.



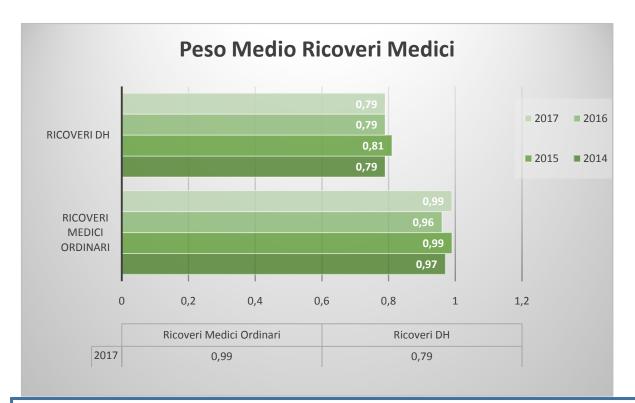




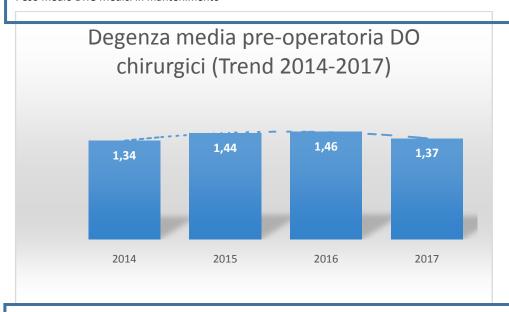




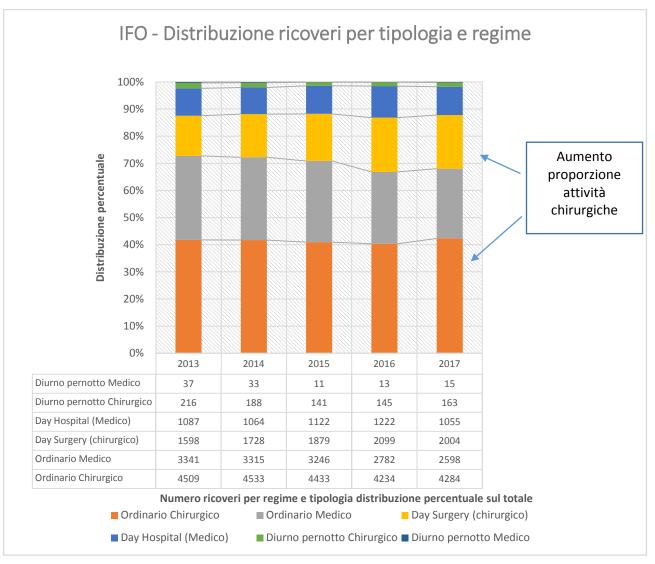
Peso medio DRG Chirurgici in aumento – Maggiore complessità casistica operatoria – con un incremento anche delle attività di chirurgia Robotica



Peso medio DRG Medici in mantenimento



Degenza media pre-operatoria in riduzione



Il grafico mostra il trend di crescita delle attività Chirurgiche di degenza ordinaria e DS, come distribuzione percentuale, nella produzione complessiva di ricoveri e la contrazione delle attività di degenza medica con una riduzione dell'inappropriatezza ed un trasferimento delle attività mediche verso setting assistenziali più efficienti.

# Principali indicatori di degenza per UO

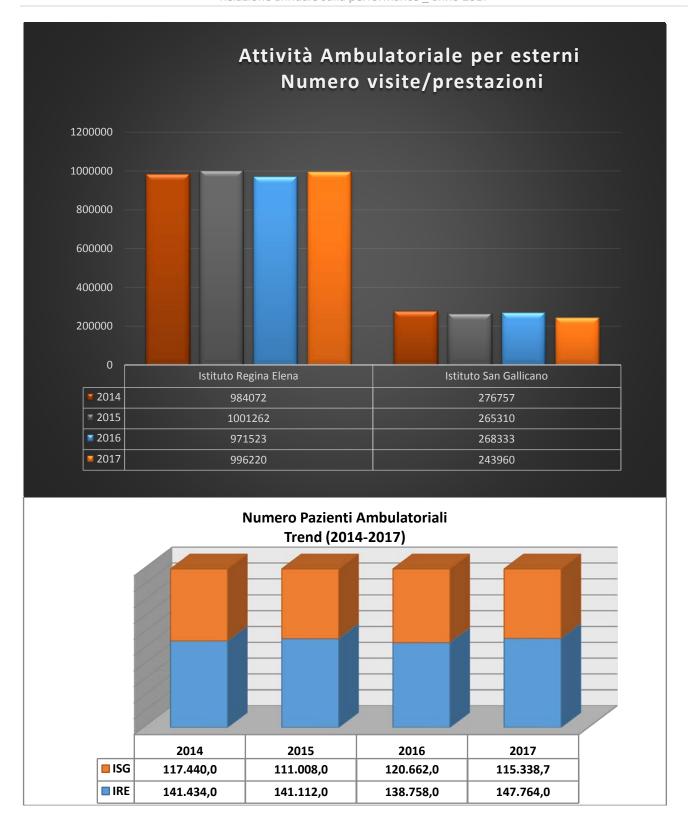
		1-Ordinario			2-Day-hospital			4 - Day-hospital col pernotto		
Reparto di dimissione	Totale Dimessi	Totale Giornate	Degenza Media	Peso DRG - Medio-	Totale Dimessi	Numero accessi	Peso DRG - Medio-	Totale Dimessi	Numero accessi	Peso DRG - Medio-
0901 - CHIRURGIA SENOLOGICA E TESSUTI MOLLI	543	1.547	2,85	1,12	322	1457	0,79	55	380	1,02
0902 - CHIRURGIA DIGESTIVA	283	3.582	12,66	2,27						
0904 - CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA	196	2.088	10,65	2,52						
1201 - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA (REGINA ELENA)	421	1.484	3,52	1,28	155	678	1,1	6	29	0,99
1202 - CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO (SAN GALLICANO)	231	503	2,18	1,34	1.002	3365	1,11	59	280	1,22
1301 - CHIRURGIA TORACICA	528	5.386	10,2	2,25	155	155	1,81			
3001 - NEUROCHIRURGIA	151	2.216	14,68	2,58						
3201 - NEURONCOLOGIA					5	5	1,2			
3601 - ORTOPEDIA	187	2.727	14,58	1,6						
3701 - GINECOLOGIA	478	2.190	4,58	1,44	259	520	0,73	18	47	0,92
3801 - OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO- FACCIALE	469	3.985	8,5	1,89	193	503	0,9	37	118	1,11
4301 - UROLOGIA	929	5.221	5,62	1,71	69	133	0,57			
4901 - ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	53	1.266	23,89	4,01						
1801 - EMATOLOGIA	219	3.755	17,15	6,11	96	202	1,03			
6401 - ONCOLOGIA MEDICA 1	756	5.810	7,69	0,98	100	206	1,24			
6402 - ONCOLOGIA MEDICA 2	1.047	5.032	4,81	1,05	71	135	1,24	3	6	1,21
6101 - MEDICINA NUCLEARE	381	1.539	4,04	1,03						

In sintesi quindi i dati finora illustrati mostrano sul fronte delle degenze un progressivo potenziamento delle attività Chirurgiche specialistiche, sia in degenza ordinaria che in day surgery.

Una migliore efficienza sul fronte dell'organizzazione con una riduzione della degenza media preoperatoria.

Un potenziamento delle attività ultra-specialistiche con l'aumento della chirurgia robotica multidisciplinare.

Una maggiore appropriatezza nella degenza medica con la riduzione dei ricoveri a rischio inappropriatezza ed il trasferimento delle attività a regimi assistenziali più efficienti.



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 per le attività di PET con questi numeri di incremento:

- RADIOTERAPIA → INCREMENTO DEL 4% DEI VOLUMI DI ATTIVITA'
- MEDICINA NUCLEARE → INCREMENTO DEL 12% DEI VOLUMI DI ATTIVITA' INCREMENTO DEL 17% PET

Di seguito i volumi di attività di specialistica ambulatoriale per esterni aggregati per 'macro-tipologie' e divisi per Dipartimento

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGIC	0
Prime visite	25.905
Controlli	68.232
Indagini di Laboratorio	11.981
Medicazioni	6.414
PAC	1.057
APA	268
Chemioterapie	18.288
Infusioni	29.513
Ecografie	153
Altre Prestazioni Diagnostiche e/ o Terapeutiche	66.334
Tariffe aziendali	411

DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZ	ZIONE TECNOLOGICA
Prime visite	7.186
Controlli	13.007
Indagini di Laboratorio	548.535
Infusioni	942
PET	4.684
Ecografie	9.213
Mammografie	2.062
Risonanze	4.286
Scintigrafie	921
TAC	15.162
Altre Prestazioni Diagnostiche e/ o Terapeutiche	160.694
Tariffe aziendali	1.904

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	
Prime visite	48.112
Controlli	25.700
Indagini di Laboratorio	100.521
Medicazioni	7.778
Infusioni	297
АРА	1.950
Ecografie	5.269
Mammografie	114
Risonanze	635
TAC	1.058
Altre Prestazioni Diagnostiche e/ o Terapeutiche	48.102
Tariffe aziendali	3.288

# **Accesso Diretto Visite Dermatologiche**

Sul fronte dell'attività ambulatoriale, per quanto riguarda il San Gallicano occorre ricordare che a partire da maggio 2016 con la campagna "Ho a cura la mia pelle" la Dermatologia Clinica ha iniziato una attività di visite ad accesso diretto.

Questa attività se da una parte ha portato un incremento considerevole sul numero di visite effettuate dalla struttura, con una media di circa 140 pazienti giornalieri, ma con picchi di anche 300 persone, dall'altra ha ridotto la complessità della casistica osservata.

Inoltre la gestione di tale attività, in alcuni periodi dell'anno, in particolare nel periodo estivo, ha generato alcune criticità, in particolare sul fronte delle disponibilità di risorse, che al momento sono in fase di analisi e che si intendono risolvere con una programmazione più 'controllata' di questi accessi.

# **Focus Specifici**

# ✓ BUON USO DELLE RISORSE

La programmazione 2017 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:

- introduzione della figura del "farmacista di sala operatoria"
- Istituzione del "Gruppo Buon Uso del Farmaco";
- Definizione e attuazione di monitoraggi e report 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

### ✓ TEMPI DI ATTESA

Uno dei temi su cui si è lavorato molto nel corso del 2017 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

# ✓ CERTIFICAZIONE

Un ambito strategico che ha visto impegnate tutte le UO dell'Ente è quello della certificazione e dell'accreditamento.

Questi i risultati conseguiti:

- Certificazione ISO 9001:2008 e passaggio alla norma 9001:2015 (nel 2018) : Certificato n. IT276208.
- Mantenimento accreditamenti JACIE (per i trapianti di cellule staminali dell'ematologia)
- Manenimento OECI (l'OECI ci ha comunicato l'approvazione del nostro follow up report 2017)
- Accreditamento Europeo SIMT ("A.F. I.F.O." come da D.C.A. n. U00010 del 12.01.2015).

### IFO Roma \_ Sintesi verifiche performance organizzative 2017 (Seduta 25 giugno 2018) Proposta definitiva OIV 1 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC Chirurgia dell'Apparato Digerente** 86,79% DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica** 91.82% DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC** Ginecologia 87.33% 5 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC Ortopedia** 86,58% 6 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC Chirurgia Senologica** 87,20% 7 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale 86,99% 8 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOC Chirurgia Toracica** 92,96% **UOC** Urologia 9 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO 87.11% **UOC Neurochirurgia** 10 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO 83.84% **UOC Oncologia Medica 1** 11 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO 88.97% **UOC Oncologia Medica 2** 12 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO 89.07% **UOSD Ematologia** 93.40% 13 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO UOSD Terapia del Dolore (ex Rianimazione Amb e DH) 89,05% 14 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOSD Cardiologia** 89.46% 15 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO 16 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOSD Endocrinologia** 89.83% 17 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOSD Neuroncologia** 90.00% 18 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva 88.15% 19 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva (ex Rianimazione RO e ex Anestes 87.94% 20 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO **UOSD Fisiopatologia Respiratoria** 86,68% 21 DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO Servizio di Psicologia 85,50% 22 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA **UOC Dermatologia Clinica** 85,43% 23 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA **UOC Fisiopatologia Cutanea** 91,42% 24 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA **UOSD Dermatologia Oncologica** 92,77% 25 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA UOSD Dermatologia MST, Ambiente Tropicale e Immigrazione 87,42% 26 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo 89,09% 28 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA UOSD Patologia Clinica e Microbiologia 89,38% 29 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA **UOSD Porfirie e Malattie Rare** 88.32% 30 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico 84.92% 31 DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA **UOSD Dermatopatologia** 92,79% 32 DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. UOSD Medicina Nucleare 86.11% 87,78% DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. UOSD Patologia Clinica DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. UOC Radioterapia 100,00% DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. UOC Radiologia 94,66% DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. UOC Anatomia Patologica 86,76% DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ, TECN. UOSD Laboratorio Fisica Medica e Sistemi Esperti 100,00% DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN. Serv. di Immunoematologia e Medicina trasfusionale 92.96% **UOSD Oncogenomica ed Epigenetica** 100.00% UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori 100,00% DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 40 UOSD Modelli Preclinici e Nuovi Agenti Terapeutici 100,00% DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 41 UOSD Network Cellulari e Bersagli Terapeutici Molecolari 100,00% DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 42 **UOSD SAFU** 100,00% DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 43 **UOSD Biostatistica Bioinformatica** 44 DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 87.25% Servizio Epidemiologia e Registro Tumori 45 DIREZIONE SCIENTIFICA IRE 95.13% Direzione di Presidio IRE 46 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE 87.50% DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE DITRAR 87.50% 47 87,00% 48 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE **UOC Farmacia UOSD Banca del tessuto Muscolo Scheletrico** 49 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE 88,74% UOS PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE 88.00% 52 DIREZIONE GENERALE 53 DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE 84.75% DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOC RISORSE ECONOMICHE** 93.00% DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI** 93.31% DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOC SERVIZIO TECNICO** 92.50% DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOSD TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI** 88,00% 57 DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOC RISORSE UMANE** 91,75% DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE **UOC AFFARI GENERALI** 85,00%

# 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 2017 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 2017 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, oltre che provvedendo ad aggiornare il proprio "*Programma triennale per la trasparenza e l'integrità*", in attuazione del Decreto 14 marzo 2013, n.33 in materia di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione delle pubbliche amministrazioni (rif. Deliberazione n. 124 del 22.02.2016).

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 2017-2019 per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità ai sensi della L. 06/11/2012, n. 190.*(*Rif. Deliberazione n.446 del 14.06.2017*)

# 7. Risultati della gestione economica.

Si riportano di seguito i dati economici in forma aggregata degli ultimi due esercizi (per quanto riguarda l'esercizio 2017 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).

	2017	2016	Delta %
Valore della Produzione	169.686.075,00	153.938.875,00	10,23
Costi della Produzione	196.355.690,00	191.543.593,00	2,51
Differenza tra valore e costi della produzione	26.669.615,00	37.604.718,00	29,08
+/- Gestione finanziaria	138.888,00	333.263,00	58,32
+/- Gestione straordinaria	1.573.322,00	582.688,00	170,01
Risultato prima delle imposte	25.235.181,00	37.355.293,00	32,45
Imposte sul reddito d'esercizio	5.145.878,00	5.384.212,00	4,43
Risultato d'esercizio	- 30.381.059,00	- 42.739.505,00	- 28,92

Il risultato d'esercizio registra una riduzione del disavanzo rispetto al 2016.

La regione nei primi mesi del 2018 ha riconosciuto all'Ente l'uscita dal piano di efficientamento in considerazione dei risultati raggiunti, ovvero al superamento della soglia di scostamento assoluto e percentuale così come determinata ai sensi della legge 232/2016 art. 1 comma 390.

Pertanto l'Ente non sarà sottoposto a piano di efficientamento per l'anno 2018.

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 valutazionemolto positiva circa i risultati conseguiti dall'Azienda nel corso del 2017.

Tali risultati hanno permesso agli IFO di uscire già dal primo anno dal piano di efficientamento.

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.

Nel corso del medesimo esercizio, fra l'altro, l'Azienda, oltre a confermare buoni risultati nel campo della ricerca scientifica, ha anche rivolto la propria attenzione verso particolari ambiti di sviluppo ed innovazione tecnologica, ha avviato progetti di riorganizzazione in ambito sanitario ed amministrativo, ha lavorato al mantenimento delle certificazioni già acquisite e al conseguimento delle nuove previste.



# Organismo Indipendente di Valutazione

# Verbale n. 10 del 25 giugno 2018

In data odierna alle ore 16.00 presso la sala riunioni della Direzione Sanitaria si è riunito l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), costituito ai sensi delle deliberazioni n. 146 del 19/03/2015 (INMI) e n. 207 del 03/04/2015 (IFO) e prorogato con nota prot. U004551 del 24/04/2018 in vista della conclusione della procedura di selezione comparativa indetta con deliberazione n. 237 del 30/03/2018 necessaria all'istituzione del nuovo OIV.

Sono presenti alla riunione dell'O.I.V.:

Dr. Vincenzo Lorenzini

Presidente

Dr.ssa Teresa Volponi

Componente

Dr. Adriano Scaletta

Componente

La Dr.ssa Elena Gattei, individuata dalla Direzione Aziendale quale segretaria dell'O.I.V. e del coordinamento della STP, si occupa della redazione del verbale.

La riunione è stata convocata per discutere il seguente ordine del giorno:

- 1 Approvazione verbale della scorsa seduta
- 2 Esame dei risultati conseguiti nel 2017 dai vari CdR dell'IRCCS IFO e proposta alla direzione della valutazione delle performance organizzative conseguite
- 3 -Validazione della Relazione della performance del 2017 da adottare dalla Direzione generale entro il 30 giugno 2018.
- 4 Varie ed eventuali.

Per il <u>punto 1</u> viene approvato il verbale della seduta del 30 maggio 2018.

Per il <u>Punto 2</u>, effettuata una attenta e puntuale analisi delle schede istruttorie predisposte dall'Amministrazione, relativamente ai risultati conseguiti nel 2017 da parte dei CdR attivi in quello stesso esercizio, i membri dell'OIV rilevano un andamento della produttività che, a parte alcune minime criticità documentate, viene espressa in base a considerazioni tecniche e valutazioni di sua competenza.

A

SI YW



ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

L'OIV, in vista della proposta da inserire nella Relazione della performance, quindi svolge la propria autonoma valutazione "di contesto" che ritiene di esprimere a parziale modifica in aumento delle performance meccanicamente derivate dalla schede tecniche; esse sono motivate in poche situazioni di documentata criticità.

Le proposte vengono documentate e conservate agli atti della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV

La tabella riepilogativa contenente la proposta dell'OIV alla Direzione, viene allegata al presente verbale.

Per il <u>Punto 3</u>, si esprime la prescritta validazione del testo della Relazione della performance del 2017 già pervenuta in bozza nei giorni precedenti; essa corrisponde perfettamente alle indicazioni del D.Lgs 74/2017, nel senso che viene redatta in forma sintetica e particolarmente chiara e, quindi, da considerare idonea a comunicare all'utenza l'andamento della produttività (performance organizzativa) facente capo alle singole strutture ed ai rispettivi dirigenti responsabili.

Per il Punto 4 - A chiusura della seduta il presidente dell'OIV si complimenta con la Dr.ssa Elena Gattei e con gli Uffici di supporto al Collegio. che oggi di fatto porta a conclusione il proprio incarico. Si ringrazia l'intera Direzione aziendale per aver attivato tutte le componenti del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance in forma progressiva e migliorativa, uscendo dalla logica del mero adempimento.

Non si hanno altre questioni da affrontare per cui la seduta si chiude alle ore 18.30, Della riunione è redatto il presente verbale che viene letto, approvato e sottoseritto.

Dott. Vincenzo Lorenzini

Presidente

Dr.ssa Teresa Volponi

Componente

Dr. Adriano Scaletta

Componente

Dr.ssa Elena Gattei

Segretario verbalizzante

Roma, lì 25 giugno 2018

IFO Roma \_ Sintesi verifiche performance organizzative 2017 PROPOSTA OIV

	DIPARTIMENTO	Struttura	Proposta definitiva OIV
1	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia dell'Apparato Digerente	86,79%
2	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica	91,82%
3	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	85,64%
4	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Ginecologia	87,33%
5	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Ortopedia	86,58%
6	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Senologica	87,20%
7	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale	86,99%
8	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Chirurgia Toracica	92,96%
9	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Urologia	87,11%
10	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Neurochirurgia	83,84%
11	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Oncologia Medica 1	88,97%
12	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Oncologia Medica 2	89,07%
13	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Ematologia	93,40%
14	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Terapia del Dolore (ex Rianimazione Amb e DH)	89,05%
15	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Cardiologia	89,46%
16	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Endocrinologia	89,83%
17	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Neuroncologia	90,00%
18	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	88,15%
19	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva (ex Rianimazione RO e ex Aneste	87,94%
20	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	UOSD Fisiopatologia Respiratoria	86,68%
21	DIP. CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	Servizio di Psicologia	85,50%
22	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOC Dermatologia Clinica	85,43%
23	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOC Fisiopatologia Cutanea	91,42%
24	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatologia Oncologica	92,77%
25	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatologia MST, Ambiente Tropicale e Immigrazione	87,42%
26	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	89,09%
28	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Patologia Clinica e Microbiologia	89,38%
29	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Porfirie e Malattie Rare	88,32%
30	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico	84,92%
31	DIP. CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	UOSD Dermatopatologia	92,79%
32	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Medicina Nucleare	86,11%
33	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Patologia Clinica	87,78%
34	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Radioterapia	100,00%
35	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Radiologia	94,66%
16	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOC Anatomia Patologica	86,76%
37	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	UOSD Laboratorio Fisica Medica e Sistemi Esperti	100,00%
18	DIP. DI RICERCA, DIAGNOSTICA AV. E INNOVAZ. TECN.	Serv. di Immunoematologia e Medicina trasfusionale	92,96%
19	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica	100,00%
10	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori	100,00%
1	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Modelli Preclinici e Nuovi Agenti Terapeutici	100,00%
12	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Network Cellulari e Bersagli Terapeutici Molecolari	100,00%
3	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD SAFU	100,00%
4	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	UOSD Biostatistica Bioinformatica	87,25%
5	DIREZIONE SCIENTIFICA IRE	Servizio Epidemiologia e Registro Tumori	95,13%
6	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Direzione di Presidio IRE	87,50%
7	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	DITRAR	87,50%
8	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	UOC Farmacia	87,00%
9	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	UOSD Banca del tessuto Muscolo Scheletrico	88,74%
2	DIREZIONE GENERALE	UOS PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	88,00%
3	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOS SAR	84,75%
4	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC RISORSE ECONOMICHE	93,00%
5	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	93,31%
6	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC SERVIZIO TECNICO	92,50%
7	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOSD TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI	88,00%
8	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC RISORSE UMANE	91,75%
9	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	UOC AFFARI GENERALI	85,00%