

DELIBERAZIONE N. 219 DEL 13/03/2019	
OGGETTO: Adozione del Piano della Performance 2019-2021	
Esercizi/o . Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: . Servizio Risorse Economiche: Cinzia Bomboni	Il Direttore Generale Dott. Francesco Ripa di Meana Proposta n° DL-202-2019
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 08/03/2019 IL DIRETTORE SANITARIO Branka Vujovic	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 05/03/2019 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 01/03/2019 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 04/03/2019 Positivo	
La presente deliberazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: - piano delle performance allegato pag:56	

Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
Visto il T.U. sul pubblico impiego d.lgs. n 165 del 30/03/2001;
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 aggiornamenti;
- Vista la Legge R.L. n.1 del 16/03/2011 art.10, comma 1 lett.a;
- Vista la L. n.114/2014 di conversione del d.l. 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 Funzione Pubblica;
- Vista la Delibera CIVIT n.112/2010 avente ad oggetto “struttura e modalità di redazione del Piano della Performance”;
- Visto il Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 (approvato con Delibera ANAC n.72 dell’11/09/2013), dell’aggiornamento 2015 al PNA adottato con Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 nonché del PNA 2017 approvato con deliberazione n.1208 del 22/11/2017;
- Considerato che con Delibera 950 del 21 Dicembre 2015 gli IFO hanno adottato il “Sistema Aziendale di misura e valutazione delle performance degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri”, sistema nel quale il Piano Triennale delle Performance è un documento programmatico fondante

- Considerato che nel Piano della Performance trovano esplicitazione l'identità Aziendale, gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali, le aree di performance individuate con la declinazione degli obiettivi strategici;
- Considerato infine che detti obiettivi strategici troveranno nella programmazione operativa Budget 2019 la declinazione specifica per Cdr con i relativi obiettivi operativi, indicatori e target di risultato su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
- Ritenuto pertanto tale piano uno strumento fondamentale per la corretta attuazione del Ciclo di gestione della Performance per il triennio 2019- 2021;
- Ritenuto necessario confermare fra gli obiettivi strategici dell'istituto quelli in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione attraverso il Piano Anticorruzione e Trasparenza con il quale il Piano Triennale delle Performance è integrato;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;
- Attestato in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Propone

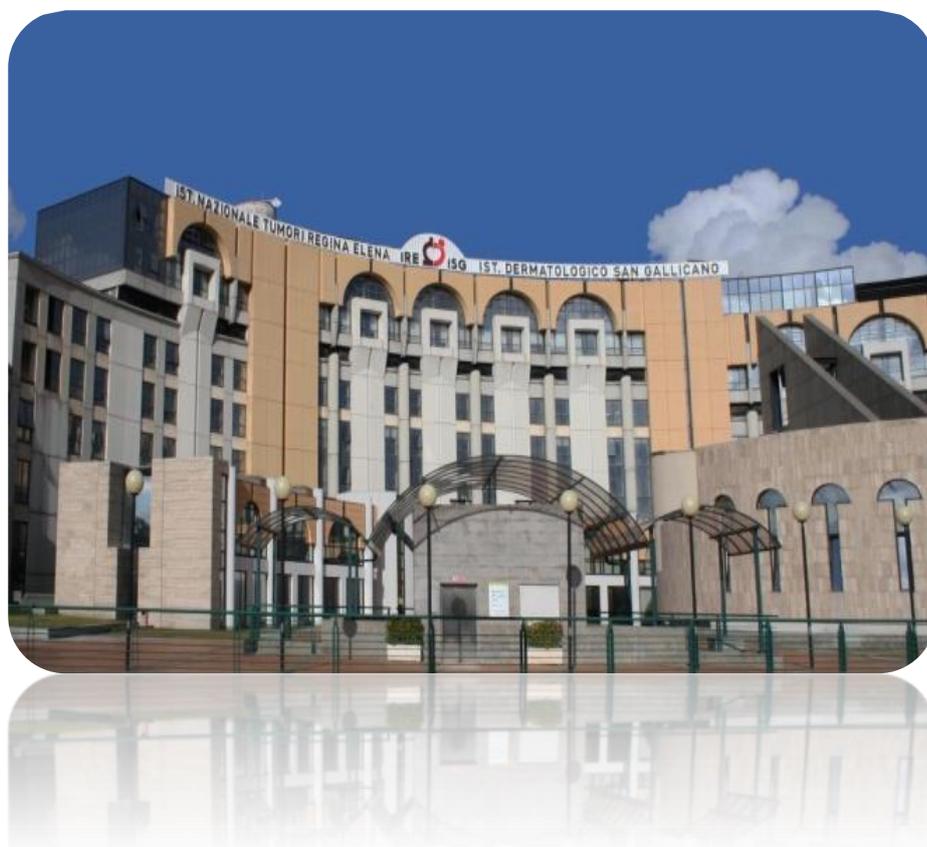
di adottare il "Piano della Performance 2019- 2021" allegato quale parte integrante del presente provvedimento (allegato1).

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 FISIOTERAPICI OSPITALIERI
Piano delle Performance
2019-2020-2021





INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

2. INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

3. ANALISI DEL CONTESTO

4. ALBERO PERFORMANCE

5. BUDGET 2019 PROGRAMMAZIONE OPERATIVA:

- **OBIETTIVI MUST**
- **PROGETTI DI SVILUPPO**

6. CICLO DELLE PERFORMANCE: TIMING

Sezione 1:
Presentazione del Piano

1 PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

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

La pianificazione strategica prende avvio dalla pianificazione regionale, con particolare riferimento ai piani operativi e dagli indirizzi di cui ai decreti commissariali. Su questa base si definisce il Piano Triennale delle Prestazioni e dei Risultati dell'Azienda (Performance) e, attraverso il ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) si assegnano gli obiettivi al personale dirigenziale e non dirigenziale tenendo conto sia del contesto sopra delineato sia della performance organizzativa che del livello di appropriatezza raggiunto negli anni precedenti. Per la valutazione della performance individuale saranno applicati i regolamenti e gli accordi aziendali da riconsiderare nell'ambito del generale sistema di misurazione e valutazione della performance.

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

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

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

Sono inoltre da tenere in considerazione i seguenti elementi fondamentali:

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

Il Piano della Performance quindi:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da aggiornare entro il 31 gennaio di ogni anno;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase programmatoria del Ciclo di gestione della performance

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



2 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

CHI SIAMO

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – (IFO) di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con RD del 4/8/1932 n. 1296, comprendono gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS riconosciuti con DM 22/2/1939):

- Regina Elena – IRE, per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- San Gallicano – ISG per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

La sede è in Roma, Via Elio Chianesi n. 53, cap 00144.

Il sito ufficiale internet dell'Istituto è all'indirizzo web: <http://www.ifo.gov.it>

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata: aagg@cert.ifo.it

Gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, ai sensi della recente normativa, vengono assolti attraverso la pubblicazione sul sito.

MISSION E VISION

Dotarsi di una mission, una vision ed un sistema di valori, dichiararli, comunicarli, è indispensabile per stabilire la propria funzione ed identità, individuare un percorso, indicare un orizzonte di impegno a tutto il personale e ai cittadini che accedono agli IFO.

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



La mission primaria degli IFO è quella di contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, di prevenzione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita, secondo le previsioni del Piano Sanitario Nazionale, nel presupposto che garantire ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute sia un compito fondamentale.

In quest'ottica la mission si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui gli Istituti operano. In particolare, l'integrazione organizzativa si realizzerà nella definizione di un modello di Governance che, potenziando le sinergie, valorizzi nel contempo le peculiarità e specificità dei due IRCCS IRE e ISG.

La maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione degli IFO, risiede anche nel Clinical Trial Center condiviso tra IRCCS IRE e IRCCS ISG, con l'individuazione di iniziative comuni, mantenendo e rafforzando le singole progettualità di ricerca degli istituti, affidata ai due Direttori Scientifici. Questo significa definire con chiarezza i criteri e i livelli dei processi decisionali, identificando anche obiettivi strategici comuni e condivisi.

E' di fondamentale importanza che la realizzazione di questi obiettivi sostenga, in quanti partecipano alle attività istituzionali, una forte motivazione nel proprio quotidiano impegno di lavoro.

Pertanto, un carattere distintivo della Direzione Strategica è quello di avere come obiettivo una comunicazione efficace e la condivisione delle strategie da perseguire, con il personale degli Istituti.

In questa visione si intende investire non solo nella promozione delle professionalità, ma anche nello sviluppo della condivisione delle strategie e delle politiche aziendali.

La "mission" specifica degli IFO

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

La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

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

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

istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo “stato dell’arte” della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati.

In questo settore, la presenza di biobanche in GLP permetterà una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

La vision e i valori degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri

La vision degli IFO è contenuta in quattro elementi:

- una forte identità, come motore del posizionamento strategico in campo internazionale per la dermatologia e l’oncologia;
- essere un player di peso nell’area delle scienze omiche applicate alla medicina e della medicina di precisione;
- essere un pivot nel SSN e nel SSR nella ricerca scientifica e nella ricerca organizzativa o sui sistemi sanitari;
- valorizzare la patient experience come elemento fondamentale della relazione di cura e come driver per lo sviluppo organizzativo degli IFO.
- sistema prodotto-servizio, ossia come garantire la massima eccellenza nei contenuti professionali dei servizi erogati e nella vissuta dal fruitore degli stessi servizi;

I valori che maggiormente rappresentano gli IFO sono:

Affidabilità

Gli istituti, nell'insieme delle loro componenti, 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. Gli impegni presi sono rispettati da tutti gli Operatori, ognuno per gli aspetti di specifica competenza.

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. Gli Istituti rendono facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai cittadini per scegliere i servizi, orientarsi ed accedere alle prestazioni di cui hanno necessità; si impegna inoltre nel miglioramento continuo della qualità, nel valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e nel mantenere il tempo di attesa per la 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 la capacità di raggiungere risultati in termini di salute con il minor impegno di risorse possibile.

Il processo decisionale, nella capacità di raggiungere gli obiettivi che si intendono perseguire, seleziona le azioni basandole su prove di evidenza; occorre adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dei risultati clinici con gli stessi raggiunti di volta in volta. Ogni attività innovativa per la quale non risulterà possibile disporre di confronti e di esperienze a livello nazionale, europeo o internazionale dovrà essere previamente vagliata ed approvata dal Comitato Etico.

Equità

Gli Istituti garantiscono, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dal Servizio Sanitario Regionale, assicurando agli Assistiti condizioni di equità, economicamente sostenibili.

Flessibilità

Gli Istituti, nell'insieme delle sue componenti, esprimono la volontà e la capacità di adeguare i comportamenti e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Ente; rendono sensibile e specifica l'azione e gli interventi organizzativi favorendo la traslationalità delle attività cliniche e di ricerca a cui gli stessi devono dare risposta.

Trasparenza e Integrità

La Direzione, ai sensi delle vigenti norme in materia di Prevenzione della corruzione (Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i.) e della Trasparenza (Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i.), garantisce l'applicazione delle misure di contrasto alla corruzione, adotta gli strumenti di prevenzione del fenomeno corruttivo e realizza politiche per la pubblicità, la trasparenza e la diffusione delle informazioni.

E' garantita la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati; garantisce altresì la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, nel suo ambiente interno ed in quello esterno. E' attribuito un ruolo nella programmazione al metodo del confronto con le Organizzazioni Sindacali del Servizio Sanitario Nazionale, il Tribunale per i Diritti del Malato, le Associazioni di tutela dei Cittadini e degli Utenti, le Associazioni di Volontariato accreditate.

Cura dell'Organizzazione:

Gli Istituti accorpati orientano 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. Gli Istituti hanno bisogno di poter contare su persone preparate, che diano pratica attuazione ai valori fondanti ed ai principi organizzativi rappresentati nel presente Atto.
- un'organizzazione secondo il sistema delle reti, differenziata ed integrata internamente e con l'ambiente esterno. Per perseguire questa strategia, l'azione degli Istituti è volta alla ricerca di sinergie a livello nazionale ed internazionale con altri Enti di Ricerca, con le Università, con gli IRCCS, con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale.

E' garantita la trasparenza nelle decisioni e l'ampia partecipazione dei professionisti sia attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro che permetta a tutti, a prescindere dal ruolo, di sentirsi protagonisti delle trasformazioni operative ed organizzative, sia tramite la promozione dello sviluppo continuo delle conoscenze e competenze, il coinvolgimento dei propri Operatori e dei Dirigenti nelle scelte professionali ed organizzative, avvalendosi di un forte sistema di relazioni sindacali orientato all'affermazione ed al rispetto dei valori degli Istituti.

In definitiva si vuole creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori, l'utilizzo dei risultati della ricerca ai fini di migliorare l'intero processo diagnostico-terapeutico-assistenziale e riabilitativo, nel primario interesse della tutela della salute dei cittadini, sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Umanizzazione:

Oggi buona parte degli Ospedali corre il rischio di concentrarsi troppo sulla cura della malattia e pensare di meno all'integralità della persona. Questo può accadere in misura direttamente proporzionale alla sofisticatezza delle tecnologie e delle strategie di cura e di ricerca di cui dispongono le strutture sanitarie: più elevato è il livello di eccellenza e di professionalità specialistica e più si corre il rischio di trascurare la componente di disagio che prova la persona, disagio che può influenzare negativamente anche l'esito delle cure. La malattia oncologica, le patologie infettive provocano sicuramente uno sconvolgimento nella vita dei pazienti e spesso ne compromette il benessere psicologico; per tale ragione, è necessario prendersi cura di queste persone in modo globale.

Proprio per questo l'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali, risulta oggi come non mai di grande attualità ed è uno degli obiettivi più importanti da realizzare.

Gli Istituti, inoltre, intendono promuovere sperimentazioni anche relativamente alla reingegnerizzazione delle procedure amministrative e la messa a punto di modalità gestionali in grado di coniugare all'eccellenza delle prestazioni l'utilizzo etico delle risorse disponibili, anche esterne agli Istituti. In tal senso rafforzerà i rapporti con il Territorio ed i Medici di Medicina Generale attraverso la realizzazione di accordi intesi a garantire un forte ruolo di collegamento tra questi ultimi e l'area ospedaliera, con specifico riferimento alla prevenzione ed alla diagnosi precoce delle malattie oncologiche, consentendo l'uso appropriato delle rispettive risorse.

GOVERNO CLINICO

Gli IFO, in armonia con le vigenti disposizioni, adottano i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo per perseguire:

- il miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza, supportando l'integrazione della visione della componente clinico-assistenziale con quella organizzativo-gestionale
- il potenziamento dell'integrazione, la ricerca e pratica clinica.

In questo modo la Direzione Strategica degli IFO intende assicurare il raggiungimento di specifici standard di eccellenza, sia in termini di risultati raggiunti che di adozione di interventi di documentata efficacia.

La strategia che gli IFO intendono perseguire, basandosi sul sistema di Governo Clinico, si sviluppa nelle seguenti azioni:

- orientare e promuovere l'attività degli operatori sanitari verso obiettivi di efficacia ed appropriatezza mediante interventi sanitari basati sulle migliori prove di efficacia disponibili a livello nazionale e internazionale;
- utilizzare la formazione permanente quale leva per la crescita professionale e personale dei professionisti;
- sostenere il ricorso all'utilizzo dell'audit clinico come strumento di miglioramento continuo della qualità delle cure, favorendo un confronto tra professionisti secondo la logica del peer-to-peer learning;
- seguire i criteri della trasparenza e della verificabilità dei risultati per il contenimento dell'incertezza tecnica e delle variabilità in medicina e nell'assistenza, con la finalità di orientare i comportamenti professionali verso una realizzazione responsabilizzata al corretto utilizzo delle risorse secondo i principi di appropriatezza ed economicità;

- porre in essere modelli innovativi di analisi dei processi clinico-organizzativi per introdurre i cambiamenti utili a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, con il coinvolgimento di tutti gli attori IFO come parte del cambiamento stesso;
- garantire la sicurezza del paziente attraverso l'introduzione di un Sistema di Gestione del Rischio Clinico (SGRC) per il monitoraggio, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi.

Gli ambiti principali in cui tali azioni sono svolte sono:

- la qualità
- la certificazione e accreditamento
- la gestione del rischio clinico
- i percorsi di cura.

Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni rese costituisce uno dei valori di riferimento che si intendono assumere come base delle proprie azioni di governo e di gestione.

Gli IFO basano l'approccio alla cura, all'assistenza e alla ricerca in campo clinico sulla cultura della "Qualità" e della "Sicurezza delle cure" considerati elementi fondamentali del buon "Governo Clinico", adottando il metodo della verifica e della revisione della qualità delle prestazioni erogate attraverso:

- il monitoraggio dei processi e degli esiti delle attività mediante un sistema di indicatori "ad hoc"
- lo sviluppo, messa in atto e monitoraggio di procedure organizzative
- la realizzazione di azioni finalizzate ai controlli di qualità.

Le UUOO che costituiscono gli IFO danno concretezza all'azione di miglioramento continuo anche attraverso percorsi di certificazione e di accreditamento.

Gli IFO, per la sicurezza delle cure, ricorrono alla **“gestione del rischio clinico (GRC)”**, inteso come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, rivestendo un ruolo decisivo e di particolare significato, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di qualità. Tale processo viene svolto coinvolgendo e responsabilizzando tutti gli operatori (sanitari e amministrativi) e favorendo una migliore comunicazione e relazione tra il personale e tra il personale e i cittadini.

La Direzione adotta, in tal senso, azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività compresa l’attività di radioprotezione in ottemperanza alla vigente normativa che diventa prassi ordinaria della gestione aziendale.

E’ previsto il ruolo di **“risk manager”**, al fine di garantire la sicurezza della pratica clinico assistenziale, dando piena attuazione all’art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 e s.m.i. nonché alla Legge n.24/2017 sulla responsabilità professionale, in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Il “risk manager” risponde del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella - SIMES) ed elabora e contribuisce a realizzare il Piano Annuale di Risk Management (PARM).

Opera per conto della Direzione Strategica e supporta le Direzioni dei Dipartimenti e delle UUOO per lo sviluppo delle iniziative aziendali sull’argomento.

Pari importanza gli IFO la dedicano alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) che mediante il relativo Comitato adotta con protocolli aziendali le misure riconosciute efficaci. Gli IFO, per rafforzare le azioni messe in atto per garantire un’assistenza e cura di “qualità” e “sicura”, hanno attivato il “Comitato di Valutazione Sinistri” prevedendo tra i suoi componenti il “Risk Manager” utile alla messa in atto di iniziative di tipo “reattivo” con le strutture coinvolte nella gestione dell’evento.

Gli IFO rafforzano la funzione di gestione del rischio con la rete di "Facilitatori" locali, formati all'utilizzo di strumenti propri del sistema qualità e del rischio clinico (es. M&M, Audit clinico-organizzativi, ecc), che rappresentano un supporto operativo alle Direzioni dei Dipartimenti clinici e di ricerca e alle UU.OO.

I processi sopra descritti, si realizzano attraverso l'integrazione professionale nelle UU.OO. di Cura e attraverso l'integrazione con la componente tecnico-amministrativa per le attività di supporto.

I percorsi di cura

La Direzione Strategica ha individuato linee di sviluppo dei processi di accoglienza e umanizzazione delle cure, per promuovere e costruire percorsi di presa in carico del paziente oncologico e dermatologico in un "percorso" completo, anche in collaborazione con Associazioni di Volontariato, utilizzando come leve l'introduzione o revisione di modelli organizzativi che facilitino l'approccio al "percorso di cura" (es. intensità di cure, piattaforme ambulatoriali e di servizi) e di strumenti quali i **Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**.

I vantaggi si misurano in termini di:

- migliore accessibilità ai servizi con percorsi unificati nei quali l'utenza è orientata e guidata verso soluzioni più adatte ai problemi evidenziati (punti di accoglienza, day service, assistenza specialistica ambulatoriale, percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta);
- benefici significativi determinati da una migliore integrazione delle competenze multidisciplinari nei diversi profili professionali con una ottimizzazione delle risorse strumentali ed economiche disponibili.

La Dotazione di posti letto per gli IFO nella DCA U00291 del 18 luglio 2017, prevede un totale di 284 posti di degenza ordinaria, di Day Hospital e di Day Surgery.

La distribuzione, tra area medica, area chirurgica e intensiva è presentata dalla tab. 1

Tab. 1 - Dotazione totale posti letto (P.L.) IFO (IRE e ISG) (Codice aziendale 908)

Area	Codice Disciplina	Descrizione	PPLL ORD	PPLL DH
M		Area Medica	77	
	02	DH Multispecialistico		37
C		Area Chirurgica	103	
	12	Ch. Plastica	14	
	13	Ch. Toracica	20	
	30	Neurochirurgia	8	
	98	DS Multispecialistico		15
AC	49	Terapia intensiva	10	
		Fase 1 e Medicina di precisione (*)	2	5
Totale			234	57
				291

(*) i posti letto non sono a carico economico del SSR.

IFO PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2017					
RUOLI	PERSONALE				
	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	CO.CO.CO. Assistenza	CO.COC.CO RICERCA	TOTALE
SANITARIO					
Dirigenti Medici	225	7	20		252
Dirigenti sanitari	45		21		66
comparto sanitario	401	1	5	(*) 123	530
TOTALE SANITARIO	671	8	46	123	848
PROFESSIONALE					
Dirigenti	4				4
Assistente religioso	2				2
TOTALE PROFESSIONALE	6				6
TECNICO					
Dirigenti	3				3
Comparto	74		2	24	100
TOTALE TECNICO	77		2	24	103
AMMINISTRATIVO					
Dirigenti	5				5
Comparto	139	1		43	143
TOTALE AMMINISTRATIVO	144	1		43	188
TOTALE GENERALE	898	9	48	190	1145

(*) di questi, 36 sono dedicati prevalentemente all'assistenza.



L'organizzazione degli IFO rispecchia, nel disegno e nelle modalità operative, i principi e i valori espressi, valorizzando le competenze clinico-assistenziali e tecnico-diagnostiche, organizzative, gestionali – nei Dipartimenti di produzione clinica e di ricerca; manageriali, organizzative, di leadership e di servizio – nelle aree di supporto alla produzione.

Nel mese di novembre 2018 è stato proposto un Nuovo Atto Aziendale.

La rappresentazione dell'organizzazione secondo il nuovo Atto sarà integrata nel presente piano dopo l'approvazione Regionale.

Sezione 3: Analisi del contesto

3 ANALISI DEL CONTESTO

Ruolo degli IFO nel quadro Nazionale e Regionale

Gli IFO intendono assumere un ruolo centrale, quale punto di riferimento oncologico e dermatologico in Italia e nel Lazio, sede degli investimenti pubblici più rilevanti in alta tecnologia, luogo di ricerca internazionale e attore chiave nel promuovere il coordinamento delle reti cliniche, l'innovazione e la diffusione del sapere scientifico a livello nazionale e regionale.

L'alta specializzazione dell'assistenza ed il livello di competenza acquisiti in quasi un secolo di storia, oltre che l'impegno sul terreno della ricerca traslazionale, permetteranno agli IFO di consolidare un ruolo da centro di riferimento nazionale. Inoltre, integrare ricerca, assistenza e didattica, rappresenta per IFO non solo un compito istituzionale, ma una priorità, un valore di riferimento per garantire innovazione e sviluppare sinergie per il miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali, anche in relazione all'appropriatezza degli stessi e alla relazione con i bisogni di salute.

In questa prospettiva gli IRCCS ISG e IRE devono e vogliono assumere un ruolo ancora più importante all'interno della ricerca nazionale e internazionale: gli IFO devono diventare il punto di riferimento in Italia e devono confrontarsi in misura crescente con gli istituti stranieri, soprattutto su tutti i temi connessi all'omica, alla precision medicine ed alle immunoterapie. Per ottenere ciò, occorre una riorganizzazione e sviluppo degli assets per la ricerca clinica e di infrastrutture a supporto.

Il primo intervento attuato è stato il Clinical Trial Center, per coordinamento e il supporto delle sperimentazioni cliniche profit e *no profit*. Il Clinical Trial Center affianca gli sperimentatori clinici con lo scopo di garantire la progressione delle sperimentazioni secondo quanto stabilito dai protocolli, con particolare riferimento all'arruolamento dei pazienti, ai consensi informati, alla registrazione dei risultati, alla verifica dell'appropriatezza del setting e della congruità delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria.

Un ulteriore intervento, a sostegno dell'attività scientifica, di ricerca e di offerta di nuove prospettive di cura ai pazienti dell'IFO e della Comunità Nazionale, è stato, nel 2018, l'attivazione

del Centro Clinico per la ricerca di Fase 1, con una struttura e personale dedicati. Il Centro clinico di Fase 1 può diventare una piattaforma di sviluppo di linee di ricerca non profit per i ricercatori dei laboratori di ricerca preclinica degli IFO e per i clinici presenti nelle UUOO di cura.

Di seguito sono sinteticamente elencate alcune peculiarità degli IFO e, in particolare, dei due IRCCS che lo compongono, l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Gallicano.

L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena:

A. a livello nazionale e internazionale

Ricerca

- Collaborazione con il Registro Tumori della Provincia di Latina e con l'Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM) per dati epidemiologici.
- Collaborazione con Rete Nazionale di Farmacovigilanza e Registri di Sorveglianza AIFA.
- Socio fondatore e componente del Direttivo della rete nazionale di Alleanza Contro il Cancro (ACC)
- Componente della rete nazionale per la ricerca traslazionale A-IATRIS
- Hub della rete nazionale Tumori Rari
- Sede di numerosi trial clinici sia sponsorizzati che indipendenti, molti dei quali (AIRC, etc.) multicentrici a livello internazionale e nazionale.
- Attrazione di significativi finanziamenti competitivi per la ricerca traslazionale e clinica
- Organizzazione di numerosi corsi di formazione, workshop e seminari su temi specifici di carattere oncologico

Assistenza

- elevata qualificazione con attrattività legata ai volumi ed alle professionalità chirurgiche presenti, con elevata mobilità attiva extraregionale.
- utilizzo di robotica e strumentazione diagnostica e terapeutica all'avanguardia per l'assistenza.

B. a livello regionale

- Hub all'interno del network per patologie oncologiche e malattie rare (Poliposi familiare del colon, etc.).

C. a livello aziendale

- Elevati volumi di attività per tutte le discipline oncologiche,
- Istituzione ed implementazione dei Disease Management Team (DMT) IFO nell'ambito dell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali di tipo orizzontale ed interdipartimentale per le patologie oncologiche.

L'Istituto San Gallicano:

A. a livello nazionale ed internazionale

Ricerca

- Trials sperimentali multicentrici con Aziende Farmaceutiche
- Sviluppo delle attività relative alla Dermatologia Internazionale mirate al miglioramento delle condizioni di salute in particolare quella dermatovenereologica delle popolazioni più fragili attraverso progetti di sviluppo in collaborazione con centri ospedalieri ed universitari dei Paesi Terzi;
- Convenzioni con Università e Centri di ricerca scientifica internazionali per la conduzione di progetti condivisi di ricerca su patologie dermatovenereologiche ed anche formazione come ad esempio con l'Istituto IARC di Lione per ricerche virologiche e biomolecolari in soggetti a rischio, il Memorial Sloan Cancer Center per le metodiche diagnostiche non invasive;

Assistenza

- Coordinamento della Rete Dermatologica degli IRCCS
- Centro sentinella MST in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del sistema nazionale di sorveglianza e controllo delle infezioni da HIV;
- Attività di sentinella e sorveglianza in ambito di dermatosi professionali, ambientali ed allergiche in collaborazione con l'INAIL;

B) a livello regionale

- Referente per le malattie rare individuate dal DCA n. U00063 del 26.02.2018 (in particolare per le Porfirie e Malattie metaboliche ereditarie).
- Hub all'interno del network per patologie dermatologiche in particolare nell'ambito della Melanoma Unit all'interno della Rete oncologica regionale.
- Centro di Riferimento Regionale per la Malattia di Hansen e le Patologie Dermatologiche Tropicali (Deliberazione Regione Lazio 387 del 28.03.2002)
- "Centro di riferimento e consulenza per la Regione e le Aziende sanitarie in merito ad iniziative di formazione degli operatori sui temi della Tutela della salute degli immigrati" (Deliberazione Regione Lazio n. 1358 del 15/04/1998).

C) a livello aziendale

- Elevati volumi di attività ed attrattività per le professionalità presenti.
- Istituzione ed implementazione dei Disease Management Team (DMT) IFO nell'ambito dell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali di tipo orizzontale ed interdipartimentale in ambito dermato-oncologico e dermatologico.
- Coordinamento Unit dermatologiche.

Parallelamente alle linee di ricerca, gli Istituti sviluppano i processi assistenziali organizzati secondo i principi dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali dei pazienti (PDTA). Al conseguimento di questo risultato concorrono Strutture Complesse e Semplici, con l'obiettivo della massima efficacia nel processo di cura.

A tal fine vengono sviluppati modelli organizzativi funzionali (UNIT), che costituiscono uno strumento operativo per realizzare aggregazioni professionali focalizzate sul trattamento di pazienti con quadri morbosi che coinvolgano singoli organi o apparati privilegiando i maggiori "big killers" oncologici che interessano la mammella, il polmone, la prostata, il colon-retto e il pancreas, e anche patologie dermato-venereologiche come la Psoriasi Unit, HPV Unit e Vitiligo Unit.

Il Contesto Interno

Il percorso nel triennio 2017-2019



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

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

Successivamente la Regione Lazio ha approvato il piano di Efficiamento 2017-2019 predisposto dagli IFO con delibera 217 del 21.03.2017.

Con la presentazione dei risultati raggiunti in sede di preconsuntivo 2017 gli IFO, in virtù del superamento della soglia di scostamento costi ricavi (L.236/2016) ha ottenuto da parte della Regione Lazio il riconoscimento dell'uscita dal Piano di efficientamento per l'anno 2018 (N.Reg. 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 sono stati programmati alcuni obiettivi di crescita di attività' .

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 attività' sono stati collegati alla programmazione delle risorse necessarie

E' stata presentata in regione una proposta di concordamento con questi fattori di crescita. 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.

Nel 2018 gli IFO hanno definito i seguenti atti di programmazione

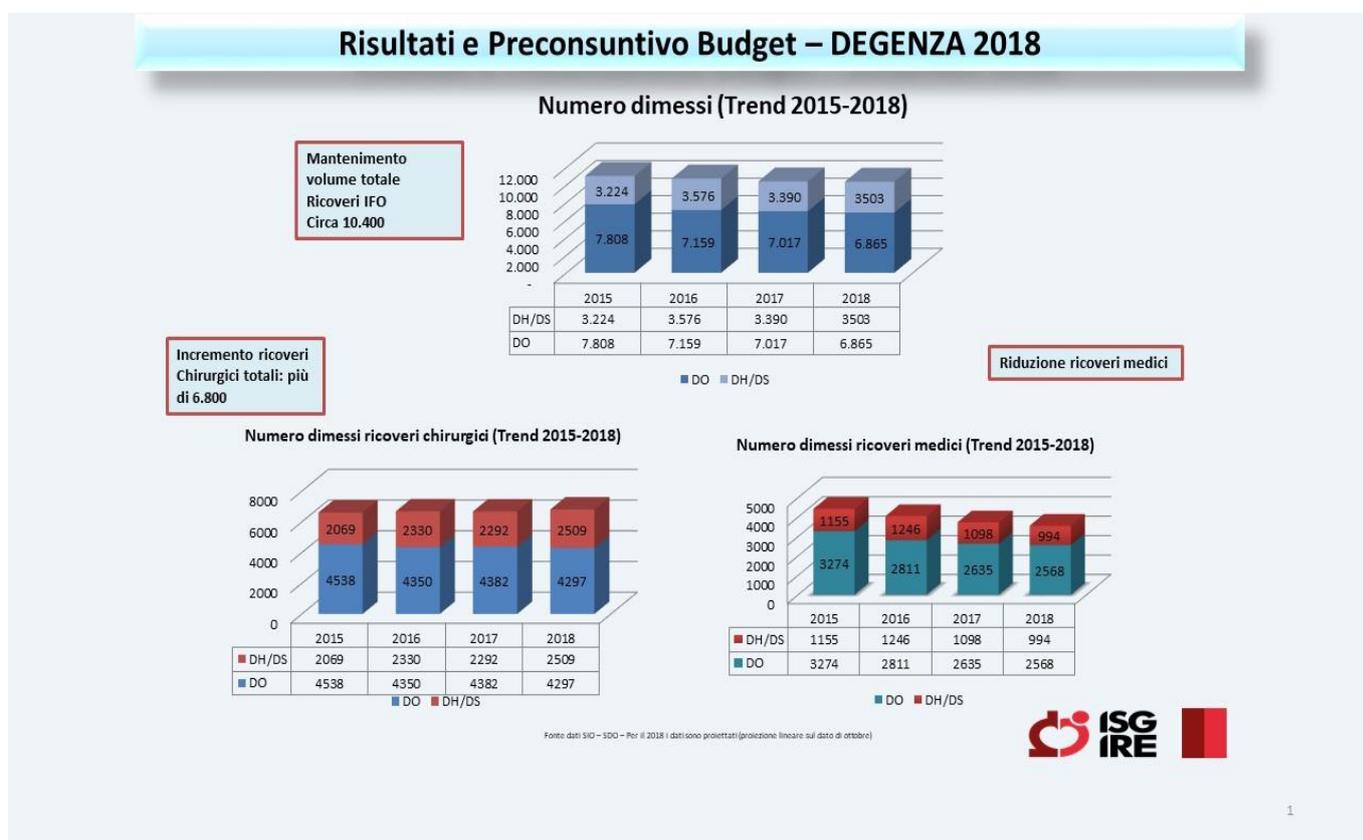


E' in fase di attuazione la verifica del raggiungimento degli obiettivi di programmazione 2018.

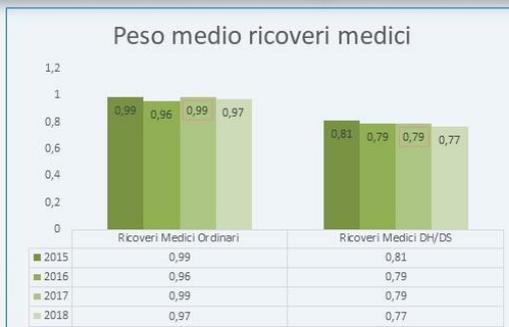
Di seguito i principali risultati emersi dall'analisi di preconsuntivo.

Risultati attività 2018

Si riportano di seguito i principali dati di attività per il 2018 e la loro evoluzione rispetto agli anni precedenti - I dati sono stimati sulla base della produzione consolidata ad ottobre



Risultati e Preconsuntivo Budget – DEGENZA MEDICA 2018



Peso medio DRG Ricoveri Medici invariato



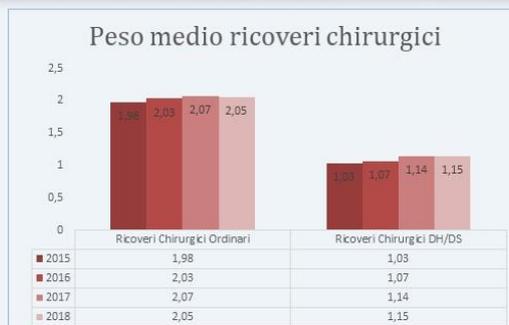
Numero Ricoveri a rischio inappropriatezza invariato



Fonte dati SIO – SDO – Per il 2018 i dati sono proiettati (proiezione lineare sul dato di ottobre)

2

Risultati e Preconsuntivo Budget – DEGENZA CHIRURGICA 2018



**Peso medio DRG Chirurgici ordinari maggiore di 2
Lieve incremento peso medio Day Surgery**

Degenza media preoperatoria in riduzione

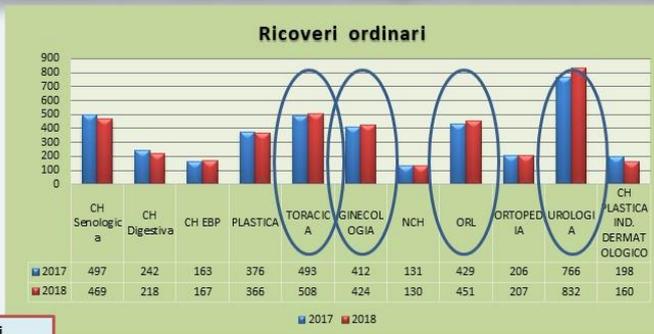


Fonte dati SIO – SDO – Per il 2018 i dati sono proiettati (proiezione lineare sul dato di ottobre)

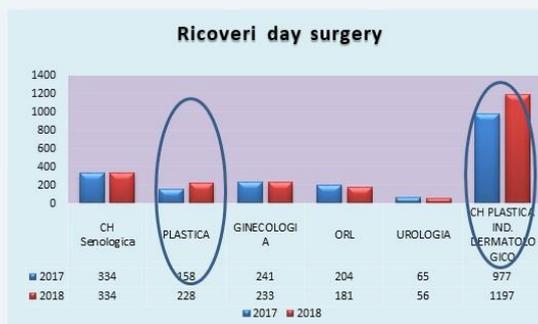


3

Risultati e Preconsuntivo Budget - INTERVENTI 2018

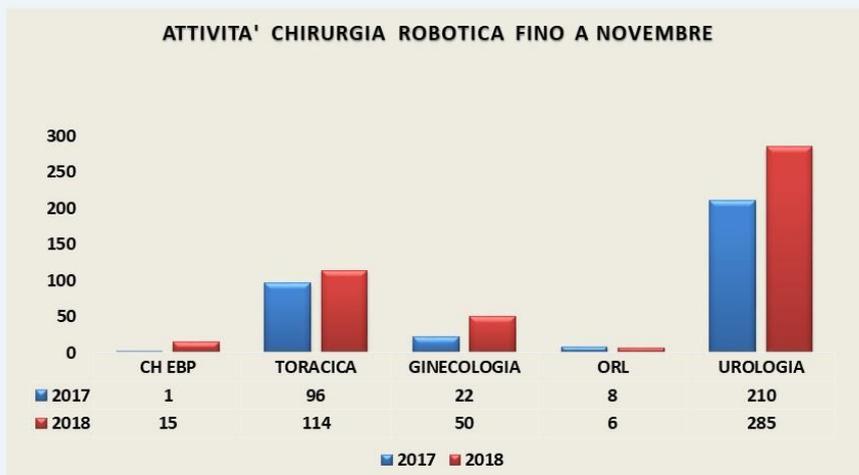


- Incrementi selettivi chirurgia ordinari
- Incremento Day Surgery Chirurgia Plastica ISG e Chirurgia Plastica IRE



4

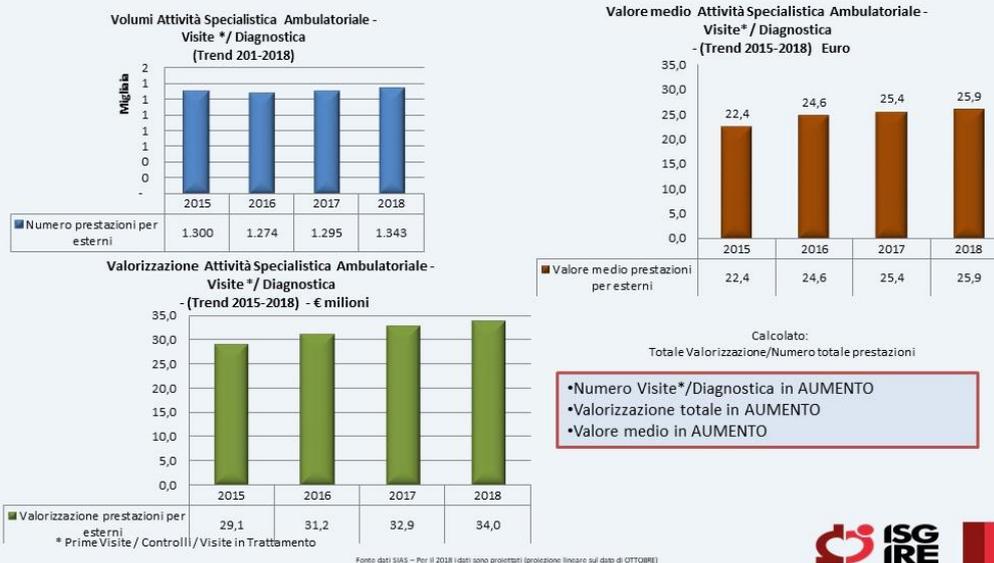
Risultati e Preconsuntivo Budget - ROBOTICA 2018



Incremento attività Robotica – Pieno utilizzo del Robot > 500 interventi

5

Risultati e Preconsuntivo Budget – ATTIVITA' AMBULATORIALE 2018



Risultati e Preconsuntivo Budget – ATTIVITA' AMBULATORIALE 2018

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	2017	2018		
Prime visite	25.905	24.498	↓	-5%
Controlli	68.232	72.848	↑	7%
Day Service PAC/APA	1.325	1.360	↑	3%
Chemioterapie ed Infusioni Farmaci	47.801	48.258	↑	1%
DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA	2017	2018		
Prime visite	7.186	7.763	↑	8%
Controlli	13.007	13.369	↑	3%
Indagini di Laboratorio	548.535	579.202	↑	6%
PET	4.684	5.431	↑	16%
Prestazioni di Radioterapia	155.411	173.330	↑	12%
Ecografie	9.213	10.811	↑	17%
Mammografie	2.062	2.068	≈	0%
Risonanze	4.286	5.032	↑	17%
Scintigrafie	921	1.062	↑	15%
TAC	15.162	15.954	↑	5%

In riduzione le prime visite

Incremento dei controlli e delle terapie

In incremento le attività di Medicina Nucleare (PET) e Radioterapia

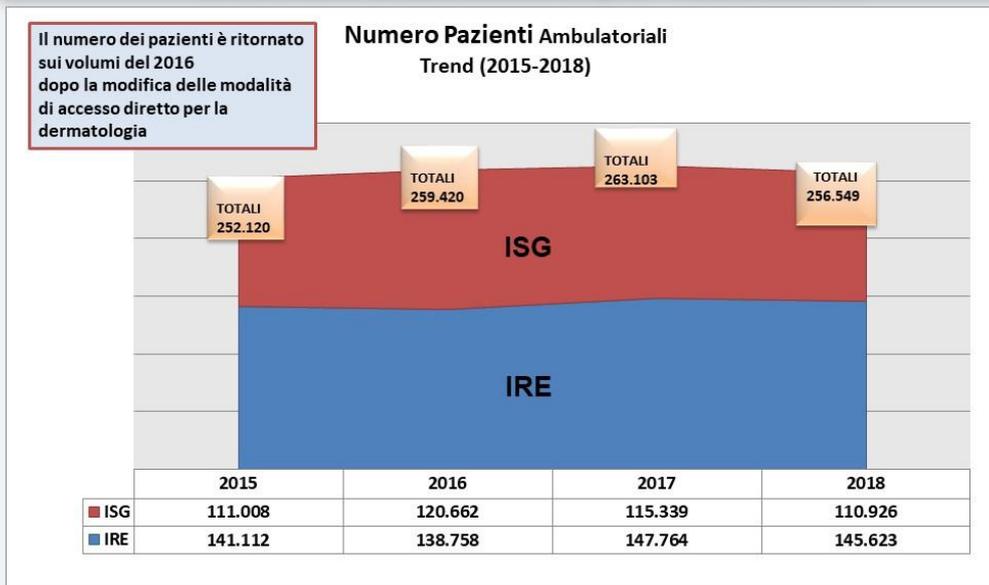
L'attivazione dello sportello ONCOLOGICO ha generato un aumento delle prestazioni di diagnostica di laboratorio e di Radiodiagnostica

Risultati e Preconsuntivo Budget – ATTIVITA' AMBULATORIALE 2018

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	2017	2018		
Prime visite	48.112	43.820	↓	-9%
Controlli	25.700	30.631	↑	19%
Indagini di Laboratorio	100.521	112.734	↑	12%
Altre Prestazioni Diagnostiche e/ o Terapeutiche	68.491	62.070	↓	-9%

Nel 2018 è stata riorganizzata la modalità di accesso alle prime visite di dermatologia clinica con criteri di appropriatezza e priorità. Con una riduzione delle visite di primo livello e un aumento dei controlli per i pazienti presi in carico

Risultati e Preconsuntivo Budget – PAZIENTI 2018



L'andamento delle attività sanitarie nel periodo osservato mostra i seguenti fenomeni:

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) in ragione del recupero dell'appropriatezza attraverso il cambio *setting* (con particolare riferimento alla chemioterapia).
- Potenziamento delle attività ambulatoriali, in particolare della Radioterapia e della medicina Nucleare
- Potenziamento delle attività di Diagnostica

Istituto San Gallicano

- Trasferimento di tutta l'attività di ricovero ordinario verso regimi assistenziali più appropriati (Day Hospitale e Ambulatoriale)
- Potenziamento delle attività chirurgiche in DS con incremento dell'appropriatezza.
- Potenziamento delle attività ambulatoriali in termini di appropriatezza
- Potenziamento delle attività di Diagnostica
-

Per entrambi gli Istituti l'andamento in crescita delle prestazioni ambulatoriali è riconducibile al processo di razionalizzazione delle attività sia in termini gestionali -organizzativi che clinico-assistenziali, attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione, fermo restando la garanzia dei LEA.

Tale obiettivo è stato perseguito sia mediante trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse sia attraverso il potenziamento del modello del *Day Service* (Pacchetti Ambulatoriali Complessi PAC e Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali APA).

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

Risultati conseguiti in ambito di Certificazione ed Accreditazione

Risultati 2018 QUALITA' ED ACCREDITAMENTO

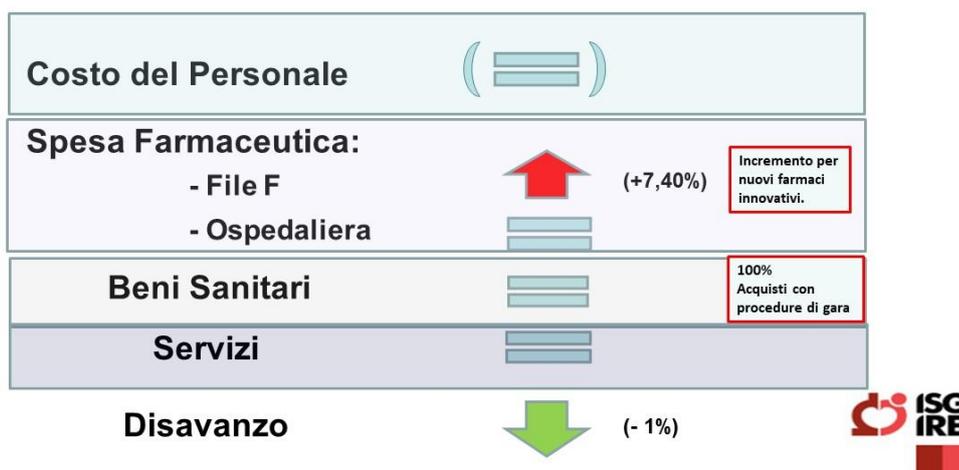
	UOOO coinvolte in IFO	ente	ultimo anno di conseguimento
Certificazione di Qualità	Tutti i reparti e servizi	ISO9001	2018
Accreditamento	Tutti i reparti e servizi	OECI	2015 e step intermedi 2017 e 2018
Accreditamento	Ematologia per i trapianti di cellule staminali	JACIE	2014 e step intermedio 2018
Certificazione 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



Andamento economico

Preconsuntivo Budget 2018

Andamento dei Costi 2018 rispetto al Budget



Criticità emergenti

Come detto la fase di verifica degli obiettivi necessita di analisi su dati consolidati, in particolare sugli obiettivi della Ricerca che verranno completate nella fase di chiusura del ciclo budget 2018.

Dai dati 'provvisori' emergono due criticità che si possono sintetizzare in

- Probabile mancato raggiungimento degli obiettivi di ricerca di alcune UU.OO.
- Difficile coerenza tra Budget e Piano Assunzionale, ritardi nell'acquisizione del personale.

Quanto detto in termini di risultati di attività ed economici, le criticità emerse e gli sviluppi progettuali determineranno le direttrici per la programmazione operativa 2019 che vedrà declinati i suoi obiettivi con riferimento all'albero delle performance con una sempre maggiore integrazione tra ricerca e clinica.

Sezione 4: Albero delle Performance

ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

Le aree strategiche e i relativi obiettivi sono strettamente connessi con:

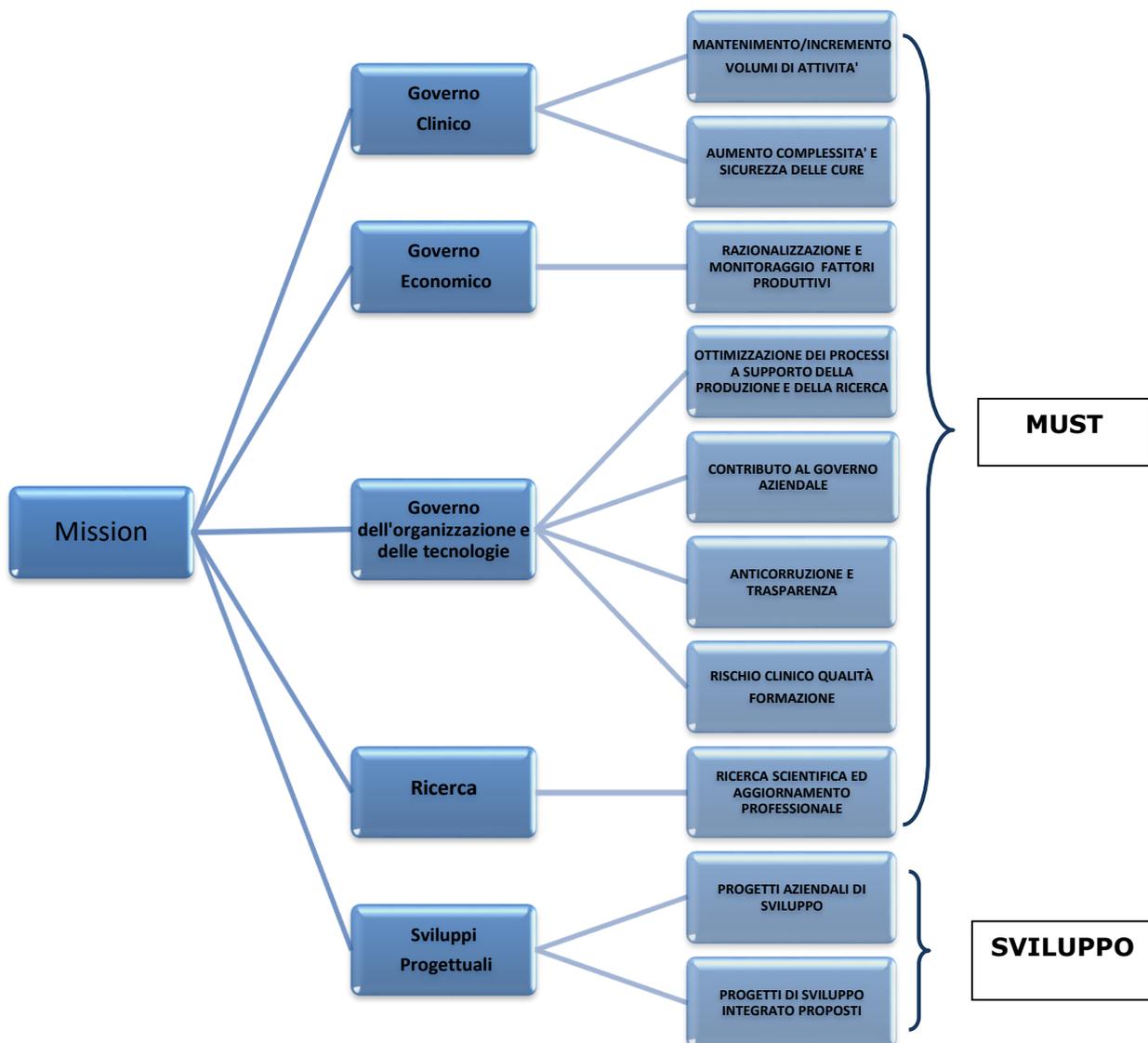
- gli obiettivi di mandato del Direttore Generale
- Piano Strategico Triennale
- Piano Anticorruzione e Trasparenza

Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori, assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

Le misure annuali di tali obiettivi sono definite nel budget e saranno rendicontate nell'ambito della Relazione sulla Performance.

Gli obiettivi strategici sono riportati anche nelle schede budget, come raggruppamenti di obiettivi operativi e di indicatori, in modo tale da comporre un sistema collegato e quindi concretamente "esplorabile" dall'alto verso il basso, e viceversa

Per l'Ifo l'albero della performance è rappresentato nella figura seguente.



Mission:

- perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale
- garantire prestazioni di eccellenza
- dare risposta adeguata ai bisogni di salute in campo oncologico e dermatologico
- consolidare competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza

Area Strategica di Governo Clinico all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi 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.

Area Strategica di Governo Economico all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi correlati al *Collegamento tra Ciclo della Performance e ciclo di programmazione economico-finanziaria e di Bilancio* al fine della corretta allocazione delle risorse agli obiettivi;

Area Strategica di Governo dell'organizzazione e delle tecnologie all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi correlati al miglioramento degli asset della produttività clinico assistenziali, legati alla riorganizzazione aziendale e agli investimenti tecnologici.

In questa area trovano collocazione obiettivi specifici correlati alle misure contenute nel Piano Aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, obiettivi di qualità, formazione e rischio clinico.

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

L'uscita dal Piano di Efficientamento nei primi mesi del 2018 e la pianificazione di documenti programmatici per gli IFO ha aggiunto all'albero delle Performance una nuova Area Strategica:

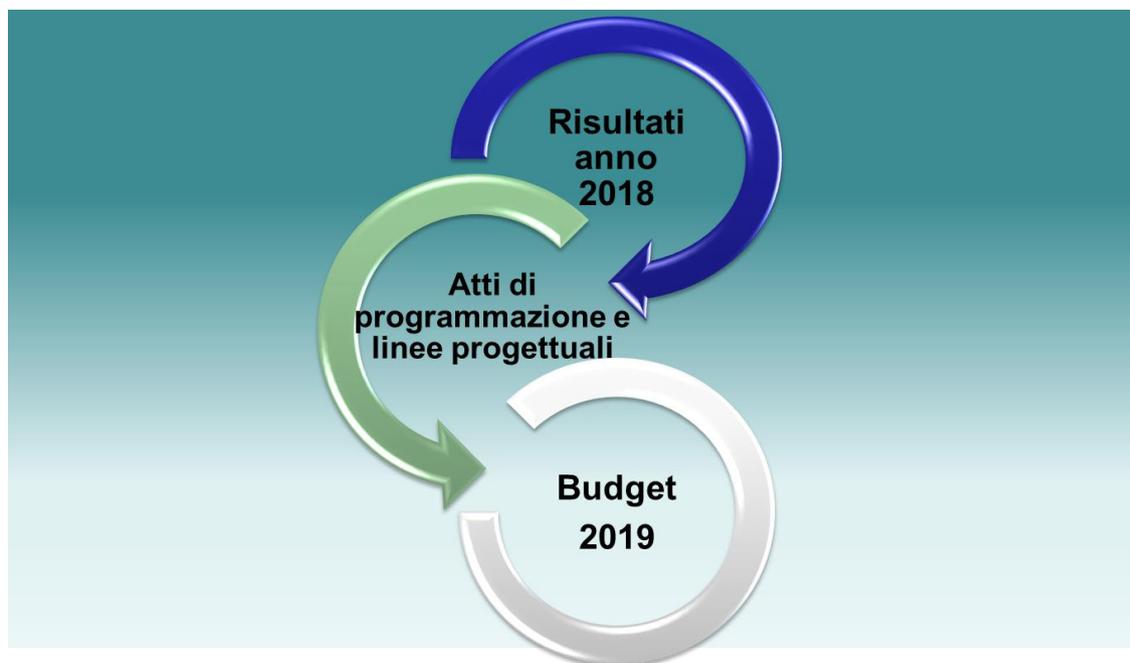
Area Strategica degli sviluppi progettuali all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi correlati ai progetti di sviluppo che nascono dai driver del piano strategico 2018-2020 e che possono essere sintetizzati nella figura seguente.



Sezione 5: BUDGET 2019 PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

- **OBIETTIVI MUST**
 - **PROGETTI DI SVILUPPO**
-

PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2019 - BUDGET



Il Budget 2019 si baserà su

- **OBIETTIVI «MUST» :**
 - ✓ che garantiscono la sostenibilità economica con valutazioni quali/quantitative
 - ✓ che puntano a correggere andamenti anomali del 2018
- **OBIETTIVI DA PROGETTI AZIENDALI DI SVILUPPO**
- **OBIETTIVI DA PROGETTI DI SVILUPPO INTEGRATO PROPOSTI DAI RESPONSABILI**

OBIETTIVI "MUST"

PRODUZIONE	MANTENERE e/o AUMENTARE VOLUMI DI ATTIVITA' RICOVERO / SPECIALISTICA / DIAGNOSTICHE
APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA	AUMENTARE COMPLESSITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE
RAZIONALIZZAZIONE E MONITORAGGIO FATTORI PRODUTTIVI	Buon uso delle Risorse: Farmaci Ospedalieri / File F / Presidi - Risorse Umane
OTTIMIZZAZIONE DEI PROCESSI A SUPPORTO DELLA PRODUZIONE E DELLA RICERCA	Aggiornamento atti programmatori / Verifica dei processi
CONTRIBUTO AL GOVERNO AZIENDALE	Rispetto adempimenti previsti da normativa / Debiti Informativi / riduzione tempistiche acquisizione personale / Sviluppo sistema informatico aziendale a supporto dei processi.
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Rispettare gli obblighi previsti / Azioni di prevenzione della corruzione
RISCHIO CLINICO QUALITA' FORMAZIONE	Mantenere Sistema di Qualità Aziendale
	Promozione buone pratiche in Azienda
	Sviluppo Sistema di Audit di UO
	Garantire la qualità della documentazione sanitaria
LISTE DI ATTESA SSN E ALPI	Garantire interventi di formazione ed aggiornamento in forma coordinata e coerente con lo sviluppo dell'organizzazione: formazione di base, formazione specialistica e formazione continua
	Gestione tramite CUP Regionale delle agende di primo accesso e di controllo, i primi accessi con priorità
CONTRIBUTO ALL'IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ SCIENTIFICA	Crescita Studi Clinici e Impact Factor

PRODUZIONE

La dimensione della produzione focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi e dei principali indicatori di performance dell'attività, di ricovero, di chirurgia, specialistica ambulatoriale e diagnostica, rispetto alle linee strategiche aziendali.

Le classi di analisi sono articolate in funzione del sistema degli obiettivi aziendali e in funzione di verificare il rispetto del vincolo la sostenibilità economica dell'azienda

L'obiettivo è sviluppare attività di eccellenza, confermando il ruolo centrale in ambito regionale per attività ad alta complessità ad elevato contenuto di professionalità e tecnologico.

APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

Gli obiettivi di mantenimento e incremento dei volumi di attività non possono essere slegati dal necessario processo continuo di miglioramento della qualità dell'assistenza.

La promozione della qualità dell'assistenza sanitaria quindi in termini di equità d'accesso e di uso delle risorse in base ad un buon rapporto costi-efficacia attraverso misure ed azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi dei criteri specifici.

Questo processo riguarda l'insieme del percorso assistenziale dall'identificazione del 'bisogno sanitario' del paziente agli esiti delle cure prestate e passa attraverso una costante valutazione con criteri e obiettivi definiti per un'assistenza di buona qualità, attraverso a scelta delle linee guida in base alla migliore evidenza, l'identificazione delle pratiche migliori, il paragone fra gli esiti di diverse strutture sanitarie (benchmarking), etc (ad esempio i risultati del PNE), la misurazione delle quote di inappropriatezza ed un monitoraggio sistematico dei livelli di complessità delle attività erogate.

Sulla base di queste misurazioni strutturate l'Azienda, laddove necessario, proseguirà il processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria incentivando modelli organizzativi virtuosi con riguardo sia alla cura della persona che alla razionalizzazione delle risorse.

RAZIONALIZZAZIONE E MONITORAGGIO FATTORI PRODUTTIVI

L'azienda persegue l'obiettivo di rispettare il vincolo di bilancio assegnato dalla Regione.

Nella programmazione operativa è prevista la razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi:

- Efficientamento consumo **farmaci e dispositivi medici** – gli IFO intendono intervenire mediante il controllo e il monitoraggio dei consumi, il rafforzamento delle funzioni di farmaco-economia e farmaco-epidemiologia e la maggiore appropriatezza nell'uso dei farmaci del File F, la completa rilevazione sui registri AIFA.

Il presente obiettivo verrà declinato in specifici obiettivi di 'buon uso delle risorse' in particolare sui consumi diretti (Farmaci e dispositivi medici) ai Cdr di primo e secondo livello e sui costi diretti ed indiretti generali ai Centri di supporto attraverso obiettivi di budget trasversali

- Governo sulle **Risorse Umane**:
 - ✓ attraverso la programmazione aziendale mediante la predisposizione di Piani di Fabbisogno, tenendo conto degli obiettivi e degli standard, di tipo economico-finanziario e gestionale;
 - ✓ attraverso il contenimento del lavoro straordinario.
- Governo **dei processi di acquisto di beni e servizi**: i vincoli normativi posti alla base delle metodologie d'acquisto dei beni per le strutture pubbliche, hanno posto le basi per la formulazione di capitolati di gara che garantiscano, nell'ambito di scenari clinici definiti, di realizzare la maggiore competitività tra le aziende fornitrici ottenendo quindi prezzi più favorevoli, salvaguardando la qualità e funzionalità.
Gli IFO utilizzano come strumento di programmazione il Piano Triennale degli acquisti di beni e servizi.
- Monitoraggio dei **contratti di servizi** – con riferimento a tale azioni, l'IRCCS si pone l'obiettivo di procedere ad un allineamento ai prezzi di riferimento, verificare l'applicazione di Service Level Agreement (SLA) o penali sui contratti in essere e razionalizzare il ricorso alle prestazioni di servizio di cooperative.

OTTIMIZZAZIONE DEI PROCESSI A SUPPORTO DELLA PRODUZIONE E DELLA RICERCA

Gli sviluppi strategici impongono all'organizzazione degli IFO di mutare e di trasformarsi per sostenere il cambiamento atteso, e per recuperare tutti gli spazi possibili di produttività e di migliore responsabilità di risultato e processo.

In questa prospettiva forte è l'attenzione al miglioramento continuo della qualità dei processi: maggiore attenzione alla costruzione di piani programmatici dei fattori produttivi (piano delle gare di farmaci, piano degli investimenti e piano delle assunzioni), una migliore presa in carico orientata ai risultati ed una postura complessiva orientata al problem-solving.

CONTRIBUTO AL GOVERNO AZIENDALE

Fondamentale per la garanzia del raggiungimento degli obiettivi di 'produzione' è il buon andamento delle attività tecniche, amministrative e di supporto attraverso un coordinamento unitario e l'utilizzo metodologie organizzative finalizzate a realizzare l'integrazione tra attività di supporto ed attività sanitarie.

Garantire il rispetto e la verifica degli adempimenti previsti da normative Regionali e Nazionali, le scadenze e i debiti informativi dei vari settori.

Infine un ambito strategico trasversale all'intera organizzazione è sicuramente rappresentato dalla gestione dei Flussi Informativi e degli strumenti che permettono la condivisione di informazioni strutturate tra operatori sanitari e l'integrazione di informazioni cliniche, organizzative e amministrative.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale.

In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, che contiene le misure da adottare in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza .
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

RISCHIO CLINICO / QUALITA' E FORMAZIONE

Un sistema sanitario "sostenibile" non può prescindere dalla verifica continua della qualità e sicurezza dell'assistenza e del servizio erogato, nella logica del 'gestione' del rischio clinico (Legge 8 marzo 2017 n. 24 – Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), da un processo di accreditamento volontario e da un forte impegno da parte del management nel fare della qualità una mission aziendale da condividere a tutti i livelli.

Stessa attenzione deve essere rivolta alla formazione del personale da una parte per garantire standard professionali (sia sanitari che amministrativi) di eccellenza dall'altra per cogliere le potenzialità della formazione come leva per il miglioramento del servizio dal momento che la performance complessiva dei sistemi sanitari è criticamente correlata alla performance dei professionisti e degli operatori.

La formazione del personale, volta a migliorare le competenze tecniche, manageriali e comportamentali degli operatori rappresenta, quindi, un obiettivo strategico fondamentale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa, tecnologica.

CONTRIBUTO ALL'IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ SCIENTIFICA

Gli IFO hanno rilanciato la loro mission all'interno della rete dei centri di ricerca al passo delle nuove sfide adottando nuove Linee di Ricerca per il triennio 2018-2020:

- Per l'Istituto Regina Elena:
 1. Prevenzione e Diagnosi Precoce del Cancro;
 2. Immunoterapia del Cancro;
 3. Medicina Personalizzata e di Precisione in Oncologia;
 4. Approcci e Tecnologie innovative nella diagnostica, e nelle terapie integrate dei tumori;
 5. Qualità della vita del paziente neoplastico.
- Per l'Istituto San Gallicano:
 1. Studi preclinici in dermatovenereologia;
 2. Meccanismi patogenetici ed identificazione di biomarcatori;
 3. Sperimentazione clinica;

Il Piano Strategico Piano prevede uno scenario di grande sviluppo delle attività di ricerca specialmente attraverso l'incremento delle attività di ricerca traslazionale, il quale verrà perseguito e sostenuto con l'acquisizione di piattaforme tecnologiche molto sofisticate, con l'utilizzo di nuovi spazi adeguatamente attrezzati, con la selezione di personale specializzato e altamente qualificato, con la riorganizzazione Gruppi di Ricerca Traslazionale ed il finanziamento di attività di ricerca congiunte tra laboratori di ricerca e unità cliniche e servizi assistenziali.

Partendo da queste premesse, l'IFO nel corso dei prossimi anni avrà come obiettivi principali non solo quindi quello di aumentare la produzione scientifica di qualità e di penetrare maggiormente nelle reti nazionali ed internazionali, ma anche quello di aumentare la sintonia tra i bisogni della clinica e gli obiettivi della ricerca, nonché il trasferimento dei risultati della ricerca alla clinica, innescando un circuito virtuoso in cui la ricerca possa migliorare l'assistenza e l'assistenza faccia maggiormente da guida alle attività di ricerca applicata e traslazionale e alle sperimentazioni cliniche a partire da quelle di Fase I. Infatti, grazie alla elevata qualità nella ricerca oltre che nell'assistenza, l'Istituto rappresenta una realtà sanitaria in grado di erogare assistenza ai pazienti particolarmente complessi, che necessitano di trattamenti innovativi e talvolta sperimentali, frutto di ricerche d'avanguardia e ad alta tecnologia.

Una maggiore interazione tra ricerca e attività assistenziali potranno, quindi, dare risposte a casi di elevata rarità attirando sempre più pazienti da fuori regione e dall'estero, determinando un

aumento dell'indice di complessità dei casi trattati, ma soprattutto concretizzando il ruolo di riferimento nazionale ed internazionale a cui aspira l'IFO. Tale crescita rappresenterà al contempo una attività importante anche per i cittadini residenti, che potranno usufruire di cure sempre migliori basate su efficienza, nuove tecnologie e alto grado di professionalità.

Le infrastrutture di ricerca, ad oggi, garantiscono una buona copertura per quanto riguarda le scienze omiche applicate alla medicina, la medicina di precisione, le immunoterapie e l'oncologia, con un focus particolare per le patologie a bassa incidenza, alta innovazione e alta complessità. L'area di ricerca sperimentale si occupa dello studio delle reti molecolari e metaboliche responsabili della formazione e progressione dei tumori, del loro ruolo nella resistenza alle terapie convenzionali e del superamento di questa resistenza tramite terapie a bersaglio molecolare (anche detti "farmaci intelligenti"). Oncogenomica, epigenetica, oncologia molecolare e imaging sono tra gli strumenti primariamente utilizzati per analizzare i profili di espressione genica e individuare i bersagli per le terapie intelligenti.

Negli obiettivi MUST della Ricerca per le strutture cliniche il budget 2019 prevede l'incremento dell'Impact Factor e del Numero studi clinici

Per le strutture di Ricerca saranno definiti specifici obiettivi MUST.

Sugli obiettivi MUST:

La Direzione Strategica definisce annualmente gli obiettivi operativi che verranno assegnati ai singoli CdR e sui quali verranno valutate le performance organizzative attraverso il processo annuale di budget.

A ciascun obiettivo operativo sono legati degli indicatori per i quali verrà assegnato un range di raggiungimento.

E' in corso la revisione/integrazione del piano degli indicatori che verranno poi legati agli specifici obiettivi.

Un sistema di monitoraggio ed un set di indicatori specifico permetterà alla Direzione Strategica di governare e osservare tempestivamente l'andamento delle attività, il rispetto delle tempistiche previste e valutare eventuali azioni 'correttive' da intraprendere nel percorso.

Di seguito la tabella dei principali indicatori di 'produzione' sanitaria aggregati per IRE e ISG con i valori 2018 e i valori attesi nel triennio.

	2018	2019	2020	2021
Numero Ricoveri Ordinari	6.776	6.800	6.800	6.800
Numero Ricoveri DH/DS	3.583	3.600	3.600	3.600
Numero Interventi con Robot	500	500	500	500
Peso medio DRG Ricoveri Ordinari	2	2	2	2
Peso medio DRG Ricoveri DH/DS	1	1	1	1
Numero Prime visite IRE / ISG	68.466	69.800	70.000	70.000
Numero visite di controllo IRE / ISG	105.665	105.700	105.700	105.700
Numero indagini di laboratorio IRE / ISG	638.975	640.000	640.000	640.000
PET	4.853	5.000	5.000	5.000
Chemioterapie	15.732	15.800	15.800	15.800
Infusioni	28.421	28.500	28.500	28.500
Prestazioni di Diagnostica per Immagini	39.443	40.000	40.000	40.000
Numero altre prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche) IRE / ISG	290.000	290.000	290.000	290.000
Numero APA IRE / ISG	2.258	2.300	2.300	2.300
Numero PAC IRE / ISG	930	950	950	950
Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata	371	350	350	350
N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)	18	15	15	15
Indice di operatività chirurgica	1	1	1	1
Indice di operatività chirurgica DH DS	1	1	1	1
Degenza media preoperatoria	1	1	1	1
Degenza media	7	7	7	7

I valori attesi saranno declinati negli obiettivi per singolo Cdr con un range di 'accettabilità' del +/- 5%.

Per quanto attiene gli indicatori con i valori economici per i fattori produttivi

Costo dei Farmaci Totali
File F
Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)
Costo Protesi

sono in via di consolidamento e saranno confermati dopo il concordamento con la Regione Lazio. Gli eventuali incrementi di 'risorse' umane, tecnologiche e strumentali determineranno conseguentemente una revisione dei 'target' di produzione attesi.

SVILUPPI PROGETTUALI

Come detto l'uscita dal piano di rientro ha permesso agli IFO di presentare nel corso del 2018 un atto di programmazione fondamentale come il Piano Strategico e di avviare attività e progetti di sviluppo.

Per il 2019 l'area di sviluppo si divide in **progetti Aziendali** (alcuni dei quali già avviati nel 2018) e **progetti presentati dai Responsabili delle UU.OO.** attualmente in fase di selezione da parte della Direzione Strategica.

Questi in sintesi i driver del Piano Strategico dai quali partono le linee progettuali aziendali

- essere un *player* di peso nell'area dell'omica e della *precision medicine* che investe significativamente nelle strutture a supporto della ricerca.
- essere hub regionale e nazionale per alcune specialità, player nazionale e internazionale in quanto erogatore di prestazioni caratterizzate da bassa incidenza o alta complessità, attore chiave nel promuovere il coordinamento regionale delle reti cliniche, l'innovazione e la diffusione a livello regionale delle buone pratiche e dei modelli organizzativi "patient oriented".

- azienda che si caratterizza per la modalità globale e integrata con cui si prende carico dei pazienti, adottando sia modelli organizzativi efficienti perché centrati sull'intensità del bisogno del paziente e sulla qualità e sicurezza delle cure, sia investendo sui sistemi di supporto e su strumenti operativi innovativi coerenti con la centralità del paziente e il miglior uso delle risorse

Di seguito la tabella dei Progetti Aziendali di Sviluppo

Su questi progetti saranno declinati obiettivi di raggiungimento di risultato assegnati alle UU.OO. interessate nei processi di realizzazione.

PROGETTI AZIENDALI DI SVILUPPO

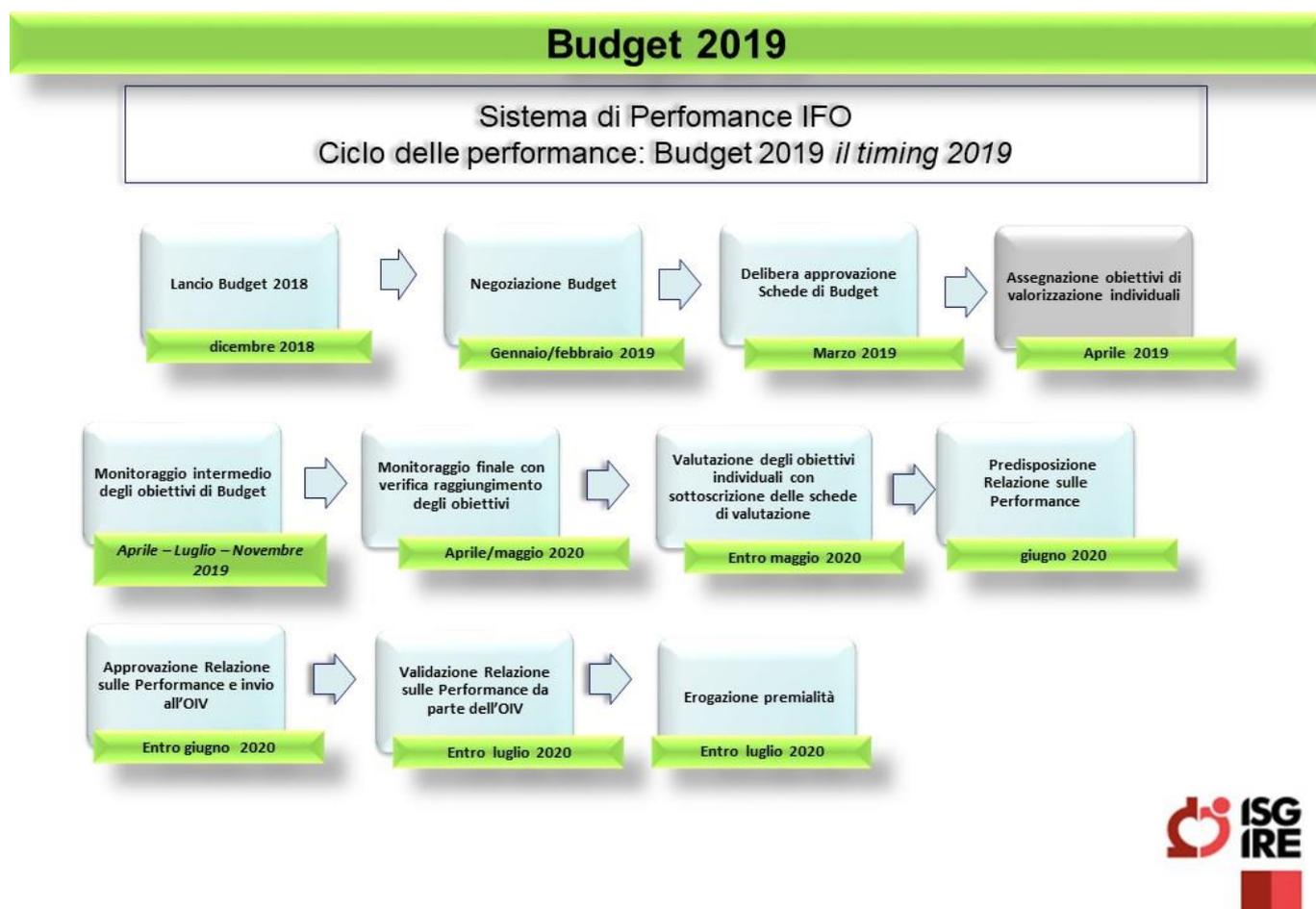
Progetti di Ricerca e integrazione tra Ricerca ed Assistenza	
BIOBANCHE	
FASE 1	
PROGETTO OLIGOPROGRESSIONE METASTASI POLMONARI	
PROGETTO MELANOMA 4P (medicina predittiva, personalizzata, di precisione, partecipata)	
ONCOLOGIA PERSONALIZZATA E DI PRECISIONE - MOLECULAR TUMOR BOARD	
DIAGNOSTICHE NON INVASIVE IN DERMATOLOGIA (Microscopia confocale, Tomografia ottica coerente)	
METABOLOMICA CUTANEA	
Progetti per rafforzare l'infrastruttura per il rilancio degli IRCCS	
POTENZIAMENTO	
BLOCCO OPERATORIO	Anatomo Patologo in Blocco operatorio
OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE	
SITO AZIENDALE	
CTC	
Progetti Patient oriented	
PROGETTO ACCOGLIENZA	
PROGETTO INPS	
ATTIVITA' AMBULATORIALE: AMBULATORI MULTIDISCIPLINARI, APPROCCIO INTEGRATO PRESA IN CARICO PAZIENTI, DAY SERVICE (PACCHETTI DI PRESTAZIONI)	
MEDICINA DI GENERE	
MEDICINA NARRATIVA	

**PROGETTI PRESENTATI DALLE UU.OO
IN FASE DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA**

	Dipartimento	Struttura	Responsabile	progetto 1	progetto 2
1	DIP. ONC.	UOC Chirurgia dell'Apparato Digerente	Alfredo Garofalo	tumori peritoneali	
2	DIP. ONC.	UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica	Gian Luca Grazi	Medicina e Chirurgia di Precisione nelle metastasi epatiche dei tumori colon e retto	Istituzione programma second opinion
4	DIP. ONC.	UOC Ginecologia	Enrico Vizza	Banca del Tessuto Ovarico e delle Cellule Germinali (BTO)	
5	DIP. ONC.	UOC Ortopedia	Roberto Biagini	Tumori Rari	
7	DIP. ONC.	UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale	Raul Pellini	Creazione HEAD & NECK Unit	
9	DIP. ONC.	UOC Urologia	Giuseppe Simone	Ambulatorio multidisciplinare urologico	
10	DIP. ONC.	UOC Neurochirurgia	Riccardo Boccaletti	Creazione centro specialistico chirurgia dell'epilessia farmaco-	
16	DIP. ONC.	UOSD Endocrinologia	MariaLuisa Appetecchi	Centro multinodale gestione tumori endocrini	
17	DIP. ONC.	UOSD Neuroncologia	Andrea Pace	Ambulatorio cure palliative	
18	DIP. ONC.	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Vittoria Stigliano	Identificazione geni associati a malattie rare	
20	DIP. ONC.	UOSD Fisiopatologia Respiratoria	Maria Papale	Istituzione di un ambulatorio interdisciplinare tra UOSD Fisiopatologia respiratoria e UOC Chirurgia toracica nell'ambito della multidisciplinarietà all'interno del Dipartimento CSO e nell'ottica dell'ampliamento della collaborazione	
21	DIP. ONC.	Servizio di Psicologia	Patrizia Pugliese	Estensione del percorso psicologico diagnostico-terapeutico (PDTA) integrato al percorso medico (PDTA) ai pazienti affetti da carcinoma polmonare e ginecologico.	
23	DIP. DERMAT.	UOC Dermatologia Clinica	Alessandra Scarabello	REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' AMBULATORIALE DERMATOLOGICA DI I LIVELLO SUL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 3 E FORMAZIONE SUL CAMPO FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA	
24	DIP. DERMAT.	UOC Fisiopatologia Cutanea	Mauro Picardo	Approccio metabolico a patologie dermatologiche	
26	DIP. DERMAT.	UOSD Dermatologia MST, Ambiente Tropicale e Immigrazione	Antonio Cristaudo	progetto COROH,	
27	DIP. DERMAT.	UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo	Emilia Migliano	IMPLEMENTAZIONE DELLE TECNICHE CHIRURGICHE DI RIGENERAZIONE CUTANEA CON L'USO DI SOSTITUTI CUTANEI AUTOLOGHI BIONGEGNERIZZATI	Organizzazione di eventi formativi e produzione di materiale didattico
28	DIP. DERMAT.	UOSD Prevenzione Oncologica	Pasquale Frascione	CENTRO DI RIFERIMENTO MALATTIE RARE REGIONE LAZIO MELANOMA FAMILIARE E MULTIPLO	
29	DIP. DERMAT.	UOSD Patologia Clinica e Microbiologia	Fabrizio Ensoli	DIAGNOSTICA AVANZATA E MEDICINA DI PRECISIONE IN ONCOLOGIA E DERMATOLOGIA	BIOFILM UNIT
30	DIP. DERMAT.	UOSD Porfirie e Malattie Rare	Giovanni Leone	Gestione integrata dell'emergenza nei pazienti con porfiria acuta	
33	DIP DIAGNOST.	UOSD Medicina Nucleare	Rosa Sciuto	Implementazione della diagnostica PET/CT e terapia radiometabolica con radiofarmaci indispensabili per la strutturazione del PDTA dei tumori neuroendocrini	
34	DIP DIAGNOST.	UOSD Patologia Clinica	Laura Conti	Identificazione e caratterizzazione molecolare delle cellule tumorali circolanti nella malattia metastatica	
39	DIP DIAGNOST.	Serv. di Immunoematologia e Medicina trasfusionale	Maura Foddai	Implementazione di un programma di patient blood management (pbm) nei pazienti da sottoporre a chirurgia maggiore oncologica	
40	DIP DIAGNOST.	UOSD Oncogenomica ed Epigenetica	Blandino	HUB di Biopsia Liquida	
41	DIP DIAGNOST.	UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori	Paola Nisticò	Creazione di una Unità multidisciplinare per immunoterapia di	
42	DIP DIAGNOST.	UOSD Modelli Preclinici e Nuovi Agenti Terapeutici	Anna Bagnato	Identificazione di nuove vulnerabilità del carcinoma ovarico metastatico e di nuove strategie terapeutiche per superare l'insorgenza della farmaco-resistenza	
43	DIP DIAGNOST.	UOSD Network Cellulari e Bersagli Terapeutici Molecolari	Silvia Soddu	Creazione unità di super-risoluzione e live-imaging cellulare al servizio della medicina personalizzata	
44	DIP DIAGNOST.	UOSD SAFU	Maurizio Fanciulli	Alterazioni molecolari	
46	DIP DIAGNOST.	Servizio Epidemiologia e Registro Tumori	Valerio Ramazzotti	Studio Pilota multicentrico Cancer Outcomes	

Sezione 6: Ciclo delle Performance - Timing

Nelle diagramma vengono schematizzate le fasi del ciclo delle performance con la tempistica dell'anno 2019.



Il Piano delle performance verrà sistematicamente aggiornato e saranno individuati i necessari correttivi da applicare nell'ottica del miglioramento continuo delle performance da conseguire. Il Piano, definito ad inizio anno è aggiornato ogni qual volta si hanno delle modifiche significative in corso di anno conseguenti a riunioni budget e/o modifiche alle linee di indirizzo regionali ed aziendali.

Con la stessa modalità e gli stessi tempi avviene la pubblicazione nel sito aziendale sezione trasparenza

Il Piano verrà altresì revisionato nel corso dell'anno in funzione dell'andamento degli obiettivi regionali e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.