

IRCCS I.N.R.C.A.

Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani V.E.II
Via S. Margherita, 5 - 60124 ANCONA - <http://www.inrca.it>

ALLEGATO A

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anno 2019

Allegato alla determina n. 21 /DGEN del 31/01/2019

EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione; definisce inoltre i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione ed il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il presente Piano è redatto in conformità con quanto previsto dalle determinazioni n° 323 e 329/2015, 156/2016 e 211/2017 con cui l'IRCCS INRCA si è dotato dell'Organismo Indipendente di Valutazione (d'ora in avanti OIV).

Il PdP è suddiviso in 4 parti:

Nella prima si descrive il contesto esterno ed interno nel quale opera l'Istituto, con particolare riferimento al suo assetto giuridico in un contesto come quello sanitario fortemente regionalizzato. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e dei principi di riferimento.

Nella seconda si individuano gli obiettivi strategici che la Direzione Generale vuole perseguire e le azioni da realizzare in coerenza con la mission e la natura aziendale, con particolare attenzione agli aspetti ritenuti maggiormente rilevanti secondo le dimensioni/aree della performance che possono caratterizzare l'Istituto visto nella sua unicità.

Nella terza parte si descrive il ciclo e le fasi della performance organizzativa ed individuale, ponendo attenzione agli elementi di integrazione tra i due ambiti.

Nella quarta parte viene rappresentato il collegamento tra le aree della performance e il sistema di valutazione individuale e il sistema premiante del personale.

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	2
1. PREMESSA.....	4
2. IDENTITA' DELL'ISTITUTO.....	5
2.1 Chi siamo e cosa facciamo	5
Assistenza Ospedaliera	7
Assistenza Territoriale.....	9
2.2 Il contesto esterno di riferimento.....	10
2.3 L'Albero della performance	14
2.4 Analisi del contesto interno	17
L'articolazione aziendale.....	17
Le risorse umane.....	22
Il quadro economico	22
3. LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE	30
3.1 Premessa	30
3.2 La dimensione strategica dell'Istituto.....	30
3.3 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito scientifico	33
3.4 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito clinico assistenziale	37
3.5 Gli obiettivi strategici ed operativi nell'ambito dei processi interni di supporto	39
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	41
4.1 Gli strumenti tecnico contabili utilizzati nel processo di budgeting.....	41
4.2 Scheda di Budget	44
Struttura, forma e contenuto	44
4.3 Consolidamento delle schede di Budget.....	51
Budget degli Acquisti	51
Piano delle assunzioni.....	51
Budget degli investimenti	52
Budget di Commessa/Progetto	52
Budget Economico Generale d'azienda.....	52
4.4 Processo di Budgeting	53
Fasi.....	53
Tempi.....	55
Monitoraggio e rilevazione dei risultati.....	55
4.5 Reporting e Analisi degli scostamenti	55
Reporting per CdR.....	55
Reporting aziendale	57
4.6 Revisione del Budget.....	58
5. SISTEMA DI VALUTAZIONE E PREMIANTE DEL PERSONALE	59
5.1 Premessa	59
5.2 Perché si valuta.....	59
5.3 Elementi di distorsione della valutazione e necessità del percorso di formazione.....	60
5.4 Cosa si valuta.....	61
5.5 Fasi e soggetti del percorso di valutazione e del sistema premiante	61
5.6 Corresponsione dei compensi	64

1. PREMESSA

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs 150/2009), che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione stessa e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

Il termine Performance organizzativa si riferisce al contributo che l'Istituto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti, volti in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

Il presente documento ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di Pianificazione e di Programmazione Strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale.

In considerazione del fatto che tale piano è redatto prima della conclusione del percorso di budgeting 2019 si evidenzia che all'interno dello stesso sono indicate:

- ✓ Le Linee di indirizzo di pianificazione e programmazione dell'Istituto;
- ✓ I sistemi di misurazione e valutazione della performance, unitamente al sistema di valutazione e al sistema premiante attualmente presente in Istituto e che potrebbe essere modificato alla conclusione del percorso di contrattazione con le OO.SS. dell'accordo integrativo aziendale
- ✓ Il sistema di Reporting, alimentato attraverso il sistema informativo, attraverso i quali la Direzione Generale e le Unità Operative possono monitorare l'andamento delle attività.

In questa logica il Piano delle Performance sarà integrato con il Budget annuale in cui saranno esplicitati gli obiettivi aziendali definiti per il 2019 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si realizza l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati prestazionali e dei costi delle Unità operative. Tale integrazione sarà realizzata alla conclusione del percorso di budgeting 2019.

Il Piano richiama inoltre gli obiettivi assegnati al personale dirigente attraverso la scheda di valutazione individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi, al fine di consentire anche la valutazione della performance individuale dei dirigenti e loro collaboratori.

Le strategie di fondo dell'Istituto che inquadrano la programmazione pluriennale, quella annuale e il relativo sistema di monitoraggio sono impostate in coerenza con gli obiettivi regionali e con la mission aziendale ed in armonia con il quadro normativo nazionale e regionale, tenendo in considerazione situazioni ed esigenze specifiche dei diversi sistemi sanitari regionali all'interno dei quali insistono i presidi INRCA.

2. IDENTITA' DELL'ISTITUTO

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'INRCA è stata riconosciuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con DM del 12.6.1968; nel 2015, come previsto dal D.Lgs 288/03, l'Istituto ha superato positivamente la valutazione per il riconoscimento a carattere scientifico, mantenendo in tal modo la qualifica. Proprio il 31 gennaio si concluderà con la visita del Presidio di Casatenovo la valutazione della commissione nominata dal Ministero della Salute per la riconferma della scientificità dell'Istituto per il prossimo triennio.

Ai sensi e per effetto della legge, l'Istituto ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'IRCCS INRCA (di seguito INRCA) è stato riordinato con la Legge Regionale Marche 21/2006 che all'art. 2, comma 1 e 7 ha previsto che l'Istituto avente sede nei territori regionali sia parte integrante dei Servizi Sanitari Regionali, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione assistenziale, di ricerca e di formazione.

La sede legale dell'Istituto è ad Ancona mentre l'attività clinico assistenziale e di ricerca viene svolta nei Presidi marchigiani di Ancona, Osimo, Fermo e Appignano/Treia, nel presidio lombardo di Casatenovo e nel presidio calabrese di Cosenza. Inoltre vi è un Polo Scientifico e Tecnologico precipuamente dedicato all'attività di ricerca che ha sede ad Ancona. Inoltre viene svolta attività di assistenza residenziale nella struttura Residenza Dorica e di assistenza diurna a favore di pazienti Alzheimer presso un Centro Diurno anch'esso sito nella città di Ancona. Dal 2018, per effetto della Legge Regione Marche 4/2017, è stato incorporato all'INRCA anche il presidio di Osimo precedentemente inserito all'interno dell'Asur. Tale incorporazione è stata realizzata nell'ottica del nuovo ospedale INRCA /Osimo in costruzione nella zona sud di Ancona e che dovrà rappresentare sia l'ospedale di riferimento per il territorio a sud di Ancona sia mantenere l'attuale connotato di ospedale geriatrico rappresentato dal presidio sito in via della Montagnola.

La nostra mission è di essere leader nell'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, e nella ricerca biologica, domotica e molecolare in campo geriatrico e gerontologico. La nostra organizzazione è orientata sulle persone, nelle quali crediamo ed è orientata alla qualità. In questa logica la nostra assistenza deve soddisfare le aspettative dell'utenza e la nostra ricerca le aspettative del mondo scientifico.

La particolare dimensione territoriale unitamente alla mission che lo caratterizza rende l'Istituto unico nel panorama nazionale. In effetti la dimensione multi regionale coniugata con l'unicità dell'Istituto e la vocazione esclusivamente geriatrica sono aspetti che caratterizzano l'Istituto e lo rendono differente da ogni altro Istituto di ricerca e/o azienda ospedaliera del panorama nazionale.

Per questo motivo gli ambiti di riferimento territoriali dei Presidi INRCA, la vocazione che li caratterizza al di là del comune indirizzo geriatrico e gli assetti organizzativi sono unitari nella loro logica ma diversificati a seconda delle caratteristiche dei singoli presidi. Sempre in questa logica sta rappresentando una ulteriore sfida l'incorporazione di Osimo per gli elementi di novità rispetto ai precedenti assetti organizzativi, seppur diversificati da Regione a Regione.

In senso complessivo si possono osservare linee generali di riferimento che caratterizzano l'Istituto, quali:

1. **Il progressivo potenziamento della strategia collegata alla mission** centrato sullo studio e ricerca delle problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione nei settori biomedico, clinico-assistenziale e socio-economico. Stante tale connotazione l'Istituto, quale IRCCS, svolge un'intensa attività di scientifica, multidisciplinare, organizzata in quattro linee di ricerca autorizzate dalla Commissione Tecnico Scientifica del Ministero della Salute e descritte nel paragrafo 3.3.

2. **la forte azione di condivisione con i responsabili dei vari livelli delle nuove prospettive dell'Istituto** dal punto di vista istituzionale, organizzativo ed assistenziale facendo leva sulla capacità e sulla motivazione dei singoli chiamati a contribuire alla realizzazione di un percorso comune di concretezza e di prospettiva.

Tale aspetto assume una rilevanza ancora maggiore considerando le nuove logiche organizzative già descritte.

3. **la realizzazione di rinnovate e strette relazioni con gli stakeholders istituzionali (Regioni e Ministero)** senza la quale l'attività dell'Istituto rischia di decontestualizzarsi dal territorio in cui opera e di perdere così di efficacia.

La multiregionalità e contemporaneamente la necessità di relazionarsi con il livello ministeriale, insieme all'orientamento specifico verso la ricerca e cura dell'anziano, rendono l'Istituto unico nel suo genere all'interno del panorama degli IRCCS, pubblici e privati. Parimenti la promiscuità di interlocutori istituzionali, in un contesto di regionalizzazione spinta della sanità, rende sicuramente più complessa la gestione aziendale (anche in termini di assolvimento di adempimenti tecnico amministrativi) e sempre più necessaria ed ineluttabile un'impostazione sinergica e coerente con i diversi sistemi sanitari regionali ed i Ministeri di riferimento. Da questo punto di vista le importanti e positive novità che hanno caratterizzato il 2018 saranno declinate nell'ambito del contesto esterno di riferimento.

La volontà espressa di voler dare risposta ai bisogni del paziente anziano fragile allineata alla specificità della mission, prevede interventi di potenziamento di alcune aree e il progressivo abbandono di altre da concordare con le singole Regioni anche al fine di mantenere ed essere in linea con le indicazioni dei diversi piani sanitari. Lo stato di avanzamento dei lavori è differente da Regione a Regione, anche a causa delle dinamiche politico-istituzionali interne a ciascuna di esse e su questo si ritornerà nei successivi capitoli dedicati ai diversi Presidi INRCA.

Lo stesso posizionamento strategico dell'Istituto rispetto al panorama della ricerca gerontologica e geriatria regionale, nazionale ed internazionale, ha ricevuto ulteriori impulsi, anche in relazione al ruolo dell'INRCA all'interno del network Italia Longeva: l'Istituto - con le sue caratteristiche e le sue potenzialità uniche in Italia quali la centralità della vocazione geriatrica, la presenza di unità operative multidisciplinari a livello interregionale - contribuisce a potenziare e garantire il coordinamento di punti di eccellenza, la capacità di mettere in rapporto tra loro competenze scientifiche, sanitarie, sociali, economiche, tecnologiche e umanistiche, mantenendo una strategia di completa apertura verso nuove contaminazioni disciplinari. Sempre in questa logica appare di rilievo la nomina del nuovo Consiglio di Indirizzo e Verifica che rimarrà in carica fino al 2023.

Le singole sedi e la struttura amministrativa dovranno sostenere l'implementazione e l'attivazione di processi di continuo miglioramento della qualità dell'assistenza con l'assunzione da parte di tutte le componenti del nuovo orientamento tendente alla ricerca di risultati di "sistema" collegati alla ricerca, sicuramente non settoriali o esclusivamente legati all'attività di un singolo operatore.

Risulta evidente un progressivo spostamento di regime assistenziale verso l'ambulatoriale e il residenziale, soddisfacendo ragioni di maggiore appropriatezza erogativa nei confronti di un paziente "particolare" come l'anziano e di coerenza con i dettami nazionali e regionali e di complessiva compatibilità economica.

L'attività interdisciplinare integrata di tutti gli specialisti dell'Istituto rappresenta oggi un avanzato supporto per assicurare ai pazienti evoluti profili di assistenza, nell'ottica di minimizzazione dei rischi e massimizzazione dei risultati ottenibili in percorsi clinico-terapeutici, anche di tipo innovativo e sperimentale, di sempre maggiore incisività ed efficacia nella costante lotta per curare il cancro e per migliorare la qualità di vita. Il processo di umanizzazione e

sicurezza delle attività assistenziali che l'Istituto ha messo in atto negli ultimi anni ha visto protagonisti tutti i professionisti sanitari in particolare modo gli infermieri che hanno sviluppato delle abilità specifiche nell'assistenza alle persone anziane fragili, dovute sia all'esperienza clinica maturata direttamente in campo, sia ai percorsi di formazione continua realizzati nell'ottica del miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Vanno nella direzione appena delineata l'integrazione con Osimo in vista del nuovo Ospedale che segue un percorso già avviato in materia (ivi compreso il discorso con la Regione Marche relativo alla realizzazione della nuova struttura), il consolidamento dell'attività di degenza post acuzie a Fermo, l'attivazione dei posti letto aggiuntivi della Geriatria di Ancona, la prospettiva relativa al Por di Casatenovo in relazione al trasferimento, da realizzarsi entro il mese di febbraio 2019, dell'attività per acuti nel Presidio di Merate e all'apertura presso il presidio di Casatenovo di 20 letti di post acuzie, il rinnovato vigore delle relazioni istituzionali con la Regione Calabria a seguito della conclusione dell'accordo transattivo e in vista del piano sviluppo e razionalizzazione del Presidio in via di realizzazione. Sempre in queste dinamiche va poi ricordato il forte sviluppo nell'ambito dell'attività di ricerca avvenuto nel versante della domotica e dell'area socio economica rivolta all'anziano, come testimoniato dai molteplici progetti di ricerca scientifica finanziati in questa area nel corso del 2018. Peraltro, è stata anche rafforzata la dinamica che vede i diversi Presidi realizzare sistemi e misure di collegamento e sinergia con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le università, con gli istituti di riabilitazione presenti nel territorio e che fanno parte integrante del sistema-salute attuato all'interno dell'ambito regionale. Sul versante specifico della ricerca nel 2018 l'istituto è risultato impegnato, in continuità con gli anni precedenti, sullo sviluppo delle linee di ricerca approvate dal ministero e che rafforzano il ruolo di unico IRCSS nazionale a vocazione geriatrica e gerontologica.

DATI ATTIVITA' 2018

Al fine di definire l'assetto produttivo aziendale si rappresentano di seguito, da un punto di vista meramente quantitativo, i dati preconsuntivi 2018:

Assistenza Ospedaliera

L'azienda ha operato fino al 2018 mediante presidi a gestione diretta situati in diverse regioni italiane. In particolare nella Regione Marche si svolge attività ospedaliera presso i POR di Ancona, Osimo e Fermo, nella Regione Calabria presso il Por di Cosenza e nella Regione Lombardia presso il Por di Casatenovo.

Complessivamente l'attività è stata erogata sui seguenti posti letto calcolati mediamente considerando le diminuzioni per ferie estive e difficoltà nel reclutamento del personale medico e socio assistenziale:

TOTALE INRCA				
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Preconsuntivo
PLDO	332,08	356,68	356,61	409,74
PLDH	5,00	5,00	4,00	18,00
di cui POR Ancona				
PLDO	130,98	150,26	153,00	155,74
PLDH	5,00	5,00	4,00	10,00
di cui POR Osimo				
PLDO				48,00
PLDH				8,00
di cui POR Fermo				
PLDO	50,78	58,28	57,28	61,75
di cui POR Appignano / Treia				
PLDO	15,33	15,48	15,91	16,00
di cui Residenza Dorica				
PLDO	29,25	30,00	30,00	29,25
di cui POR Casatenovo				
PLDO	55,83	55,83	56,83	55,50
di cui POR Cosenza				
PLDO	49,92	46,83	43,58	43,50
PLDH				

In termini quantitativi l'attività per il 2018 è identificabile nella seguente tabella riassuntiva dei dati preconsuntivi:

	INRCA		
	Acuti		Post Acuti
	Do	DH/ds	Do
Numero ricoveri	8.278	1.149	1.751
Degenza Media	9,31	1,57	23,26
Indice occupazione posti letto	87,2%	60,2%	93,6%
Età media	75,3	72,3	76,3
Peso Medio ricoveri Medici	1,10	0,77	0,95
Peso Medio ricoveri Chirurgici	1,51	1,04	-
Valore dei Ricoveri	30.405.019	1.431.577	9.449.525
Numero prestazioni ambulatoriali	1.092.027		57.357
Valore prestazioni ambulatoriali	15.904.358		724.233

	POR ANCONA			OSIMO		
	Acuti		Post Acuti	Acuti		Post Acuti
	Do	DH/ds	Do	Do	DH/ds	Do
Numero ricoveri	4.288	542	521	1.910	607	40
Degenza Media	8,82	1,92	29,13	8,17	1,26	12,48
Indice occupazione posti letto	88,6%	52,1%	98,6%	89,1%	76,5%	91,1%
Età media	78,2	78,8	83,3	67,0	66,6	80,9
Peso Medio ricoveri Medici	1,12	0,77	0,91	1,12	0,78	1,07
Peso Medio ricoveri Chirurgici	1,62	-	-	1,22	1,05	-
Valore dei Ricoveri	17.960.019	587.747	3.077.596	6.056.908	843.830	79.399
Numero prestazioni ambulatoriali	534.895		34.382	251.015		
Valore prestazioni ambulatoriali	10.147.185		268.038	2.992.502		

	POR FERMO		POR CASATENOVO		POR COSENZA	
	Acuti	Post Acuti	Acuti	Post Acuti	Acuti	Post Acuti
	Do	Do	Do	Do	Do	Do
Numero ricoveri	455	361	827	711	798	118
Degenza Media	15,71	29,38	9,52	13,42	10,74	41,56
Indice occupazione posti letto	97,9%	93,0%	78,2%	89,4%	79,6%	89,6%
Età media	81,8	79,9	71,7	68,8	79,4	78,1
Peso Medio ricoveri Medici	1,10	0,98	0,97	0,98	1,10	0,71
Peso Medio ricoveri Chirurgici	-	-				
Valore dei Ricoveri	1.614.679	2.241.801	2.396.291	2.849.891	2.377.122	1.200.838
Numero prestazioni ambulatoriali	17.124	15.118	208.101	7.450	80.892	407
Valore prestazioni ambulatoriali	643.556	211.216	1.592.038	236.259	529.077	8.719

Assistenza Territoriale

Considerata la vocazione dell'istituto (attività rivolta all'anziano fragile) nel corso del 2018 si sono consolidate esperienze di attività di impronta tipicamente territoriale oltre all'attività ambulatoriale erogata dai diversi presidi e che da sempre rappresenta quota parte dell'offerta assistenziale INRCA.

Nello specifico si fa riferimento alle seguenti strutture a gestione diretta di cui si parlerà più diffusamente nel capitolo riguardante la Regione Marche:

- Centro Diurno Alzheimer, che svolge la sua attività a favore dei pazienti della città di Ancona e che ha un'utenza media giornaliera intorno alle 12 unità. Peraltro va segnalato che è stato risolto il problema relativo alla DGR n. 1331/2014 avente come oggetto "accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori – modifica della DGR 1011/2013" che ha reso obbligatoria l'imposizione di una compartecipazione alla spesa da parte degli utenti pari a 29 € al giorno a partire dal 01/01/2015. Precedentemente il servizio del Centro Diurno Alzheimer era invece gratuito per l'utenza. In effetti la Regione Marche, considerando la particolarità del modello INRCA, aveva sostanzialmente sospeso l'applicazione della DGR citata in attesa che il gruppo di lavoro regionale sulle Demenze concludesse i propri lavori e definisse il ruolo del Centro Diurno Alzheimer all'interno del panorama regionale. Tale interpretazione è stata superata in accordo con l'Asur che comunque è il soggetto giuridico titolare dell'attività, mentre in questo ambito l'INRCA rappresenta solamente il soggetto produttore della stessa;
- Residenza Dorica, che è una Rsa situata sempre nel territorio di Ancona e che si caratterizza per una gestione mista nel senso che l'offerta alberghiera e socio assistenziale è garantita dall'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura, mentre l'attività clinica e riabilitativa è erogata direttamente dall'INRCA. L'attività è comunque erogata dall'INRCA in una logica di continuità di cure con l'attività per acuti erogata presso l'Ospedale di Ancona. La dimensione evidenzia l'ormai stabilizzata attività a 30 letti con la sperimentazione sanitaria del c.d. modello delle cure intermedie;
- Presidio di Appignano, che si caratterizza per essere una struttura riabilitativa residenziale considerata dalla Regione Marche alla stregua di una struttura erogatrice attività residenziale per anziani. In realtà l'attività negli ultimi due anni è erogata nel presidio di Treia a causa della situazione strutturale che caratterizzava il Presidio di Appignano che ha portato alla sua demolizione. A tutt'oggi si è in attesa della ricostruzione, anche se sono state avviate le attività prodromiche alla stessa. Questo comporta che l'allocatione presso la RSR di Treia ridimensiona notevolmente l'attività originaria riducendo i posti letto al 40 % (da 40 a 16).

2.2 Il contesto esterno di riferimento

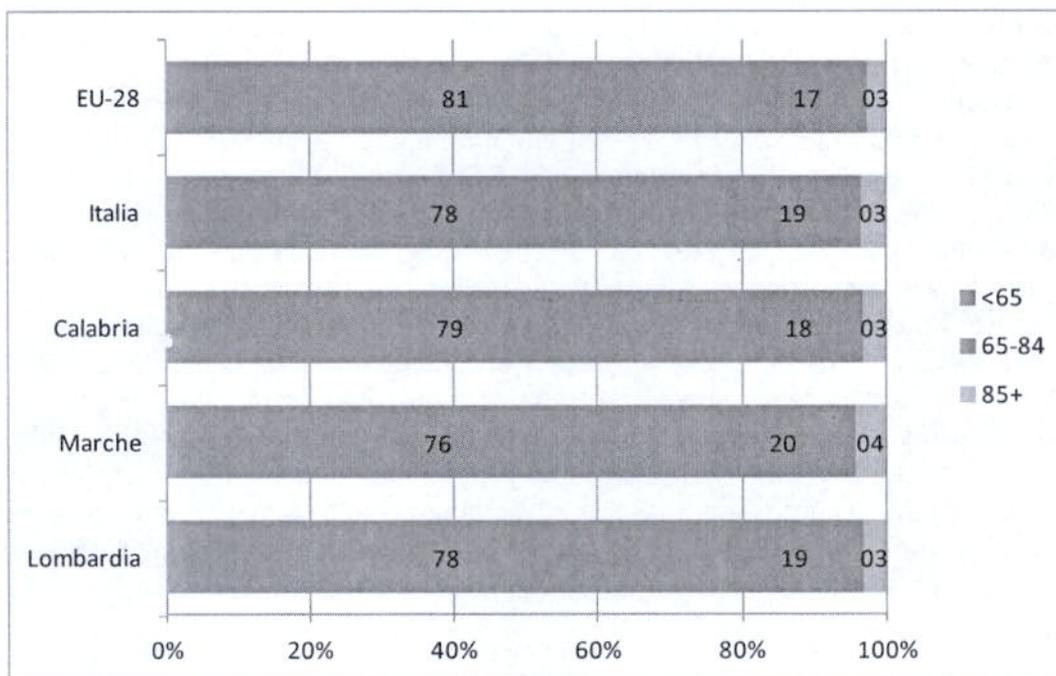
Il particolare assetto dell'Istituto, la sua mission unica nel panorama nazionale fanno sì che il contesto esterno di riferimento superi le dinamiche tipiche di ogni azienda sanitaria che fanno riferimento a normative nazionali ed a interventi dello stakeholder regionale.

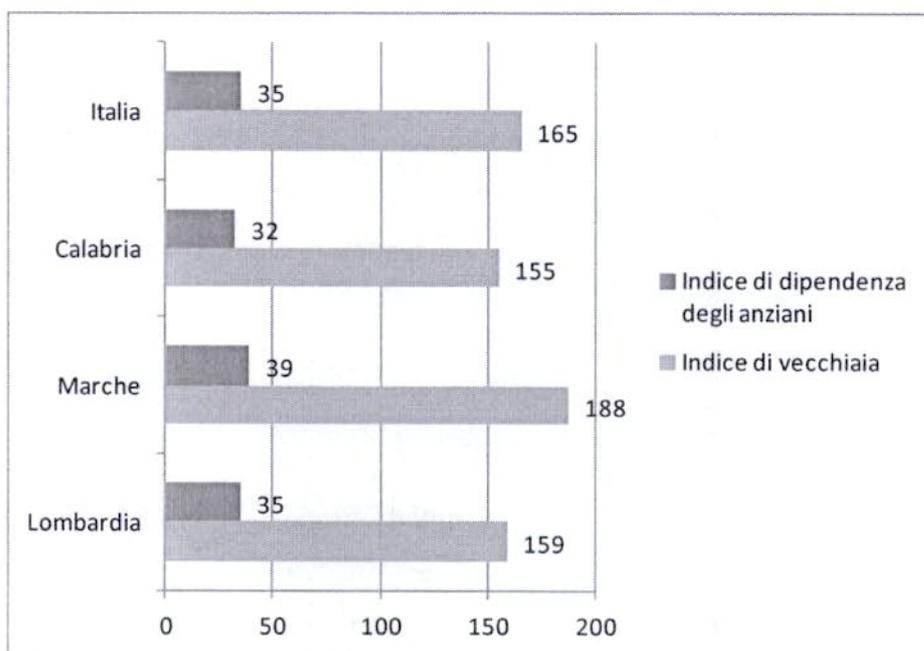
In questo scenario si possono identificare i seguenti determinanti:

- a) Invecchiamento della popolazione
- b) Multiregionalità
- c) Le specificità dell'IRCCS
- d) Ricerca scientifica
- e) Attività assistenziale

Invecchiamento della popolazione

In Italia, il 23% degli individui, quindi oltre uno su 5, ha oltre 65 anni (dati ISTAT 2018) e meno della metà (42,6%) delle persone anziane di 65-74 anni si dice in buona salute, quota che scende al 24% tra gli ultra settantacinquenni.





Il 39,1% dei residenti in Italia ha dichiarato di soffrire di almeno una delle principali patologie croniche rilevate (ad esempio diabete, ipertensione etc). Tanti soffrono anche di più malattie croniche contemporaneamente, infatti, tra gli ultra settantacinquenni la multimorbilità si attesta al 66,7% (58,4% tra gli uomini e 72,1% tra le donne). Inoltre gli anziani italiani prendono tanti farmaci: il 90,3% tra le donne ultra-settantacinquenni e l'88,9% tra gli uomini della stessa fascia d'età.

L'analisi degli indicatori dello stato di salute della popolazione anziana dimostra che all'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 42,6 % tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,0 % tra gli ultra settantacinquenni. A parità di età, già a partire dai 45 anni emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 45-54 anni il 73,7 % degli uomini si considera in buona salute contro il 69,1 % delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 60-64 anni (58,3 % contro il 49,7 %) e i 75 anni e oltre (28,7 % contro il 20,9 %).

Per quanto riguarda le ospedalizzazioni e le principali cause di morte nella popolazione nelle classi di età 45-79 anni, sono prevalenti i ricoveri per malattie cardiovascolari e sono numerosi anche i ricoveri per tumori in entrambi i generi, i ricoveri per le malattie dell'apparato digerente per gli uomini, i ricoveri per le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo nelle donne. Nelle persone molto anziane di 80 anni e più, oltre alle malattie del sistema circolatorio, il ricorso all'ospedale è dovuto principalmente alle malattie del sistema respiratorio (dati ISTAT 2017). Oltre i 45 e fino ai 79 anni anche per gli uomini la percentuale più elevata di decessi è attribuibile ai tumori. Superati gli 80 anni invece, per entrambi i generi, le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio: oltre i 90 anni di età circa un decesso su due è da attribuire a questo gruppo di cause (52,4 % tra le donne e 46,7 % tra gli uomini).

Multiregionalità

Un secondo elemento di contesto è invece dato dal particolare assetto giuridico dell'Istituto che fa sì che siano diversi gli interlocutori istituzionali di riferimento.

Infatti in un sistema sanitario sempre più regionalizzato la multi regionalità impone la necessità di confrontarsi e relazionarsi con le diverse regioni di riferimento, con le loro specificità e con i loro differenti approcci che si evidenziano chiaramente anche nella stessa impostazione del budget e quindi del bilancio preventivo economico aziendale. Oltre ad essere differenti le modalità operative imposte dalle Regioni di riferimento e dal Ministero della Ricerca per l'area scientifica

ovviamente diverso è il grado di avanzamento e di maturità delle relazioni ed interlocuzioni istituzionali esistenti. Come più volte detto, anche in considerazione delle dinamiche di regionalizzazione del sistema sanitario, i Bilanci aziendali, siano essi Preventivi o Consuntivi rappresentano la sommatoria dei preventivi e/o consuntivi sezionali delle 3 regioni all'interno delle quali viene erogata l'attività di assistenza specificando che in questi sezionali vengono attribuiti, per quota parte, anche i costi dell'area dei servizi di supporto scientifico e amministrativo.

In questa logica si osserva che l'esercizio 2018 ha rappresentato per l'Istituto un anno estremamente significativo sia per i cambiamenti avvenuti che per quelli impostati per i successivi esercizi. È infatti l'esercizio in cui da un punto di vista istituzionale:

- Si è raggiunto e sottoscritto l'accordo transattivo con la Regione Calabria e si sta lavorando al piano di rilancio della struttura di Cosenza;
- Si sono consolidati i rapporti con la Regione Lombardia tradottisi in un accordo di sistema tra Regione Marche e Regione Lombardia;
- Si sono insediati i nuovi membri del Consiglio di Indirizzo e Verifica il cui mandato è quinquennale
- Si è proceduto all'incorporazione del Presidio di Osimo

Parimenti la dinamica che ha caratterizzato il Bilancio Preventivo 2018 è la seguente:

- ✓ per i Presidi Marche la Regione Marche ha assegnato con Delibera di Giunta 1778 del 28 dicembre 2018 in maniera ufficiale il budget 2018. L'importo assegnato deriva da quanto concordato sulla base dell'andamento dei report trimestrali periodicamente inviati;
- ✓ per il Por di Casatenovo si fa riferimento ai valori di della Prechiusura 4 Cet anticipato al 20 dicembre e oggetto di determina (428/2018) per disposizione della Regione Lombardia. Tali valori tengono conto di quanto indicato in sede di bilancio preventivo (vedi DGR del 20 dicembre 2017 - n. X/7600 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018" e Decreto n. 1378 del 05/02/2018 "Assegnazione a favore delle Ats, Asst, Fondazioni Irccs, INRCA di Casatenovo, Areu e Agenzia dei controlli delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2018"), di quanto assegnato per il 2018 con l'ATS della Brianza che riduce quanto provvisoriamente assegnato che era invece in linea con quanto definito nel 2017 ma anche di quanto definito nel recente Decreto 14513 del 10/10/2018 avente come titolo "Modifica e/o Integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia dei controlli delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2018 a seguito procedure di assestamento";
- ✓ per il Por di Cosenza si osserva invece che la Regione Calabria non ha assegnato il finanziamento definitivo alle aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2018. il sezionale di Cosenza fa riferimento, in mancanza di un decreto specifico, a quanto assegnato provvisoriamente dalla Regione Calabria nel bilancio 2017 (DCA 74/2017) e, considerando il raggiungimento dell'accordo transattivo nel corso del 2018 e il costante ripiano delle perdite degli anni precedenti effettuato dalla Regione Calabria (l'ultimo, esercizio 2016, con il DCA 164/2018), ad un ulteriore livello di contributi pari a 1.030.429,38 € al fine di avere il sezionale in equilibrio. Tale ulteriore livello di contributi viene proposto tenendo conto delle dinamiche istituzionali 2018 sopra descritte pur in presenza di una dinamica temporale con cui viene emanato il presente atto palesemente incoerente.

Le specificità dell'IRCCS

La procedura con la quale gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico possono richiedere il riconoscimento del carattere scientifico e, a seguire ogni due anni, la conferma del riconoscimento stesso, è descritta nel Decreto ministeriale del 5 febbraio 2015 che definisce le caratteristiche da documentare per ogni istituto:

- personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato;

- indicazione della sede legale ed eventuali sedi operative dell'Istituto con le relative attività (ricerca, assistenza e altro) a vario titolo svolte;
- indicazione della sede/sedi per cui si richiede il riconoscimento del carattere scientifico;
- indicazione della disciplina per cui si chiede il riconoscimento;
- titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari;
- economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;
- caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale;
- caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata;
- dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;
- dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;
- certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute

Un altro elemento di contesto per gli IRCCS è costituito dalla "Piramide dei ricercatori" ossia un percorso di stabilizzazione che prevede nel contratto collettivo nazionale del lavoro relativo al personale del comparto sanità – Sez. del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria – sottoscritto all'ARAN il 27 dicembre 2018. Tale percorso vedrà la sua attuazione nel corso del 2019 con il recepimento di tale contratto con apposito decreto ministeriale. Questa nuova tipologia di contratto verrà applicata al personale precario degli IRCCS pubblici.

Ricerca scientifica

La Commissione Tecnico Sanitaria del Ministero della Salute ha approvato nel luglio 2018 le linee di ricerca corrente per il triennio 2018-2020 unitamente ai nuovi criteri di valutazione della ricerca corrente. Il finanziamento degli Istituti sarà ripartito secondo i seguenti criteri:

- a) produzione scientifica (55%)
- b) capacità di attrarre risorse (10%)
- c) attività assistenziale (20%)
- d) capacità di operare in rete (10%)
- e) trasferimento tecnologico (5%)

Con nota DGRIC 0006629-P-28/12/2018 del Ministero della Salute sono state comunicate agli Istituti le linee guida per la rendicontazione delle singole attività che determinano il finanziamento.

Attività assistenziale

Un ulteriore elemento è poi costituito dal mutato contesto normativo relativo all'attività sanitaria.

In ambito sanitario appare di fondamentale importanza comprendere e valutare gli effetti derivanti dall'applicazione del DECRETO 21 giugno 2016 – MINISTERO DELLA SALUTE avente come Oggetto i "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici", peraltro recentemente aggiornato (con l'ultima Legge di stabilità) in alcuni suoi parametri.

Senza addentrarsi specificatamente nella metodologia adottata dal Decreto per l'individuazione degli ambiti assistenziali e per la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure appare necessario in questa sede rappresentare gli indicatori del PNE utilizzati dal Decreto 21/06/2016:

- Infarto miocardico acuto con riferimento alla % di pazienti trattati con PTCA entro 2 giorni;
- La colecistectomia laparoscopica con riferimento alla % di ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni e con riferimento alla % di interventi eseguiti in reparti con volumi di attività > a 90 casi;
- L'ictus ischemico con riferimento alla mortalità a giorni;
- L'infarto miocardico acuto con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- Lo scompenso cardiaco congestizio con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- La BPCO riacutizzata con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- L'intervento chirurgico per TM colon con riferimento alla mortalità a 30 giorni.

Gli ambiti appena descritti dovranno essere oggetto di particolare attenzione nelle proposte di budget 2019 in una logica di miglioramento continuo degli standard qualitativi e/o di riprogettazione delle linee di attività da erogare.

Gli obiettivi Regionali

La Regione Marche ha assegnato all'INRCA nel corso del 2017 e 2018 i seguenti obiettivi e che probabilmente saranno riconfermati nel corso del 2019.

Dal punto di vista dei parametri economici rappresentati dal decreto in oggetto nella lettera a) sopra descritta si osserva che la recente legge di stabilità (232/2016) ha "abbassato" il parametro di scostamento massimo consentito tra ricavi e costi dal precedente 10% all'attuale 7% e in valore assoluto tra il precedente parametro dei 10 milioni di € agli attuali 7 milioni di €. Il nuovo parametro rafforza ancora di più la necessità di avviare con la massima urgenza percorsi di recupero di efficienza produttiva che devono tradursi, a livello di singola unità operativa e/o reparto:

- Nella diminuzione dei costi mantenendo un uguale valore della produzione erogata;
- Nell'incremento dei ricavi e dei volumi erogati mantenendo un stesso consumo di risorse.

Si consideri che il calcolo, per scelta ministeriale, sarà fatto a livello di singola Regione e non di complessivo INRCA.

Pertanto il raggiungimento del parametro del 7% dovrà passare per l'implementazione immediata di molte azioni di recupero di efficienza che dovranno caratterizzare tutte le unità operative nel corso del 2019. Da questo punto di vista assume un rilievo fondamentale l'avvio di analisi approfondite delle linee di attività e dei livelli organizzativi fino ad oggi adottati.

Infine in questo ambito va evidenziato come anche nell'ambito della ricerca scientifica diventa sempre più stringente, pena la consistente perdita di finanziamenti, l'attuazione dei parametri individuati con il decreto legge 158/2012. Nello specifico si osserva che con questo decreto "... sono stabiliti i criteri di classificazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientificosulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale, anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca; con il medesimo decreto, al fine di garantire la visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario dei predetti soggetti, sono individuate le modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale".

2.3 L'Albero della performance

In un IRCCS pubblico non trasformato in fondazione l'assetto organizzativo prevede tra gli organi istituzionali il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV). All'art.4 comma 4 lettera a) della legge 21/2016 è indicato che il Consiglio "determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività

dell'INRCA, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenza nell'ambito delle risorse assegnate"

Il Consiglio insediatosi all'inizio del 2018 ha di recente emanato le linee di indirizzo strategico basate su 5 direttrici:

1. Alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate

Gli ospedali dell'INRCA sono ospedali ad alta specializzazione in grado di fare la differenza nella capacità di valutare e gestire la multimorbilità e la polifarmacoterapia. Da questo punto di vista l'INRCA rappresenta un osservatorio privilegiato nel panorama geriatrico nazionale ed internazionale, racchiudendo nella sua struttura organizzativa la multidisciplinarietà necessaria ad un approccio integrato alle complesse sfide dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, l'alta specializzazione che l'INRCA mette a disposizione del territorio di competenza trova le sue solide basi nella continua e costante contaminazione fra clinici, biogerontologi, esperti nel settore delle politiche sociali, dei modelli assistenziali e delle nuove tecnologie.

2. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi ospedale-territorio con focus sulla fragilità/disabilità

L'invecchiamento della popolazione e l'impatto che la fragilità e la disabilità determinano sulla popolazione anziana impongono la corretta identificazione dei bisogni assistenziali, la forte integrazione con le famiglie ed i caregiver (formali ed informali) e l'appropriata pianificazione ed implementazione dei servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari, residenziali). L'INRCA elabora e promuove nuovi modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio specificamente mirati alla fragilità e alla disabilità attraverso cui superare le criticità legate alla rete dei servizi geriatrici. Lo sviluppo di modelli assistenziali innovativi include la raccolta di informazioni di costo-efficacia attraverso l'uso di metodologie di HTA per la valutazione di modelli ed interventi che sarà di fondamentale importanza per fornire una solida base decisionale all'allocazione delle risorse.

3. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi "tecnoassistiti"

La complessità dei bisogni dei pazienti crea un impatto enorme sull'organizzazione dei servizi socio-sanitari, pertanto, non si può prescindere dall'utilizzo della tecnologia che permette di sviluppare soluzioni integrate per un trattamento multidimensionale del quadro clinico offrendo sia soluzioni integrate che mettono a disposizione con un unico strumento una vasta gamma di servizi come ad esempio il dispositivo che inserito nel dito del paziente rileva numerosi parametri emodinamici (pressione, frequenza cardiaca, ECG) ed ematochimici (emoglobina, ematocrito pO₂, pH, ecc.) che sistemi modulari combinabili per creare la soluzione su misura per il singolo paziente.

4. Promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità

Il cosiddetto silver market si riferisce a diversi settori coperti sia dalla spesa pubblica che dai consumi dei diretti utilizzatori che rispondono ai bisogni della popolazione over 65. Merrill Lynch ha stimato che a livello globale la silver-economy avrà una dimensione di 15.000 miliardi di dollari nel 2020.

Nonostante che i principi base dell'Universal design, che ha come obiettivo la progettazione e la realizzazione di ambienti e manufatti che siano di per sé accessibili ad ogni categoria di persone, siano stati codificati ormai da decenni il loro impatto nella progettazione di beni per la vita quotidiana è ancora basso. L'INRCA partecipando a progetti di ricerca e sviluppo industriale sia a livello nazionale che internazionale ha sviluppato competenze specifiche nel settore e, attraverso un approccio multidisciplinare dato dalla presenza di diverse professionalità e l'utilizzo di un

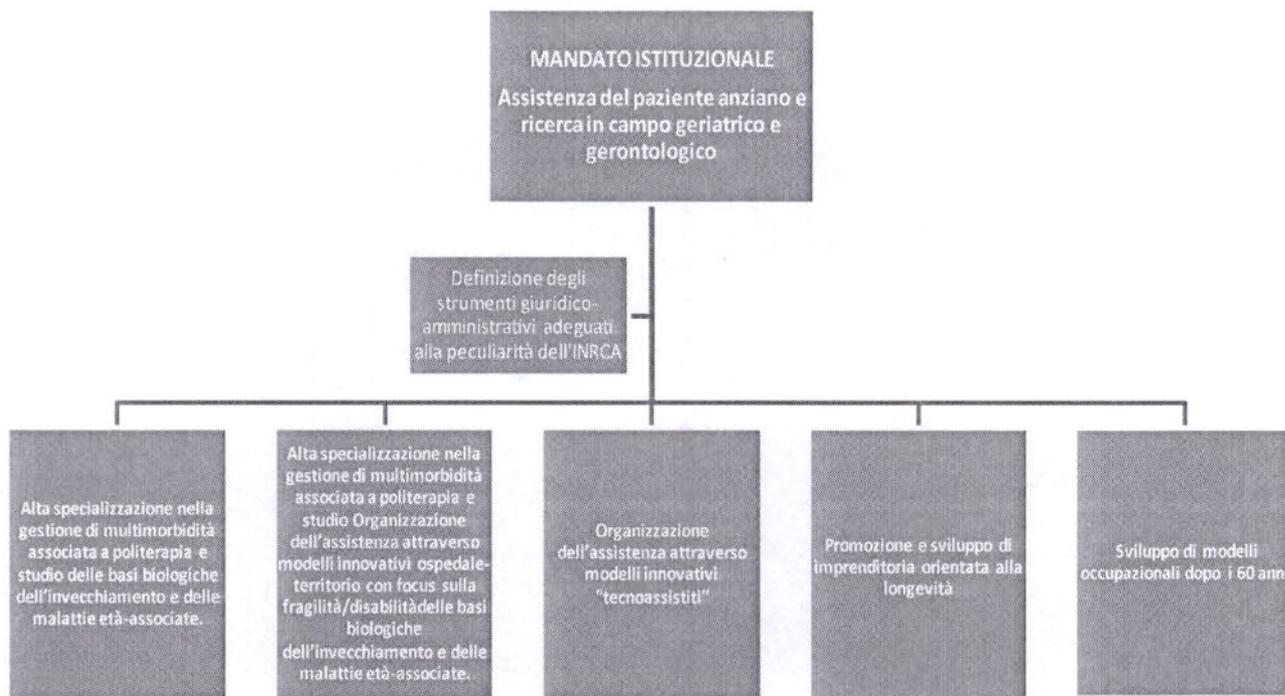
linguaggio comune, consente alle imprese di dialogare con i professionisti della sanità che meglio conoscono le esigenze degli anziani.

5. Sviluppo di modelli occupazionali dopo i 60 anni

L'INRCA svolge progetti di ricerca sul tema, e si pone come un interlocutore di primo livello su questo fronte, avendo un'esperienza internazionale quasi ventennale (il primo di tanti progetti europei, "A European code of practice for employment of older workers", è stato svolto nel 2000; due progetti sull'argomento sono al momento in attesa di valutazione), che l'ha portata a costruire network importanti sia a livello internazionale che nazionale con Università, istituti di ricerca e tutti i maggiori stakeholders, per dare risposte e perseguire soluzioni a tutti i livelli.

Come già visto in precedenza il contesto esterno dell'Istituto, decisamente peculiare, rende necessario il recupero e/o la realizzazione di strumenti giuridico amministrativi adeguati che consentano l'operatività aziendale. Tali strumenti rappresentano la cornice indispensabile, in alcuni casi addirittura la preconditione, perché si possano attuare le strategie aziendali delineate. Data la rilevanza e l'incidenza che assumono nell'ambito INRCA graficamente è stata rappresentata, nell'ambito dell'albero delle performance aziendale, come un'area posta trasversalmente rispetto alle altre. Nello specifico rientrano di diritto in questa area i percorsi tesi all'effettiva applicazione dell'art.13 comma 7 della legge di riordino 21/2006 dell'INRCA e che hanno trovato concretezza nell'Accordo transattivo con la Regione Calabria propedeutico alla definizione di un piano di sviluppo e razionalizzazione del Presidio di Cosenza, nell'accordo interregionale tra Regione Marche e Regione Lombardia recentemente siglato (accordo peraltro da realizzare anche con la Regione Calabria). Accanto a questi percorsi si collocano quelli tesi a programmare il fabbisogno dell'istituto (si pensi in tale ottica agli atti di programmazione, quali il piano occupazionale e la programmazione biennale delle forniture e servizi e quella triennale per i lavori pubblici), da adottarsi in coerenza con altri atti quali il bilancio di previsione e di esercizio, curandone la tempistica nel rispetto delle norme vigenti. La realizzazione di tale area "trasversale" determina benefici in termini di efficienza con conseguenti ottimizzazioni anche dal punto di vista del mantenimento dell'equilibrio economico, condizione quest'ultima comunque ineludibile tanto più in un contesto frammentato e in continuo cambiamento come quello che caratterizza l'Istituto.

Di seguito si rappresenta l'albero della performance aziendale costruito sulla base delle peculiarità dell'Istituto e sulle linee di indirizzo del CIV. Le tematiche dell'albero della performance saranno riprese nel successivo paragrafo 4.2 in cui è stata esplicitata in maniera puntuale la dimensione strategica dell'Istituto secondo gli items di intervento.



2.4 Analisi del contesto interno

L'articolazione aziendale

In premessa si osserva che sin dal 2009 l'Istituto ha scelto la dimensione dei c.d. Dipartimenti misti, cioè Dipartimenti all'interno dei quali insistono sia uu.oo. clinico assistenziali che uu.oo. esclusivamente dedicate all'attività di ricerca.

Come già descritto in precedenza, infatti, l'attività di ricerca e l'attività assistenziale costituiscono nella loro inscindibile complementarietà l'attività istituzionale di qualsiasi IRCSS e tale aspetto viene rappresentato con un percorso organizzativo coerente, attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Strutturali Misti, "consacrando" la traslationalità della ricerca.

Peraltro attualmente l'Istituto vive un momento di passaggio poiché con la Determina n. 291 DGEN /2016 si è definito il nuovo assetto organizzativo coerente con la riduzione delle strutture operative complesse e semplici (comprese quelle dipartimentali) per il rispetto degli standard del comitato LEA. Tale assetto, rappresentato nella tabella seguente, è stato applicato nel biennio 2017-2018 con l'assegnazione dei relativi incarichi.

DIPARTIMENTO	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
POST ACUZE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA	POR Ancona	Marche	Medicina Riabilitativa	Complessa	
		Marche	Clinica di Medicina Interna e Geriatria	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Ctr. Studi e Ricerche Economico Sociali per l'invecchiamento	Complessa	Area Ricerca
		Marche	Continuita' assistenza riabilitativa	Semplice	Afferente alla UOC di Medicina Riabilitativa
		Marche	Management pazienti anziano neoplastico	Semplice	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	Degenza post-acuzie	Semplice Dipartimentale	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	RSR Appignano	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO	POR Ancona	Marche			
		Marche	Geriatria / Accettazione geriatrica e Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Complessa	
		Marche	Cardiologia/UTIC/Telecardiologia	Complessa	
		Marche	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Complessa	
		Marche	Nefrologia e Dialisi	Complessa	
		Marche	Malattie Metaboliche e Diabetologia	Complessa	
		Marche	Ctr. Neurobiologia dell'invecchiamento	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Aritmologia clinica anziano, impianto e controllo pacemaker	Semplice	Afferente alla UOC di Cardiologia
		Marche	Centro per disturbi cognitivi e demenze	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
		Marche	Neurofisiologia Clinica	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
		Marche	Accettazione geriatrica d'urgenza	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria e Accettazione
		Marche	Laboratorio bioenergetica cellulare	Semplice	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Ctr. Neurobiologia dell'invecchiamento
		Marche	Neuropsicogeriatrica	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
Marche	Nutrizione Clinica	Semplice Dipartimentale			
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO	POR Ancona	Marche	Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Complessa	
		Marche	Odontostomatologia	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Ctr. Tecnologie avanzate nell'invecchiamento	Complessa	Area Ricerca
		Marche	Urologia	Complessa	
		Marche	Dermatologia/Centro di ricerca Dermatologica Geriatrica	Complessa	
		Marche	Ctr. del piede diabetico	Complessa (ad esaurimento)	
		Marche	Dermatologia Geriatrica	Semplice	Afferente alla UOC di Dermatologia
		Marche	Anestesia geriatrica	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Prevenzione dei tumori prostatici	Semplice Dipartimentale	
Marche	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Semplice Dipartimentale			
DEI SERVIZI LABORATORI CLINICI E DI RICERCA	POR Ancona	Marche	Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed interventistica	Complessa	
		Marche	Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Complessa	
		Marche	Ctr. Patologia Clinica e terapia innovativa	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Neuroradiologia	Semplice	Afferente alla UOC di Diagnostica per immagini
		Marche	Gestione percorsi integrati di laboratorio	Semplice	Afferente alla UOC di laboratorio Analisi
		Marche	Gestione delle attivita' di diagnostica per immagini in urgenza	Semplice	Afferente alla UOC di diagnostica per immagini
		Marche	Farmacia	Semplice Dipartimentale	
Marche	Medicina Nucleare	Semplice Dipartimentale			

DIPARTIMENTO	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOCEREBRO VASCOLARE	POR Fermo	Marche	Geriatría	Complessa	
		Marche	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Percorsi clinici integrati dermatologici con Area Vasta e Territorio	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	POR Casatenovo	Lombardia	Pneumologia Riabilitativa/Centro di ricerca patologie toraco-polmonari	Complessa	
		Lombardia	Pneumologia	Complessa	
		Lombardia	Terapia intensiva intermedia respiratoria	Semplice	Afferente alla UOC di Pneumologia Riabilitativa
		Lombardia	Radiologia	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Laboratorio Analisi	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE	POR Cosenza	Calabria	Geriatría	Complessa	
		Calabria	Anestesia e Terapia del dolore/Ctr. ricerca gestione del dolore anziano	Complessa	
		Calabria	Laboratorio Analisi	Complessa	
		Calabria	Radiologia	Complessa	
		Calabria	Stroke Unit	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatría
		Calabria	Management paziente demente, Alzheimer	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatría
		Calabria	Studio Diagnosi e cura delle cefalee e algie cranio facciali	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Management dolore oncologico nel paziente anziano	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Diagnostica molecolare	Semplice	Afferente alla UOC di Laboratorio Analisi
		Calabria	Tac	Semplice	Afferente alla UOC di Radiologia
		Calabria	Laboratorio Farmaco-epidemiologia geriatrica	Semplice Dipartimentale	
		Calabria	Riabilitazione Intensiva	Semplice Dipartimentale	
CENTRI SERVIZI E ALTRI INCARICHI	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
CENTRO SERVIZI ATL	Amm.Centr. Ancona	Marche	Attività Tecniche/Nuove Opere/Patrimonio	Complessa	
		Marche	Amministrazione Risorse Umane	Complessa	
		Marche	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Complessa	
		Marche	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della Ricerca	Complessa	(*)
		Lombardia	Direzione Amministrativa Casatenovo	Complessa	(*)
		Calabria	Direzione Amministrativa Cosenza	Complessa	(*)
		Marche	Amministrazione e Finanza	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Sistemi informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Affari Generali	Semplice Dipartimentale	
CENTRO SERVIZI DIREZIONALI	Amm.Centr. Ancona	Marche	Affari legali e Contenzioso	Complessa	
		Marche	Controllo di gestione programmazione e flussi informativi	Complessa	
		Marche	Servizio prevenzione e protezione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Formazione e aggiornamento del personale, comunicazione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Modelli assistenziali e nuove tecnologia	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
		Marche	Ricerca Innovazione e Trasferimento tecnologico	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
DIREZIONE SANITARIA	Amm.Centr. Ancona	Marche	Direzione Medica Ancona/Fermo/Appignano	Complessa	
		Marche	Integrazione ospedale/territorio per valutazioni e dimissioni protette	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Gestione del Rischio Clinico	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Fisica Sanitaria e pianificazione e gestione delle tecnologie biomediche	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Direzione Medica Casatenovo	Complessa	
		Lombardia	Risk Management Qualità e Controllo	Semplice	Afferente alla DM Casatenovo
		Calabria	Direzione Medica Cosenza	Complessa	
Calabria	Gestione dati sanitari verifiche e controlli produzione	Semplice	Afferente alla DM Cosenza		

(*) come indicato nel paragrafo " L'AREA AMMINISTRATIVA/TECNICO/LOGISTICA" punto 2

«Le DAPO dipendono gerarchicamente dal Direttore Amministrativo, ma si rapportano con il Coordinatore del CSATL al fine di garantire l'omogeneità nell'esplicazione dell'azione amministrativa.»

Rispetto a questo assetto si evidenzia che nel corso del 2017 è stata avviata una revisione del modello dipartimentale per una riduzione degli stessi, compresa la modifica di alcune uu.oo.. Tale

percorso va ricondizionato a seguito del diverso assetto istituzionale derivante dall'incorporazione del presidio di Osimo. A tal proposito si rappresenta di seguito l'assetto provvisorio del Presidio di Osimo come definito con nota 5130 del 16/02/2018.



	descrizione struttura Osimo come da determina ASUR 805	UOC o UOSD o UOS INRCA di appartenenza	Dipartimento INRCA di appartenenza o riferimento gerarchico di appartenenza
DIRIGENZA	Laboratorio Analisi ospedale OSIMO	UOC Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
DIRIGENZA	Radiologia Ospedale Osimo	UOC Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed interventistica	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
DIRIGENZA	Chirurgia Gen degenze ospedale Osimo (chirurgia generale ed ortopedia)	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
DIRIGENZA	Direzione Sanitaria ospedale	UOC direzione Medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA (DS Alberto Deales)
DIRIGENZA	UOC Medicina Generale degenze ospedale Osimo	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
DIRIGENZA	UOC Pneumologia degenze ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
DIRIGENZA	UOC pronto Soccorso ospedale Osimo	UOC pronto Soccorso	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico (provvisorio)
DIRIGENZA	Sala Endoscopia ospedale osimo		Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
DIRIGENZA	UOC Servizio Anestesia Ospedale Osimo	UOC Servizio Anestesia Osimo	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Attività tecniche	UOC Attività Tecniche/Nuove opere/Patrimonio	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Blocco operatorio ospedale Osimo	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Laboratorio Analisi ospedale OSIMO	UOC Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
COMPARTO	Radiologia Ospedale Osimo	UOC Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed interventistica	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
COMPARTO	Chirurgia Gen degenze ospedale Osimo	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Cup Casse accettazione Ospedale Osimo	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Direzione Amministrativa di presidio	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Direzione Sanitaria ospedale Osimo	Direzione medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA
COMPARTO	Medicina ambulatorio ospedale Osimo	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Medicina Generale degenze ospedale	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Pneumologia ambulatorio ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Pneumologia degenze ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Portineria centralino ospedale osimo	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	UOC pronto Soccorso ospedale Osimo	UOC pronto Soccorso	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico (provvisorio)
COMPARTO	Sala Endoscopia ospedale osimo		Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Serv economato e provveditorato	UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Serv gestione del personale	UOC Amministrazione risorse umane	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Urologia ospedale Osimo	Direzione Medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA

Le risorse umane

L'INRCA è una realtà a forte complessità gestionale proprio per l'ampia dispersione che la caratterizza seppur di non elevata dimensione, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

La tabella seguente rappresenta le unità equivalenti impiegate nel corso del 2018.

	Presidi Marche	POR Ancona	POR Fermo	PO Appignano e Residenza Dorica	Po Osimo	POR Casatenovo	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifiche	821,4	512,1	90,9	25,4	193,0	83,9	89,5	20,4	97,0	1.112,3
RS - Tot Ruolo Sanitario	653,5	416,2	71,5	15,0	150,7	52,7	72,9	13,4	14,3	806,8
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	153,7	101,0	15,6	2,0	35,1	10,9	17,2	1,9	2,0	185,8
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	19,6	14,6	1,0	-	4,0	1,0	1,0	8,5	7,8	37,9
SC - Tot Comparto Sanitario	480,1	300,6	54,9	13,0	111,6	40,8	54,8	2,9	4,5	583,1
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	142,4	77,6	17,4	9,4	38,0	23,0	10,2	6,0	15,5	197,1
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,0	-	-	-	-	4,0	4,1	9,1
TC - Tot Comparto Tecnico	141,4	77,6	16,4	9,4	38,0	23,0	10,2	2,0	11,4	188,0
RA - Tot Ruolo Amministrativo	25,6	18,3	2,0	1,0	4,3	8,3	6,3	1,0	64,2	105,3
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	0,9	0,9	-	-	-	-	1,0	-	5,1	7,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	24,7	17,4	2,0	1,0	4,3	8,3	5,3	1,0	59,1	98,3

Nella dinamica 2018 si osserva "l'impatto" dell'incorporazione di Osimo. In effetti il Presidio di Osimo porta in dote un incremento di personale pari a poco meno di 200 unità equivalenti (benché l'aumento di posti in dotazione organica sia di 224 unità) confermando pienamente l'incremento di "perimetro" che tale operazione comporta per l'Istituto. Oltre al personale dipendente, si deve considerare anche l'utilizzo del personale impiegato con forme contrattuali tipiche (co.co.co. e liberi professionisti) che nell'ambito dell'Istituto è molto accentuato in considerazione della caratterizzazione scientifica. In questa logica si osserva infatti che per sua natura le ricerche finalizzate hanno una durata pluriennale ma in ogni caso difficilmente superiore ai 3 anni e pertanto tali forme contrattuali risultano essere quelle più adeguate a tali attività. Nel corso del 2018 il totale delle persone impiegate con queste forme contrattuali è stata pari a oltre 40 unità.

Sarà importante tener conto dell'invecchiamento degli organici, della femminilizzazione dei medici e dell'utilizzo crescente nel sistema pubblico delle inidoneità, dei part-time, delle assenze per malattia. L'attenzione dovrà pertanto essere portata verso nuove politiche del personale, riprogettazione e nuovi strumenti di gestione del personale, valutazione, carriere e retribuzione.

La valorizzazione delle risorse umane e professionali assume comunque, nel perseguimento degli obiettivi del sistema INRCA, un ruolo particolarmente rilevante, finalizzata ad una valorizzazione dei vari profili e al miglioramento dell'organizzazione all'interno della quale le risorse stesse agiscono per migliorare i livelli di competenza e di responsabilizzazione di ognuno.

Il quadro economico

Il D.Lgs. 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", al Titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" ha introdotto importanti cambiamenti organizzativi per gli enti sanitari. In effetti la redazione del Bilancio Preventivo Economico Annuale per le Aziende U.L.SS., Ospedaliere e per gli I.R.C.C.S pubblici sono da predisporre in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione. Tra le altre cose il comma 3 indica che i bilanci vanno corredati da una relazione redatta dal Direttore Generale *evidenziante i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendale e regionale*.

In questa logica assume rilievo la particolare caratteristica dell'INRCA, Istituto a carattere scientifico multi regionale. Infatti in un sistema sanitario sempre più regionalizzato la multi regionalità impone la necessità di confrontarsi e relazionarsi con le diverse regioni di riferimento,

con le loro specificità e con i loro differenti approcci che si evidenziano chiaramente anche nella stessa impostazione dei diversi bilanci preventivi e consuntivi che caratterizzano l'Istituto.

Oltre ad essere differenti le modalità operative imposte dalle Regioni di riferimento e dal Ministero della Ricerca per l'area scientifica diverso è il grado di avanzamento e di maturità delle relazioni ed interlocuzioni istituzionali esistenti.

Il preconsuntivo 2018 che è alla base del triennio di riferimento 2019-2021 e che peraltro è stato sostanzialmente tradotto nel Bilancio Preventivo 2018 in quanto redatto a chiusura dell'esercizio 2018, risente pienamente di quanto appena detto.

Questo preventivo va rapportato con il budget delle singole Regioni, anche se la dinamica è completamente diversa da Regione a Regione.

Come ampiamente ripetuto in più sedi tale situazione è sostanzialmente il frutto di dinamiche regionali e ministeriali diversificate, stante il differente comportamento adottato dai vari interlocutori istituzionali. Nel dettaglio infatti si osserva che:

- Innanzitutto la **Regione Marche** ha assegnato con Delibera di Giunta 1778 del 28 dicembre in maniera ufficiale il budget 2018. L'importo assegnato deriva da quanto concordato sulla base dell'andamento dei report trimestrali periodicamente inviati e da quanto assegnato per Osimo visto l'andamento dei costi che lo ha caratterizzato nel corso del 2018. In particolare la Regione Marche aveva assegnato un budget provvisorio 2018 con valori assoluti inferiori a quelli del 2017 poi integrato con una prima parziale assegnazione del Budget per Osimo. Sempre in sede di assegnazione del budget provvisorio 2018 la Regione Marche aveva definito, considerando i residui del 2017 potenzialmente considerabili anche nel 2018, una cifra indistinta per investimenti pari a 2,4 milioni di € ai quali aggiungere il finanziamento già assegnato in base alla DGR 1250/2017 e pari a quasi 3,9 milioni di € (2,05 milioni per Telemedicina per conto di Regione Marche, 1,2 milioni di € Gamma Camera per Medicina Nucleare, 265 mila € per riabilitazione virtuale Fermo, 281 mila € per aggiornamento ed estensione delle tecnologie del Presidio di Ancona, 90 mila € potenziamento percorso HIFU). Nello specifico nel corso del 2018 l'Istituto, oltre all'acquisizione della riabilitazione virtuale di Fermo, della Gamma Camera e dell'ecografo necessario al potenziamento del percorso HIFU, ha destinato la quota di investimenti indistinti all'acquisto di 69 sollevapazienti, dell'attrezzatura per sala cistoscopica, al completamento dei lavapadelle per tutti i presidi marchigiani, al completamento della realizzazione dei lavori per il rifacimento dei reparti dell'UO Clinica di medicina Interna e della Degenza Post Acuzie, al completamento dei lavori relativi alla c.d. terza corsia di Osimo (per quasi 300 mila €) oltre che all'acquisto di molteplici attrezzature di piccole entità necessarie al funzionamento complessivo dei presidi.

Confrontando il Preconsuntivo con il bilancio d'esercizio 2017 è necessario innanzitutto considerare la disomogeneità del confronto visto che nel 2018 c'è anche il Presidio di Osimo.

POR MARCHE (compreso Osimo)				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio	Bilancio	VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
	Consuntivo anno 2017 in migliaia di €	Preventivo anno 2018 in migliaia di €		
Personale dipendente e convenzionato	38.179	50.885	12.706	33,3%
Consumo beni sanitari e non sanitari	6.794	10.124	3.329	49,0%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	8.661	11.710	3.049	35,2%
Ammortamenti lordi	2.158	2.153	- 5	-0,2%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	1.589	1.828	239	15,0%
Altro	11.128	9.118	- 2.010	-18,1%
TOTALE	68.509	85.818	17.309	25,3%
RICAVI			VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Prestazioni di Ricovero e Residenziali	27.877	35.303	7.425	26,6%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	12.979	15.514	2.536	19,5%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	22.128	29.653	7.524	34,0%
Altro	5.525	5.348	- 176	-3,2%
TOTALE	68.509	85.818	17.309	25,3%
UTILE/ PERDITA D'ESERCIZIO			-	
	-	-	0,00	#DIV/0!

Pertanto si ritiene molto più utile ai fini dell'analisi porre a confronto i Presidi Marche 2018 vecchio perimetro con il dato 2017 lasciando a parte il Presidio di Osimo. Si vedano a tal proposito le due tabelle successive.

POR MARCHE (vecchio perimetro)				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio	Bilancio	VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
	Consuntivo anno 2017 in migliaia di €	Preventivo anno 2018 in migliaia di €		
Personale dipendente e convenzionato	38.179	39.237	1.058	2,8%
Consumo beni sanitari e non sanitari	6.794	7.520	726	10,7%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	8.661	8.771	110	1,3%
Ammortamenti lordi	2.158	2.148	- 9	-0,4%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	1.589	1.578	- 11	-0,7%
Altro	11.128	8.829	- 2.299	-20,7%
TOTALE	68.509	68.083	- 426	-0,6%
RICAVI			VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Prestazioni di Ricovero e Residenziali	27.877	28.453	575	2,1%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	12.979	12.952	- 27	-0,2%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	22.128	21.771	- 357	-1,6%
Altro	5.525	4.908	- 617	-11,2%
TOTALE	68.509	68.083	- 426	-0,6%
UTILE/ PERDITA D'ESERCIZIO			-	
	-	-	0,00	#DIV/0!

POR OSIMO				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo		Bilancio Preventivo	
	anno 2017	anno 2018	anno 2018	VARIAZIONE BPE
	in migliaia di €	in migliaia di €	in migliaia di €	2018 su CONSUNTIVO
				2017
Personale dipendente e convenzionato		11.648	11.648	
Consumo beni sanitari e non sanitari		2.604	2.604	
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)		2.939	2.939	
Ammortamenti lordi		5	5	
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato		250	250	
Altro		289	289	
TOTALE	-	17.735	17.735	
				VARIAZIONE BPE
RICAVI				2018 su CONSUNTIVO
				2017
Prestazioni di Ricovero		6.850	6.850	
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)		2.563	2.563	
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)		7.881	7.881	
Altro		441	441	
TOTALE	-	17.735	17.735	
				-
PERDITA D'ESERCIZIO	-	0,00	0,00	

Dal confronto emerge che i costi nel Presidio Marche vecchio perimetro sono in diminuzione tra il 2018 e il 2017. In realtà va evidenziato che tale diminuzione è il frutto algebrico di variazione di segno opposto. Nello specifico si evidenzia un incremento nel costo del personale di oltre 1 milione di €. In realtà quasi 600 mila € di tale incremento è legata all'applicazione a giugno 2018 del nuovo CCNL per il comparto mentre la restante parte deriva da un recupero dotazionale soprattutto in ambito medica che comunque vedrà i suoi maggiori effetti come trascinarsi del 2019. L'incremento nei costi dei beni sanitari e non sanitari deriva invece dal fatto che nel corso del 2017 si è proceduto al calcolo delle scorte di reparto mai valorizzate in precedenza e che hanno generato un vantaggio contabile per l'esercizio scorso ovviamente non ripetibile nel corso del 2018 e che anzi nel 2018 dà luogo ad un incremento "contabile" e non gestionale di costi. Da ultimo si osserva la diminuzione degli altri costi derivanti dalla minore quota parte dei costi generali dell'area direzionale, scientifica e amministrativa di supporto. Tale diminuzione deriva soprattutto dal fatto che questa area dei costi era stata interessata nel corso del 2017 da una sopravvenienza passiva di notevole entità (1,1 milioni di €) e da molteplici accantonamenti per il personale non ripetuti nel corso del 2018.

- **Presidio Casatenovo.** Il sostanziale equilibrio economico finanziario dovuto al giusto mix di efficienza e produttività raggiunto negli anni dalla struttura trova conferma con i dati previsionali 2018. Va specificato però che questi dati previsionali non sono quelli relativi al Budget a suo tempo sottoscritto ma a quelli coerenti con i valori complessivi aggiornati dalla Regione Lombardia con il c.d. Assestamento. In effetti il dato del Preconsuntivo 2018 tiene conto di valori complessivi coerenti con il decreto di Assestamento anche se nei singoli voci di bilancio si evidenziano differenze. La tabella di sintesi evidenzia invece la sostanziale stabilità dell'andamento del Presidio di Casatenovo con variazioni minimali nell'ambito dei costi particolarmente concentrate nei minori accantonamenti effettuati. Le variazioni nell'ambito dei ricavi derivano invece dalla previsione di una minore attività come effetto del nuovo contratto siglato con ATS Brianza in notevole diminuzione rispetto al 2017 (-280 mila €);

POR CASATENOVO				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2017 in migliaia di €	Bilancio Preventivo anno 2018 in migliaia di €	VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Personale dipendente e convenzionato	4.978	4.894	- 84	-1,7%
Consumo beni sanitari e non sanitari	611	734	123	20,2%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.040	1.069	29	2,8%
Ammortamenti lordi	579	572	- 6	-1,1%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	189	210	21	11,0%
Altro	1.141	828	- 312	-27,4%
TOTALE	8.538	8.307	- 230	-2,7%
RICAVI			VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Prestazioni di Ricovero	5.864	5.542	- 321	-5,5%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	1.660	1.665	5	0,3%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	-	188	188	#DIV/0!
Altro	1.014	913	- 101	-10,0%
TOTALE	8.538	8.307	- 230	-2,7%
PERDITA D'ESERCIZIO	-	0	0	

➤ **Presidio Cosenza.** La Previsione 2018 prevede una situazione di pareggio perché si è previsto un ulteriore contributo da parte della Regione Calabria pari a 1.030.429,38 € sulla base del fatto che annualmente vengono ripianate le perdite d'esercizio. Tale ulteriore contributo viene integrato anche considerando il raggiungimento dell'accordo transattivo nel corso del 2018 e il costante ripiano delle perdite degli anni precedenti effettuato dalla Regione Calabria (l'ultimo, esercizio 2016, con il DCA 164/2018) pur considerando la dinamica temporale dell'adozione dell'atto. Tutti questi aspetti ribadiscono pertanto nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR Calabrese.

Da un punto di vista meramente gestionale si osserva comunque una leggera contrazione dei costi (costante in questi anni) che va vista come frutto delle attività propedeutiche del piano di sviluppo e razionalizzazione da realizzarsi ai sensi dell'accordo transattivo fermo restando che per la sua realizzazione si rende necessario il pieno accordo regionale.

POR COSENZA

COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2017 in migliaia di €	Bilancio Preventivo anno 2018 in migliaia di €	VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Personale dipendente e convenzionato	5.648	5.412	- 236	-4,2%
Consumo beni sanitari e non sanitari	392	422	31	7,8%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	922	957	35	3,8%
Ammortamenti lordi	229	226	- 2	-1,0%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	10	7	- 3	-33,1%
Altro	883	933	50	5,7%
TOTALE	8.083	7.957	- 126	-1,6%
RICAVI			VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Prestazioni di Ricovero	3.946	3.831	- 115	-2,9%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	588	596	8	1,3%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	2.092	3.244	1.153	55,1%
Altro	280	286	6	2,2%
TOTALE	6.906	7.957	1.051	15,2%
PERDITA D'ESERCIZIO	- 1.177	- 0	1.177	-100,0%

Il dato complessivo Preconsuntivo 2018 è in definitiva il seguente.

TOTALE INRCA				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2017 in migliaia di €	Bilancio Preventivo anno 2018 in migliaia di €	VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Personale dipendente e convenzionato	56.809	69.240	12.431	21,9%
Consumo beni sanitari e non sanitari	7.996	11.465	3.469	43,4%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	11.802	15.067	3.266	27,7%
Ammortamenti lordi	3.464	3.429	- 36	-1,0%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	2.812	2.760	- 52	-1,9%
Altro	9.690	6.837	- 2.853	-29,4%
TOTALE	92.574	108.799	16.225	17,5%
RICAVI			VARIAZIONE BPE 2018 su CONSUNTIVO 2017	
Prestazioni di Ricovero	37.687	44.675	6.988	18,5%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	15.226	17.774	2.548	16,7%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	30.225	38.661	8.436	27,9%
Altro	8.259	7.688	- 571	-6,9%
TOTALE	91.397	108.799	17.402	19,0%
PERDITA D'ESERCIZIO	- 1.177,2	0,00	1.177	-100,0%

Sempre in ambito di preconsuntivo 2018 va vista la politica degli investimenti attuati. Gli stessi sono stati suddivisi nella loro rappresentazione per Presidio di riferimento (Presidi Marche comprensivi dell'Area di supporto scientifica e amministrativa, Por di Cosenza e Por di Casatenovo) e per il fatto che siano stati finanziati attraverso i fondi correnti (seppur autorizzati dal livello regionale) o, viceversa, se ci siano stati appositi finanziamenti per essi.

La dinamica effettiva degli investimenti 2018 evidenzia situazioni particolari.

I Presidi marchigiani che si sono caratterizzati per un buon livello di investimento (pari a quasi 3 milioni di €) che per 1,3 milione di € finanziato specificatamente (ex art. 20, finanziamento specifici miglioramento sisma e DGRM 1250/2017) mentre la restante parte è stata finanziata con fondi indistinti in conto/capitale messi a disposizione dalla regione Marche in diversi momenti dell'anno (residui 2017 più finanziamenti resi disponibili con la chiusura del bilancio 2017 ad aprile 2018). Nello specifico tra gli acquisti di grande dimensione e grosso impatto tecnologico si evidenziano la sala angiografica, la riabilitazione virtuale a Fermo e il completamento del percorso diagnostico dell'HIFU attraverso la tecnologia Koelis, mentre gli altri acquisti si caratterizzano per essere più "diffusi" e dunque articolati in più acquisti di non elevato importo. Per quanto riguarda gli investimenti immobiliari si è trattata nella gran parte dei casi di manutenzione straordinaria salvo la conclusione del rifacimento dei reparti di Clinica di Medicina Interna e di Degenza Post Acuzie e i lavori sostenuti per il completamento delle iniziative già iniziate dall'Asur e relative al pronto soccorso di Osimo. Da notare, infine il completamento del cospicuo investimento, finanziato ex art 20, effettuato per l'acquisizione in ambiti informatici per sostenere il percorso di informatizzazione dell'area sanitaria che ha visto il suo avvio nel corso del 2017.

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2018 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidi Marche, Polo Scientifico, Amministrazione														
Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Contributi in c/capitale indistinti	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota f.s. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - altri contributi	Riserva donazioni e lasciti vincenti ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenz e da reinvestire	Contributi da reinvestire	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altre (indicare)	Totale	Note
Investimenti immobiliari	79.971	351.854											430.827	
Impianti e Macchinari													-	
Attrezzature Sanitarie	1.233.475	1.020.476											2.253.951	
Immobilizzazioni immateriali		161.358											161.358	
Mobili e Arredi		73.392											73.392	
Automezzi e Ambulanze													-	
Altri Beni		49.391											49.391	
TOTALE	1.312.466	1.572.460											2.984,966	

Per gli altri presidi la dinamica è invece leggermente differente.

Per il presidio di Cosenza siamo in presenza di interventi estremamente contenuti miranti al mantenimento e alla sicurezza della struttura in considerazione dell'attesa conclusione della trattativa per un rilancio della struttura.

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2018 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidio Cosenza														
Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Contributi in c/capitale indistinti	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota f.s. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - altri contributi	Riserva donazioni e lasciti vincenti ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenz e da reinvestire	Contributi da reinvestire	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altre (indicare)	Totale	Note
Investimenti immobiliari						43.676							43.676	
Impianti e Macchinari													-	
Attrezzature Sanitarie													-	
Immobilizzazioni immateriali													-	
Mobili e Arredi													-	
Automezzi e Ambulanze													-	
Altri Beni						451							451	
TOTALE						44.127							44,127	

Per il presidio di Casatenovo dopo la conclusione nel 2017 del grosso investimento strutturale per l'efficientamento energetico si è proceduto alle acquisizioni di minima necessarie al mantenimento in efficienza della struttura. Si segnala infine che tali acquisizioni sono coperti dalle riserve derivanti da una importante donazione ricevuta da una paziente negli anni precedenti.

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2018 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidio Casatenovo														
Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Contributi in c/capitale indistinti	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota F.S. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - altri contributi	Riserva donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenze e da reinvestire	Contributi da reinvestire	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altro (Indicare)	Totale	Note
Investimenti immobiliari													-	-
Impianti e Macchinari							28.997						28.997	
Attrezzature Sanitarie							32.632						32.632	
Immobiliazioni immateriali														
Mobili e Arredi							1.718						1.718	
Automobili e Ambulanze														
Altri Beni							3.158						3.158	
TOTALE							66.383						66.383	

Considerato la base di partenza 2018 appena descritta si osserva che la dinamica triennale previsionale evidenzia un sostanziale mantenimento degli equilibri per i sezionali marchigiano e lombardo e un recupero di efficienza gestionale ed economica per il sezionale relativo al Por di Cosenza.

Così la parte relativa ai Presidi Marche vede il 2019 redatto partendo da quanto indicato con la DGR 1779/2018 che però rappresenta solamente un budget provvisorio proposto dalla Regione Marche in attesa della contrattazione definitiva dello stesso (budget provvisorio che definisce il budget 2019 a valori assoluti identici a quello del 2018 e che ovviamente non tiene conto di sviluppo, trascinamenti di attività e inflazionistici, ecc.). In questa cornice si è pertanto cercato di tenere conto dei costi di trascinamento derivanti dalle attività già avviate e dello sviluppo del piano assunzioni dell'Istituto approvato dalla Regione Marche. Rispetto a quanto sopra è stata poi aggiunta la stima relativa ai trascinamenti derivanti dal Presidio di Osimo

Per la parte relativa al Por di Cosenza il percorso 2019 e 2020 ripropone gradualmente l'applicazione del piano di razionalizzazione e sviluppo aziendale che prevedeva un consistente recupero dell'efficienza produttiva e un leggero contenimento dei costi. Il miglioramento del risultato economico triennale è interamente attribuibile a tale dinamica.

Infine per il Por di Casatenovo come già detto partendo dalla previsione 2018 si è incrementata la stessa, per il 2019 e per il 2020, dei costi del personale derivante dal necessario recupero dotazionale e dall'attuazione graduale dell'apertura del reparto di Pneumologia a Merate e dei 18 posti letti di c.d. letti tecnici.

3. LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE

3.1 Premessa

Le dimensioni strategiche dell'istituto sono condizionate in maniera forte sia dalla natura dello stesso in termini di assetto giuridico sia dalla particolare mission aziendale. Pur essendo un unico istituto infatti la dimensione multi regionale impone necessariamente percorsi e processi diversi per ciascuna Regione di riferimento. Allo stesso modo la mission aziendale, la natura esclusivamente geriatrica dell'Istituto, se da una parte lo rende particolarmente "attraente" vista l'attualità del problema dell'invecchiamento della popolazione, dall'altra rende l'istituto unico nel suo genere e come tale non facilmente riconducibile agli attuali meccanismi di valutazione delle aziende sanitarie (a puro titolo di esempio non esistono DRG specificatamente geriatrici pur essendo ben più complessa la cura di un paziente ultra anziano e con quasi sempre più patologie concatenate tra loro).

3.2 La dimensione strategica dell'Istituto

Innanzitutto va rilevata l'unicità dell'INRCA costituita dal fatto che si occupa specificamente di anziani e gestisce gli unici Presidi Ospedalieri in Italia ad esclusiva vocazione geriatrica. L'Istituto cerca perciò di essere nelle sue strutture assistenziali un laboratorio di sperimentazione di tutto ciò (o di gran parte di ciò) che caratterizza l'assistenza geriatrica. A tal proposito si osserva che le principali condizioni/malattie ad alta prevalenza nella popolazione anziana, in un quadro caratterizzato dalla *multimorbilità* e che condizionano situazioni di *fragilità* sono:

- a) malattia di Alzheimer e demenze in genere (decadimento cognitivo);
- b) ictus;
- c) malattia di Parkinson;
- d) scompenso cardiaco e insufficienze d'organo in genere;
- e) ipertensione arteriosa;
- f) broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO);
- g) fratture del femore;
- h) osteoporosi;
- i) multi-morbilità;
- j) necessità di un trattamento polifarmacologico e di una posologia che tenga conto delle modifiche della farmacocinetica e della farmacodinamica indotte dall'età;
- k) malnutrizione e nutrizione artificiale;
- l) stomie;
- m) rischio di disabilità correlato alla sarcopenia.

Accanto a queste condizioni/malattie tipiche della popolazione anziana molte altre patologie pongono specifiche problematiche quando sono gli anziani ad essere colpiti. Ne sono un esempio le:

- a) malattie oncologiche;
- b) malattie ematologiche;
- c) diabete;
- d) insufficienza renale;
- e) malattie cardiovascolari.

Come ulteriore elemento di complessità si consideri poi che la popolazione anziana è fortemente esposta a:

- a) cadute e contenzione;
- b) lesioni da decubito;
- c) conseguenze dell'allettamento e della immobilizzazione;

- d) rischi iatrogeni da farmaci;
- e) incontinenza;
- f) delirium;
- g) disfagia e necessità di diete ed alimenti specifici;
- h) specifici rischi infettivi;
- i) rischi legati ai “teterismi” e alle procedure indispensabili (cateterismi delle vie urinarie, cateteri venosi centrali, etc.);
- j) rischio di accanimento terapeutico (*trattamenti futili*);
- k) conseguenze negative della istituzionalizzazione (non adattamento);
- l) isolamento sociale e non autosufficienza.

Tutto ciò considerato per rispondere ai problemi/bisogni e rischi tipici e specifici della popolazione anziana occorrono modelli organizzativi/operativi “su misura”. Si rendono in particolare necessari:

- a) lo sviluppo di specifiche competenze geriatriche mediche e professionali in genere;
- b) la forte integrazione inter-professionale ed interdisciplinare (team);
- c) la forte attenzione alla continuità assistenziale a partire da quella ospedale/territorio e da quella ospedale/ospedale tra le diverse aree di degenza;
- d) il forte ruolo del caregiver e della famiglia;
- e) l'utilizzo esteso del case manager;
- f) la forte integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- g) il forte ruolo del volontariato in tutte le sue forme;
- h) il necessario ricorso a strumenti di valutazione multidimensionale;
- i) la forte valorizzazione in termini di autonomia delle nuove professioni;
- j) la forte attenzione a nuovi bisogni (es. interventi sulle strutture per adattare agli anziani);
- k) il possibile contributo da parte della tecnologia (ad esempio: telemedicina, teleassistenza e domotica).

Dati i problemi, i rischi e gli approcci sin qui descritti tipici dell'assistenza geriatrica l'organizzazione della assistenza e la strutturazione “fisica” delle sedi in cui si fa assistenza agli anziani dovrebbero dare luogo a “nuove” soluzioni anche in termini strutturali quali ad esempio:

- a) nuove tipologie di strutture residenziali;
- b) dipartimenti di post-acuzie a valenza riabilitativa;
- c) centri diurni;
- d) forme di ospedalizzazione domiciliare;
- e) servizi di telemedicina;
- f) dimissione protetta;
- g) l'ospedale a misura di anziano.

Un altro tema specifico di area gerontologica è quello della longevità attiva che ricomprende al proprio interno una serie di problematiche quali ad esempio:

- a) l'attività fisica nell'anziano;
- b) l'alimentazione nell'anziano;
- c) la socializzazione nell'anziano;
- d) l'anziano e il tempo libero;
- e) l'alleanza tra generazioni.

Con alcune di queste tematiche si intrecciano i percorsi assistenziali delle strutture dell'INRCA. In particolare, rispetto a tutto questo, il ruolo dell'INRCA è quello di cercare di:

- a) mettere in pratica e “modellizzare” una risposta assistenziale coerente con i principi sopra riportati;

- b) produrre documenti di indirizzo da mettere a disposizione del livello regionale;
- c) promuovere iniziative formative interne ed esterne sui modelli specifici di risposta assistenziale ai bisogni degli anziani;
- d) promuovere iniziative di comunicazione professionale coerenti con l'impostazione proposta;
- e) fare una attività di ricerca sui temi "maturi";
- f) contribuire a formare i professionisti in linea con i principi esposti

In costanza di un quadro come sopra delineato, complesso ma sfidante, l'Istituto comunque ha l'opportunità di rivedere ed aggiornare le linee di indirizzo e riferimento, che dovranno caratterizzare l'azione direzionale e di attività nel corso del 2019. In particolare, oltre agli obiettivi qualitativi e quantitativi sopra delineati, l'Istituto dovrà implementare:

- **alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate.** I presidi dell'INRCA dovranno sviluppare sempre di più linee di attività ad alta specializzazione in grado di gestire in modo ottimale la multimorbilità e la polifarmacoterapia che sono elementi caratterizzanti il paziente geriatrico. Questo obiettivo potrà essere realizzato attraverso la valutazione multidimensionale e meccanismi di integrazione multidisciplinare e multi professionale.
- **la vocazione territoriale.** Tanto più alla luce del modificato assetto aziendale, con annessione di un ospedale di rete a forte vocazione e radicamento territoriale, l'Istituto deve divenire ancor più un punto di riferimento per la realtà regionale in termini di modelli innovativi di risposta ai bisogni della popolazione anziana e non. A questo riguardo diventa decisiva l'integrazione con i territori di riferimento, come quello della Val Musone e dell'area a sud di Ancona e quindi di tutto il Distretto di Ancona, nonché con quello con l'Area Vasta 4 per il Presidio di Fermo. Dinamiche simili dovranno riguardare anche i territori e le aree in cui insistono i Presidi di Casatenovo e di Cosenza.
- **L'implementazione e lo sviluppo dei rapporti interaziendali.** Le attività di cui al punto precedente dovranno trovare il naturale completamento con lo sviluppo dei percorsi, anche innovativi, già avviati che coinvolgono le altre aziende dei diversi sistemi regionali di riferimento. In questo ambito l'area amministrativa intesa in senso generale dovrà garantire il naturale e tempestivo supporto tecnico alle azioni e all'apertura che dovrà sempre più caratterizzare l'Istituto.
- La revisione e lo sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi. **L'area della ricerca dovrà "accompagnare"** il percorso di cui sopra attraverso la costruzione e la sperimentazione di modelli nei diversi ambiti (assistenza trial clinici, ricerca traslazionale, promozione del brand dell'Istituto) poggiando sulla capacità di costruire e sperimentare modelli assistenziali trasferibili sul territorio e sostenibili nel tempo;
- La **valorizzazione delle risorse umane e professionali:** nel perseguimento degli obiettivi del sistema INRCA un ruolo particolare lo mantiene la tematica della gestione delle risorse umane, che va finalizzata ad una valorizzazione dei vari profili e al miglioramento dell'organizzazione all'interno della quale le risorse stesse agiscono per migliorare i livelli di competenza e di responsabilizzazione di ognuno;
- Il **mantenimento e sviluppo dell'orientamento alla qualità e alla sicurezza:** è intrinseco alla natura di IRCCS la tensione verso il miglioramento continuo nella qualità attraverso lo sviluppo ulteriore del Sistema Gestione Qualità già attivo da anni all'interno dell'Istituto e attraverso la messa a regime del Sistema di Gestione del Rischio Clinico;
- **L'unicità aziendale** che deve essere implementata, come occasione per lo sviluppo di azioni sinergiche e di benchmarking e per la costruzione di reti assistenziali e di ricerca interpresidio.
- **L'internazionalizzazione** della ricerca biomedica sia per valorizzare l'impegno scientifico dei ricercatori, sia per promuovere la cooperazione ed incrementare la competitività, sia per favorire

scambi internazionali che prevedano la mobilità dei ricercatori anche con reclutamenti dall'estero

Lo sviluppo di questi item, unitamente ai percorsi di razionalizzazione e recupero di efficientamento qualitativo e quantitativo della produzione da erogare, troveranno il loro naturale completamento nell'attuazione del nuovo assetto organizzativo.

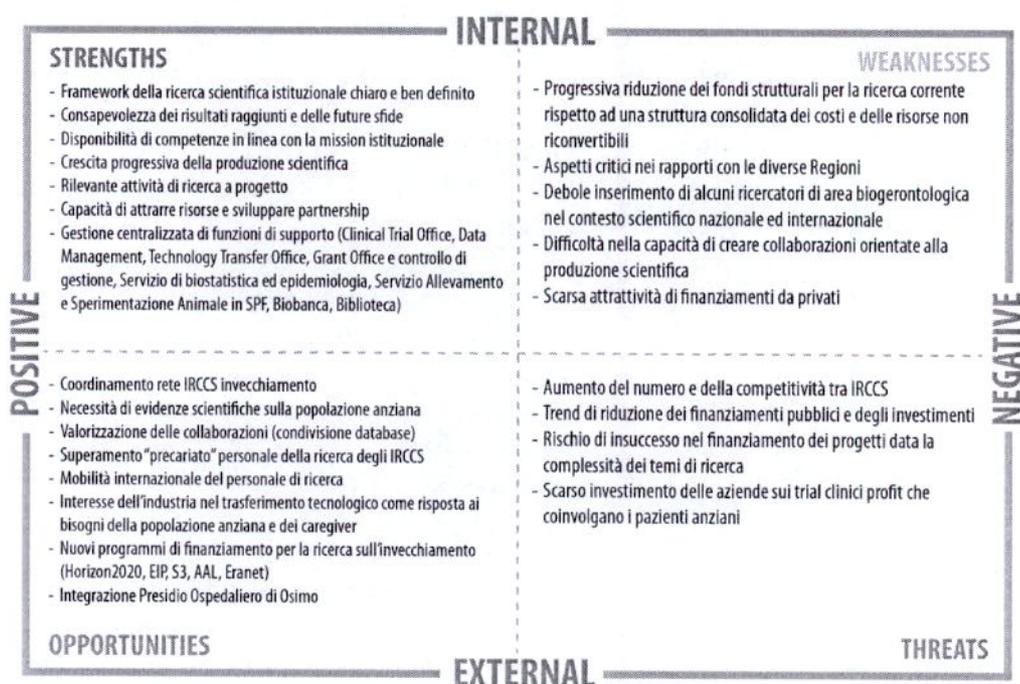
3.3 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito scientifico

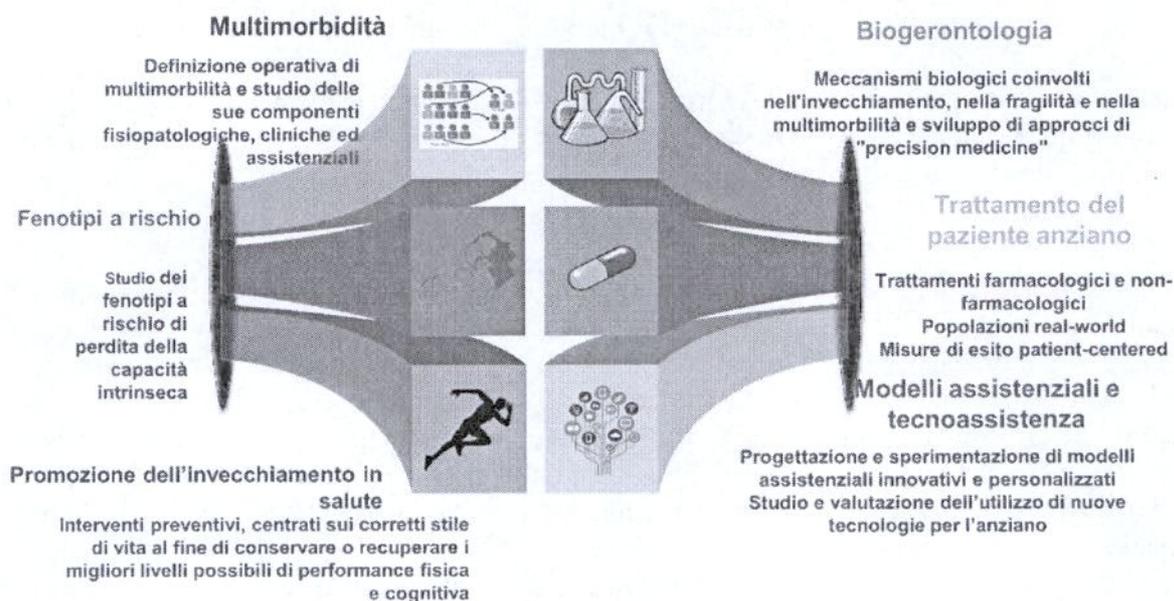
Grazie ai progressi teorici e tecnologici degli ultimi anni, la ricerca scientifica ha compiuto importanti passi avanti nella comprensione dei meccanismi biologici alla base della longevità, della fragilità dell'anziano e dei determinanti genetici, bio-molecolari e ambientali delle maggiori patologie età-dipendenti. Permane un deficit informativo che stimola gli operatori ed i ricercatori a continuare nella strada della ricerca traslazionale per svelare i meccanismi sottostanti l'invecchiamento e per migliorare la gestione clinica delle principali malattie geriatriche, la qualità della vita degli anziani e dei caregiver e l'efficienza dei servizi socio-sanitari anche attraverso l'introduzione di nuove tecnologie.

Il messaggio chiave che deriva dall'analisi riguarda quindi gli effetti e l'impatto di questi mutamenti demografici che richiedono un approccio multidisciplinare e multi competente in tutte le aree (la ricerca, l'assistenza, ma anche la gestione dell'invecchiamento attivo). Approccio che deve essere in grado di definire le relazioni tra gli aspetti biomedici, clinici ed epidemiologici, socioeconomici e tecnologici, culturali ed etici e di mettere a punto strategie coordinate e integrate di intervento, anche in uno scenario critico per la diminuzione delle risorse e degli investimenti disponibili.

In questo contesto, l'IRCCS INRCA si presenta come struttura unica nel suo genere, in quanto unico IRCCS con una mission di ricerca e assistenza specifica nel settore della geriatria e della gerontologia.

Con determina n°6/DGEN dell'11/01/2019 è stata effettuata la presa d'atto del Piano Strategico dell'attività scientifica IRCCS INRCA 2019-2021. Nelle figure sottostanti sono riportate la SWOT e gli obiettivi prioritari, rispettivamente.





Il programma di ricerca anche per il 2018 è stato focalizzato su quattro linee di ricerca, come riconosciute dal Ministero della Salute nell'ambito della programmazione triennale della Ricerca Corrente 2018-2020:

1. Meccanismi legati all'invecchiamento e approcci per favorire la vita in salute prevenendo e curando le malattie età-correlate;
2. Invecchiamento in salute;
3. Trattamento del paziente anziano;
4. Innovazione nell'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni socio-sanitari.

Per quanto riguarda la produzione scientifica, nel corso del 2018 sono stati pubblicati 133 articoli su riviste indicizzate per un valore totale di Impact Factor Ministeriale pari a circa 465, con una percentuale pressoché inviata rispetto al 2017.

Molto importante anche nel corso dell'esercizio 2018 si conferma poi l'attività delle c.d. "ricerche finalizzate", cioè di quell'area della ricerca scientifica finanziata ad hoc con progetti specifici sia in ambito nazionale che in ambito europeo ed internazionale.

In particolare, oltre alla prosecuzione dei progetti attivati negli anni precedenti, anche nel corso del 2018 sono state finanziate diverse ricerche finalizzate, in particolare su fondi europei, su fondi erogati dal Ministero della Salute ed anche su finanziamenti privati. Tra i più rilevanti progetti aperti nel 2018 si evidenziano:

INNFAMIGLIA. Il valore del progetto InnFamiglia consiste nella standardizzazione di un intervento innovativo per il supporto alle persone anziane affette da demenza e ai caregivers familiari e formali che li assistono quotidianamente. Attraverso l'utilizzo di avanzate tecnologie e protocolli di ricerca e formazione innovativi, il consorzio si propone di sostenere le persone lungo tutto il decorso della malattia, sia in fase di disturbo soggettivo di memoria sia in fase severa, superando i vuoti dovuti alla frammentazione dei servizi esistenti. Il progetto InnFamiglia si

propone di completare l'offerta dei servizi per le persone con demenza di Alzheimer e i loro caregivers, attraverso la valorizzazione delle competenze nel territorio e la progettazione di attività che coinvolgano la comunità

ENTWINE . L'obiettivo del progetto ENTWINE è di sostenere la disponibilità informale dei caregivers a fornire assistenza, migliorare la loro capacità di fornire assistenza e migliorare la qualità della vita adottando un approccio multidisciplinare e un approccio intersettoriale alla revisione, allo sviluppo e alla contestualizzazione dell'intervento, come previsto nella composizione dei pacchetti di lavoro (WPs). L'impostazione di ENTWINE riflette lo sviluppo dal basso verso l'alto di efficaci interventi psicosociali e basati sulla tecnologia per i caregivers, dalla rappresentazione della disponibilità a fornire assistenza attraverso culture e geografie, allo sviluppo e all'implementazione di soluzioni innovative.

IN-AGE: Il progetto di ricerca "Inclusive ageing in place (IN-AGE)" (<https://medium.com/in-age>) è finanziato da Fondazione CARIPLO (Bando 2017 "Ricerca Scientifica. Ricerca sociale sull'invecchiamento: persone, luoghi e relazioni"). Oltre l'INRCA, partecipano il Politecnico di Milano (capofila), l'Università Mediterranea degli Studi di Reggio Calabria, e l'AUSER. Lo studio parte dalla considerazione che l'invecchiamento della popolazione, e la presenza sempre maggiore di nuclei famigliari composti da anziani soli o assistiti da una badante straniera, pongono problematiche quali solitudine e potenziale abbandono/trascuratezza degli anziani stessi. L'esame delle dinamiche dei processi d'invecchiamento, in contesti sia urbani che extraurbani, sembra fondamentale per analizzare le diverse opportunità/criticità che l'inserimento in un particolare spazio comporta, anche in tema di accesso a servizi di welfare, e supporti disponibili (servizi di prossimità, accompagnamento, sostegno a distanza per informal care). Il progetto ha quindi l'obiettivo di analizzare, attraverso un'indagine qualitativa in tre regioni italiane (Lombardia, Marche e Calabria), i modelli di ageing in place degli anziani fragili over 75 anni, in relazione ai contesti abitativi e alle relazioni sociali/amicali/familiari, al fine di individuare interventi utili per sostenerne la qualità della vita. Tutto ciò in un'ottica di prevenzione e gestione delle condizioni di limitazione dell'autonomia.

CRITERIA-SPECIFIC ANALYSIS OF THE ACTIVE AGEING INDEX RESULTS IN ITALY: è un progetto coordinato dall'INRCA e finanziato dalle Nazioni Unite, che prevede di studiare le tendenze in Italia a proposito di invecchiamento attivo, basandosi sull'utilizzo dell'Indice di Invecchiamento Attivo, utilizzato per analizzare gli sviluppi in tale ambito nel periodo tra il 2007 e il 2016. Lo studio include un'analisi dell'invecchiamento attivo basata su alcune caratteristiche della popolazione anziana quali ad esempio sesso, ripartizione geografica, titolo di studio, zona di residenza, etc. Un ulteriore obiettivo dello studio, è quello di fornire raccomandazioni politiche basate sui risultati dello studio, e mirate ad una promozione più efficace dell'invecchiamento attivo in Italia.

FALL IN AGE: Il progetto FallinAge finanziato nel programma Europeo Erasmus+ ha l'obiettivo di creare un percorso formativo sul tema delle prevenzione delle cadute rivolto ai medici di base o ad altri professionisti della sanità senza una specifica formazione su questo argomento. Il focus sarà sugli aspetti biomeccanici del cammino con particolare attenzione all'utilizzo di nuove tecnologie.

Il percorso formativo verrà reso disponibile attraverso una piattaforma internet appositamente sviluppata in inglese e nelle lingue dei paesi partecipanti Italiano, Spagnolo, Portoghese ed

Olandese. Partner del progetto oltre all'INRCA sono Universidade De Lisboa (Capofila), Instituto de Biomecnica De Valencia e EGPRN (European General Practice Research Network)

THE IMPACT OF AGEING ON WORK ABILITY, HEALTH AND SAFETY OF DAY AND SHIFT WORKERS: Lo scopo principale di questo progetto è studiare la relazione tra l'invecchiamento dell'attività professionale e le condizioni di salute dei lavoratori, tramite uno studio osservazionale.

In particolare, in un campione di circa 1100 lavoratori coinvolti in diversi campi professionali, si intende:

- 1) identificare indicatori biologici di declino clinico-funzionale e indicatori socio-economici sensibili, in varia misura, agli effetti dell'invecchiamento precoce, specie nei turnisti ;
 - 2) analizzare la compatibilità tra domanda di lavoro e capacità funzionale della persona, in merito a cambiamenti e flessibilità del sistema produttivo e dell'orario di lavoro;
 - 3) studiare l'influenza di fattori esterni al lavoro (es. lo stile di vita) sulla salute dei lavoratori;
- I soggetti arruolati riceveranno questionari dell'indagine francese ESTEV (nella versione italiana), per valutare l'invecchiamento e il lavoro in relazione alla salute, la valutazione delle condizioni di lavoro, la percezione dello stress lavorativo, la percezione dello stato di salute (Nottingham Health Profile), assenteismo per malattia.

Infine, si conferma come l'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsecano anche in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse Sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte dei Comitati di Bioetica di riferimento: per l'anno 2018 sono stati presentati ed approvati 12 studi e sperimentazioni cliniche.

In linea con i nuovi criteri di classificazione degli IRCCS in fase di valutazione e con il draft del "Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, l'Istituto individua quali linee di attività strategiche per il 2019:

- l'incremento del valore dell'impact factor di Istituto;
- l'incremento della partecipazione a trial clinici profit;
- la partecipazione a bandi di ricerca a progetto;
- il potenziamento della partecipazione a reti nazionali ed internazionali e a lobbies europee;
- partecipazione alle rete degli IRCCS sull'invecchiamento;
- formazione permanente del personale medico e di ricerca;
- valorizzazione del personale precario della ricerca e applicazione della "piramide ministeriale";
- sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca clinica nella pratica (stesura di un protocollo clinico, procedure di approvazione del comitato etico, organizzazione e implementazione dello studio clinico, analisi dei dati scrittura di un articolo scientifico e preparazione di una presentazione);
- coinvolgimento del personale dell'ospedale INRCA di Osimo nell'attività scientifica nell'ottica di un futuro riconoscimento di Presidio Ospedaliero di Ricerca;
- partecipazione a gruppi di lavoro ministeriale;
- promozione del Brand INRCA in Italia e all'estero;
- Sviluppo di idee di ricerca per l'utilizzo della Biobanca;
- progettazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature/facilities acquisite con fondi di ricerca in conto capitale (Ministero della Salute, fondazioni bancarie) come previsto dalle convenzioni con gli enti finanziatori

- sviluppo dell'attività scientifica personalizzato in base alle caratteristiche dei singoli Dipartimenti/POR d'Istituto

Particolare attenzione deve essere riservata alla definizione delle priorità, alla valutazione di impatto ed al trasferimento tecnologico e delle conoscenze.

3.4 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito clinico assistenziale

In una logica puramente strategica oltre a quanto già evidenziato nell'ambito del paragrafo 4.2 relativo alla dimensione strategica dell'istituto si osserva l'importanza di temi che nel corso del 2019 ma anche nel triennio successivo dovranno caratterizzare e pervadere l'Istituto anche attraverso il contributo fattivo di tutte le uu.oo. potenzialmente interessate. Si fa in particolare riferimento:

1. sviluppo di attività di ricovero di eccellenza, in termini di outcome clinico-assistenziale, di appropriatezza e attrattività intra e extraregionale;
2. sviluppo Attività ambulatoriali di secondo e terzo livello;
3. alle attività e progetti di tecno assistenza in ambito regionale, sempre più importanti per attivare percorsi di diagnosi e cura in favore di pazienti anziani, con scarsa mobilità;
4. ai percorsi di longevità attiva, nella logica già descritta di favorire percorsi di prevenzione di potenziali fragilità;
5. alle attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze, patologia sicuramente caratterizzante l'Istituto anche per la sua diffusione nella popolazione anziana, **secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014)**;
6. allo sviluppo del piano cronicità necessario ad affrontare l'invecchiamento progressivo della popolazione, **secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (21/07/2016)**;
7. allo sviluppo del nuovo software di gestione dell'area sanitaria, imprescindibile strumento per l'ampliamento delle conoscenze aziendali. La diffusione delle strutture nel territorio nazionale accentua la necessità di un sistema centralizzato efficiente ed efficace;
8. Allo sviluppo del sistema di gestione del rischio clinico;
9. Al mantenimento certificazione Iso, portando ad implementazione il nuovo sistema di gestione del rischio INRCA, secondo la norma ISO 9001-2015;
10. Sviluppo di percorsi integrati tra i Presidi di Ancona e Osimo, al fine di una migliore risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, anche non geriatrica

In una logica più strettamente operativa per l'anno 2019 all'interno dell'Istituto dovranno essere considerati gli obiettivi sanitari nazionali / regionali che tipicamente caratterizzano il percorso di budget con la Regione Marche.

Nello specifico:

- obiettivi tesi a garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF (Flusso Emur, Flusso farmaceutica, flusso dispositivi medici, flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2017 (Dati per dichiarazione dei redditi), flusso NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22 aprile 2014 (e successive integrazioni) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2016);
- obiettivi volti all'incremento di produzione;
- obiettivi volti al miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza attraverso il miglioramento degli indicatori 2017 relativi a
 - Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg
 - allo Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg
 - all'Ictus ischemico: mortalità a 30 gg
 - al BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg
 - all'Int. TM colon: mortalità a 30 gg;

- obiettivi volti al miglioramento della qualità in Applicazione della DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti attraverso:
 - o Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario
 - o Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici
 - o Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario
 - o Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione
 - o % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
 - o Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus Ischemico
 - o Mortalità a 30 gg dai ricoveri per BPCO riacutizzata
 - o % Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico
 - o % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)
 - o % DRG Medici da reparti chirurgici
 - o % Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni
 - o Degenza media pre-operatoria
 - o Proporzioe di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 90 interventi annui
 - o Proporzioe di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui
 - o Proporzioe di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui
 - o % di IMA trattati con PTCA entro 2 gg
 - o Int. TM colon: mortalità a 30 gg
 - o % pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.
- Obiettivi volti all'ottimizzazione offerta ambulatoriale con applicazione DGR 640/2018 Tempi di attesa attraverso:
 - o l'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% ALPI
 - o la Disponibilità di slot dedicati in agende di oncologia/neuro, diabetologia, nefrologia, cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up
 - o la garanzia (con obiettivo >90%) del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni:
 - o - visita oculistica, ortopedica, cardiologica;
 - o - mammografia;
 - o - TAC torace;
 - o - ecocolordoppler tronchi sovraaortici;
 - o - ecografia ostetrico ginecologica;
 - o - RMN colonna vertebrale.
 - o La garanzia (con obiettivo >90%) del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA;
- Obiettivi volti all'appropriatezza e al controllo della spesa farmaceutica ospedaliera "pura" con riferimento alla recente DGR 963/2017;

Infine si segnala per l'Istituto l'importanza dell'attuazione dei progetti di investimento finanziati con la DGRM 1250/2017. Nello specifico si fa riferimento all'implementazione del sistema di Telemedicina che in realtà rappresenta un progetto a valenza regionale per conto della Regione Marche e all'aggiornamento ed estensione delle tecnologie necessarie per la gestione dei pazienti critici nei poli ospedalieri dell'INRCA di Ancona e Fermo

3.5 Gli obiettivi strategici ed operativi nell'ambito dei processi interni di supporto

Nel corso del 2019 e nel triennio successivo continuerà l'impegno della Direzione volto da una parte al consolidamento del percorso di deleghe verso i livelli dirigenziali attraverso i quali si è inteso rafforzare il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente e dall'altra parte allo sviluppo e miglioramento dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e logistici a supporto delle aree produttive clinico assistenziali e di ricerca, ancor di più in considerazione dei nuovi scenari di riferimento (Osimo e Merate).

È in questa logica che si forniscono i seguenti riferimenti da utilizzare per la definizione degli obiettivi annuali:

- a) la Direzione Amministrativa è impegnata a presidiare le operazioni di programmazione che devono coinvolgere tutti i dirigenti con incarichi di gestione sia di ambito sanitario che di supporto tecnico e amministrativo. L'intervento deve essere finalizzato a rispettare i tempi di realizzazione e applicazione di detta programmazione oltre che a migliorarne i contenuti.
- b) la Direzione Amministrativa è impegnata a presidiare i rapporti con il Collegio Sindacale considerando tali rapporti importante momento di confronto utile a garanzia della regolarità amministrativa-contabile degli atti;
- c) la Direzione Amministrativa rileva l'esigenza di migliorare i percorsi amministrativi nell'ambito del supporto all'attività di ricerca ridefinendo responsabilità e competenze in modo tale da migliorare il contributo degli uffici amministrativi e tecnici all'attività scientifica;
- d) la direzione Amministrativa è impegnata alla revisione dei regolamenti di Istituto da aggiornare in base all'evoluzione della normativa vigente;
- e) la Direzione Amministrativa è impegnata a presidiare la disciplina e le applicazioni dei contratti di lavoro vigenti. Ciò con particolare riferimento al Ccnl del Comparto di recente sottoscritto. Lo stesso presidio viene garantito sui Ccnl in corso di definizione (Precari della Ricerca, Dirigenza Medica, Sanitaria e Pta);
- f) In Area del Personale occorre riprendere la criticità derivante dai ritardi sulle operazioni di verifica professionale del personale dirigente e della loro effettuazione in tempi congrui. In conseguenza va presidiata la fase di conferimento degli incarichi dirigenziali che va ricondotta a legittimità nei modi e in particolare nella tempistica.
- g) La Direzione Amministrativa considera imprescindibile l'avvio di un iter di riorganizzazione delle attività di competenza delle Direzioni Amministrative di Presidio finalizzate al decentramento, a livello di dipartimento e via web, delle operazioni di accettazione e pagamento delle prestazioni sanitarie. Ciò tramite utilizzo di maggiore tecnologia e quindi con il coinvolgimento oltre che della parte gestionale anche della competenza informatica;
- h) La Direzione Amministrativa è impegnata a consolidare la gestione delle attività pervenute a seguito della acquisizione del ramo di azienda relativo al presidio di Osimo. Particolare attenzione dovrà essere posta alla sottoscrizione della convenzione con l'Asur al fine di definire tutti i rapporti che sono intercorsi e che continueranno ad intercorrere tra i due enti a seguito dell'operazione di scorporo e in linea con gli indirizzi forniti dalla Regione Marche;
- i) la Direzione Amministrativa è impegnata altresì in un attento monitoraggio dei costi di parte corrente e di parte c/capitale alla luce sia dell'evento di cui al punto h) sia degli importanti impegni contrattuali di ogni tipo assunti nel corso dell'esercizio 2018 che hanno un impatto economico di trascinamento sul 2019. Particolare rilevanza assumerà la ridefinizione delle risorse umane da assegnarsi dalla Direzione Generale alle varie unità operative a seguito del

- percorso di budget 2019 ed in coerenza con gli obiettivi quali-quantitativi individuati e con i livelli di spesa del personale che saranno definiti in fase di programmazione;
- j) Completamento del percorso di modifica dell'atto aziendale con contestuale ridefinizione dei dipartimenti strutturali e funzionali e con estensione dell'assetto degli incarichi a seguito dell'incorporazione del ramo di azienda inerente il Presidio di Osimo;
 - k) Definizione del percorso di superamento della fase di forte appesantimento che grava sull'Istituto rispetto ad un patrimonio immobiliare consistente, che va quindi valorizzato e ne va garantita una gestione di maggiore efficienza. Per gli immobili per i quali la strategia di dismissione appare inevitabile, va assicurato il massimo presidio dei processi di vendita e progettate strategie alternative a quelle attualmente in atto nel caso queste risultino ulteriormente inefficaci. Sempre sul versante immobiliare esiste l'esigenza di mappare rispetto alle attuali proprietà lo stato giuridico di utilizzo al fine di salvaguardare l'ente da rischi quali usucapioni e/o danni patrimoniali di qualsivoglia tipologia. Sul versante del patrimonio mobiliare è stato avviato l'intervento per il miglioramento della gestione che dovrà prevedere per l'anno 2019 la definitiva messa a regime. L'area Tecnica è fortemente coinvolta e motivata nel raggiungimento degli obiettivi che partono inevitabilmente dalla realizzazione dell'inventario;
 - l) In area acquisizione beni e servizi continua ad essere indispensabile supportare in maniera adeguata e consequenziale l'attività della SUAM fornendo i capitoli nelle tempistiche e nelle modalità più corrette;
 - m) Nell'area della logistica va sviluppato e applicato un progetto per la riorganizzazione dei magazzini economici e farmaceutici rispetto alle criticità evidenziate nel 2018 a seguito dei rilievi effettuati dalle autorità e organi competenti. Tale progettualità dovrà coinvolgere sia la componente economica che quella tecnica;
 - n) Definitiva messa a regime, con tendenza all'applicazione alla totalità della gestione dell'Istituto, dell'utilizzo del software Navision ai fini della gestione degli ordini automatizzati e della gestione del magazzino;
 - o) Nel corso del 2019 si dovrà consolidare la messa a regime del nuovo software di area sanitaria il cui iter è iniziato nell'anno 2018;
 - p) L'impegno richiesto alle strutture di *line* per l'attuazione dei punti precedenti non potrà in ogni caso distogliere l'attenzione dei responsabili dei servizi di supporto amministrativo tecnico e logistico dal prioritario rispetto delle attività istituzionali ordinarie. Di queste andrà assicurato sempre l'espletamento. Il mantenimento dello standard ordinario delle attività istituzionali rappresenta sempre l'obiettivo prevalente di ciascun responsabile gestionale.
 - q) Obiettivi specifici dovranno poi essere definiti sul fronte della trasparenza, al fine di incentivare l'azione di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati, per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti previsti dal D. Lgs. n.33/2013;
 - r) Obiettivo specifico dovrà essere formulato a quei dirigenti impegnati nel presidio delle attività di applicazione del Regolamento europeo 679/2016.

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il piano dei Centri di Responsabilità è individuato in modo da riflettere la distribuzione delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione; i CdR sono unità logiche di controllo caratterizzate da consumo di risorse e per le quali si prevede la presenza di un responsabile e la capacità di incidere sui risultati raggiunti.

I CdR si articolano su più livelli gerarchici.

Il piano dei CdR, in base all'organizzazione aziendale, declina il livello delle responsabilità aziendali, in modo che nell'assegnazione degli obiettivi di budget sia garantito il principio della controllabilità.

Ai fini del sistema di budgeting, il livello organizzativo per il quale si individuano i soggetti chiamati a formulare gli obiettivi e ad assumere la responsabilità diretta nei confronti dell'azienda è rappresentato, a regime, dal Dipartimento. Tuttavia si evidenzia un percorso di "avvicinamento" a tale opzione considerando comunque come livello organizzativo minimo quello del Cdr (identificabili nelle Unità operative complesse e semplici dipartimentali), seppur congiuntamente a quello dipartimentale.

A supporto del sistema budgetario è stato a suo tempo individuato un organo specifico che svolge la funzione di impostare e supervisionare lo svolgimento del ciclo di budgeting. Tale organismo è stato denominato Comitato Budget. In base alla Determina che lo ha istituito (n. 173/DGEN del 27/09/2007) è organismo interno all'Istituto, costituito da professionalità che partecipano attivamente, ciascuno per il proprio ruolo, al processo di budgeting.

In particolare, i compiti assegnati sono i seguenti:

- 1- supportare la Direzione Generale nella definizione delle direttive fondamentali per la costruzione dei budget operativi;
- 2- supportare i CdR nella formulazione delle proposte di Budget;
- 3- valutare le proposte di Budget di CdR in termini di coerenza e congruenza con le linee di indirizzo e programmazione annuali elaborate dal Direttore Generale e in termini di compatibilità economica con le programmazione regionali;
- 4- supportare i CdR nell'attività di modifica e riformulazione delle proposte di Budget non congruenti con le linee aziendali;
- 5- supportare la Direzione Generale nel processo di negoziazione del Budget.

Il Comitato di Budget è composto da:

- 1- Direttore Amministrativo;
- 2- Direttore Sanitario;
- 3- Direttore Scientifico;
- 4- Dirigenti Responsabili U.O. Controllo di Gestione.

Il Comitato di Budget si avvale della collaborazione dei Direttori Amministrativi e Sanitari di Presidio nel processo di budgeting che interessano i CdR appartenenti al Presidio e di tutte le funzioni tecnico sanitarie ed amministrative che svolgono una funzione trasversale rispetto ai processi di acquisizione delle risorse produttive (i cosiddetti "gestori di spesa"). In una prospettiva di medio lungo periodo la posizione trasversale che li caratterizza dovrà essere correlata ad una attribuzione di responsabilità relativamente al raggiungimento del livello dei prezzi con i quali vengono acquisite le risorse, posto che il consumo delle stesse (in termini quantitativi) non può che rimanere in carico al livello di CdR utilizzatore (che rappresenta il consumatore finale).

4.1 Gli strumenti tecnico contabili utilizzati nel processo di budgeting

Il sistema è impostato su 4 item di valutazione che si basano su aree / prospettive derivanti dal sistema di budgeting aziendale. In questa logica, il sistema incentivante si inserisce all'interno delle fasi del processo di budgeting in maniera congiunta e complementare.

Ai fini del sistema incentivante, la fase del ciclo di budgeting riguardante la traduzione degli obiettivi strategici in linee guida esplicitanti le priorità dell'anno in corso comporta la necessità di definire coerentemente il peso complessivo da assegnare agli obiettivi derivanti dal sistema di budgeting (le 4 aree / prospettive). Tale scelta sarà oggetto di confronto con le OO.SS.

Il sistema incentivante per il quale si utilizzeranno le schede di seguito rappresentate, fa comunque riferimento ad una percentuale dell'ammontare complessivo dei fondi contrattuali di risultato e produttività collettiva.

La rimanente quota percentuale rimane a disposizione della Direzione Generale per Obiettivi direzionali.

La quota di risorse dei suddetti fondi ("Fondo premialità e fasce " ex art 81 CCNL area comparto del 21.05.2018 , "Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale" ex art.11 CCNL area medica 06.05.2009 e" Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale" ex art. 10 CCNL area dirigenza SPTA 06.05.2009) da destinare al finanziamento degli obiettivi di budget e dei progetti direzionali è annualmente contrattata con le OO.SS. di riferimento.

Per l'area del comparto l'accordo integrativo sottoscritto per il biennio 2018/2019 prevede che il 92% dell'ammontare complessivo dei fondi storici sia finalizzata agli obiettivi di budget, lasciando a disposizione della Direzione Generale per obiettivi direzionali la restante quota dell'8%.

Per le aree dirigenziali tali accordi per il corrente anno non sono stati ancora sottoscritti. Si riportano di seguito, pertanto, le quote e le modalità operative concordate negli anni precedenti, suscettibili ovviamente di modifiche in base agli esiti della futura contrattazione, salvo quanto indicato per il comparto sulla base di quanto specificato sopra.

Quote progetti direzionali.

dirigenza medica: 87% obiettivi di budget e 13% obiettivi direzionali

dirigenza SPTA: 90% obiettivi di budget e 10% obiettivi direzionali

I progetti direzionali sono realizzati in orario aggiuntivo e solo in casi particolari, qualora la natura stessa del progetto lo richieda, potranno essere svolti in orario di lavoro ferma restando la necessità che i partecipanti del progetto abbiano comunque maturato un corrispondente orario aggiuntivo non liquidato come straordinario così come definito inizialmente nel progetto. Quest'ultima diventa la *conditio sine qua non* per la corresponsione del compenso relativo al progetto direzionale. Per i dipendenti dell'area comparto i progetti direzionali sono realizzati in orario aggiuntivo: i partecipanti dovranno, pertanto, timbrare il cartellino marcatempo utilizzando lo specifico codice di rilevazione presenza "08". La valorizzazione oraria per il comparto viene stabilita in € 25,00. Nel caso in cui il progetto direzionale non vada a buon fine, le ore aggiuntive effettuate saranno oggetto di recupero da parte del dipendente.

Nell'ambito dei progetti direzionali si specifica che:

- saranno prioritariamente individuate dai diversi ambiti direzionali (Generale, Scientifica, Sanitaria e Amministrativa) aree prioritarie di intervento all'interno delle quali poter realizzare progetti direzionali;
- tutti i progetti dovranno comunque comportare un forte valore aggiunto e/o un forte lavoro aggiuntivo;
- il lavoro per progetti è una normale modalità di svolgimento delle attività sia di area amministrativa che sanitaria e di ricerca e che quindi non sarà possibile considerare ogni innovazione come iniziativa da supportarsi economicamente ad hoc;
- di norma non sarà possibile partecipare / aderire a più progetti direzionali, specie nell'area amministrativa;
- per i dipendenti del comparto la quota massima pro-capite erogabile a titolo di compensi per progetti direzionali è fissata in € 3.000,00

Il valore del progetto direzionale dovrà essere definito preventivamente.

La proposta deve essere presentata dal dirigente responsabile dell'U.O.C/U.O.S.D. dopo che la stessa sia stata concordata con la Direzione di riferimento (Scientifica, Sanitaria e Amministrativa). Nei settori privi di tale figura, essa sarà avanzata dal titolare di posizione organizzativa e solo in caso di assenza anche di quest'ultima figura, subentrerà il Direttore di Dipartimento. Nel progetto dovrà essere esplicitato e motivato chiaramente se la sua realizzazione debba avvenire fuori orario di servizio (fermo restando quanto già specificato in precedenza per il personale del comparto), nel qual caso il dipendente dovrà timbrare il cartellino marcatempo utilizzando lo specifico codice di rilevazione presenza "08". Inoltre, il progetto dovrà essere corredato delle adesioni formali da parte dei dipendenti.

Per i progetti da realizzare totalmente fuori orario di servizio potrà essere prevista l'erogazione di stati di avanzamento lavori con cadenza trimestrale, previa certificazione da parte del Responsabile del progetto sul grado di raggiungimento degli obiettivi ed approvazione da parte della Direzione Generale, dopo verifica dell'OIV.

Per le aree dirigenziali, i precedenti accordi prevedevano che i residui derivanti dal parziale utilizzo degli altri fondi contrattuali e della quota di fondo destinata agli Obiettivi Direzionali confluiscono nella quota destinata agli obiettivi di budget del medesimo anno.

Per l'area del comparto, ai sensi del comma 7° dell'art.81 del CCNL 21.05.2018, confluiscono nella quota destinata agli obiettivi direzionali eventuali risorse residue dei fondi condizioni di lavoro e incarichi e premialità e fasce, relative a precedenti annualità, incluse quelle di competenza dell'anno 2017 riferite alla previgente disciplina dei fondi ex artt. 7,8 e 9 del CCNL 31.07.2009, in deroga al CCIA del 21.09.2017.

Gli obiettivi delle 4 aree / prospettive sono a livello di CdR, benché le schede debbano essere negoziate e siglate a livello di Dipartimento, almeno a regime. Pertanto la scheda sarà costruita in modo da individuare al proprio interno gli obiettivi di ciascun CdR componente il Dipartimento, nonché gli obiettivi specifici del Dipartimento in quanto tale. Al fine di integrare coerentemente tale percorso con la valutazione individuale dei Dirigenti il Responsabile di CdR dovrà declinare gli obiettivi a lui assegnati a ciascun dirigente. Pertanto si renderà necessaria la creazione di tante schede quanti sono i dirigenti all'interno della struttura. Le schede per dirigenti dovranno contenere uno o più obiettivi individuati tra quelli assegnati al CdR e opportunamente pesati.

L'assegnazione degli obiettivi per CdR comporta che, coerentemente, anche le quote incentivanti siano sostanzialmente assegnate per CdR, benché costruite sul singolo dipendente, come se ciascuno di essi raggiungesse al 100% gli obiettivi assegnati, con l'unica differenza derivante dall'area contrattuale. Più specificatamente la quota per CdR sarebbe semplicemente il prodotto della quota teorica del dipendente (differente a seconda dell'area contrattuale) per il numero delle unità equivalenti per figura professionale di quel CdR.

I range per stabilire il raggiungimento o meno degli obiettivi quantitativi delle prime 3 aree / prospettive nonché dei risultati riportati nella 4a area sono i seguenti :

risultato <65%	valutazione negativa – obiettivo non raggiunto
risultato >= 65% < 95%	obiettivi raggiunti da compensare economicamente in proporzione
risultato >= 95%	obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%

Per gli obiettivi di tipo qualitativo il parametro di valutazione per il raggiungimento è del tipo SI / NO salvo i casi in cui, considerata la natura dell'obiettivo, sia comunque possibile effettuare una valutazione in termini quantitativi.

Per la distribuzione dei c.d. "resti" nel caso in cui il CdR abbia raggiunto pienamente i primi 3 item considerati, i "resti" non possono che derivare dal fatto che qualcuno, all'interno del proprio CdR non sia stato valutato pienamente nell'item 4. Questa quota viene redistribuita all'interno del CdR tra coloro che sono stati valutati in maniera pienamente positiva. Questo perché avendo il CdR raggiunto completamente gli obiettivi di interesse aziendale evidentemente questo è stato per merito

di coloro che hanno pienamente raggiunto gli obiettivi e sono stati valutati positivamente “compensando” coloro che invece non hanno pienamente raggiunto gli obiettivi.

Nel caso in cui i “resti” da redistribuire derivino dal mancato raggiungimento degli obiettivi dei primi 3 item aziendali, tale residuo è destinato proporzionalmente tra tutti i CdR che abbiamo raggiunto una valutazione complessiva pari o maggiore al 65%.

In ogni caso la quota incentivi che verrà corrisposta a ciascun soggetto sarà al netto delle decurtazioni individuali dovute alle assenze dal servizio come precisate successivamente.

4.2 Scheda di Budget

Struttura, forma e contenuto

La scheda di Budget di CdR è composta da tre parti fondamentali.

La prima parte è costituita **dalla scheda riassuntiva** degli obiettivi assegnati al CdR con la pesatura di ciascun obiettivo, sottoscritta congiuntamente dal Direttore del Dipartimento e/o Cdr e dal Direttore generale. Essa sintetizza gli obiettivi prioritari assegnati dalla Direzione al Dipartimento, tradotti in termini di azioni e di indicatori, con l’esplicitazione del legame che li lega alle aree strategiche ed il relativo peso attribuito.

La necessità di rendere sempre più coerenti e convergenti i processi di formulazione degli obiettivi della dirigenza e del comparto, da sempre separati per rispondere ad una esigenza normativa piuttosto che gestionale ha spinto a far convergere il risultato dei due processi in un’unica scheda. Sempre in questa logica, anche tenuto conto del percorso avviato con il processo di certificazione aziendale ai sensi della nuova normativa in materia, nel corso del 2019, per 2 obiettivi opportunamente identificati nell’ambito delle schede di budget (uno di area economico e uno di area qualitativa) dovranno essere esplicitati i “fattori determinanti” necessari per il raggiungimento dell’obiettivo stesso. In tale declinazione dovranno essere esplicitate le unità operative interessate e le relative attività che le caratterizzano e che contribuiscono al raggiungimento dell’obiettivo.

La scheda riassuntiva contiene gli obiettivi, le azioni, gli indicatori e i valori di riferimento degli stessi indicatori in maniera sintetica rimandando ai prospetti successivi allegati.

Di seguito si dà rappresentazione della scheda riassuntiva che dovrà essere siglata a completamento del percorso di budgeting e di valutazione.

SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	RANGE PUNTEGGIO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE
<i>Economico-finanziario</i>	1-	1-						Gli obiettivi, le azioni e gli indicatori saranno descritti sinteticamente in questa scheda Allegati: Allegato 1 Attività e indicatori di risultato e performance Allegato 2 Risorse Economiche Allegato 3 Piano delle risorse umane Allegato 4 Piano degli investimenti Allegato 5 Scheda valutazione processi produttivi, relazionali, organizzativi
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Processi interni</i> (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi</i>	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE GENERALE

Come già detto in precedenza oggetto di contrattazione sindacale saranno i pesi da attribuire alle 4 aree / Prospettive considerate. Di seguito si dà una rappresentazione dei pesi da attribuire alle varie aree.

(Aree dirigenza medica - SPTA – comparto)

<i>SETTORE</i>	<i>Dirigenza di Dipartimento Medica / SPTA</i>	<i>Dirigenza SOC Medica/SPTA</i>	<i>Dirigenza SOSD/SOS/Professionale Medica / SPTA</i>	<i>Comparto</i>
<i>Economico Finanziario</i>	10%	30%	30%	
<i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	35%	30%	30%	40%
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	20%	15%	15%	40%
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	35%	25%	25%	20%

Va osservato che, per le proprie specificità, per la 4a area di interesse aziendale (Sviluppo e innovazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi) è prevista una scheda specifica di cui si darà rappresentazione successiva e che rappresenta un di cui della scheda riassuntiva.

La seconda parte è costituita dalla **scheda di Budget del CdR** che sintetizza in termini quantitativi le attività programmate per l'anno e conseguentemente le risorse necessarie; la scheda è suddivisa in tre parti:

- a. Attività ed Indicatori di risultato e performance;
- b. Risorse economiche
- c. Piano delle risorse umane;

La scheda di CdR rappresenta, da un lato, l'aggregazione di identiche schede di budget riferite alle singole articolazioni del Dipartimento e, dall'altro, il fondamento per la selezione degli indicatori su cui concentrare la valutazione del personale che partecipa al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento.

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

1 - Attività, e Indicatori di Risultato e Performance

ATTIVITA'	PRECONSUNTIVO anno N	BUDGET anno N+1	VAR. ASS.	VAR. %
POSTI LETTO DO				
POSTI LETTO DH				
Totale Posti letto				
Numero Dimessi in DO				
Numero Dimessi in DH				
Numero Dimessi in DS				
Numero Dimessi Totale				
Tasso di Occupazione PL DO				
Giornate di degenza in DO				
Giornate di degenza in DH (N. ACCESSI)				
Totale Giornate di degenza				
Degenza Media DO				
VALORE DO				
VALORE DH				
VALORE DS				
VALORE Totale (DO+DH+ DS)				
RIMBORSO MEDIO PER GIORNO DI DEGENZA				
DRG MEDIO DO				
DRG MEDIO DS				
VALORE MEDIO ACCESSO				
VALORE PRESTAZIONI ESTERNE				
NUMERO PRESTAZIONI ESTERNE				
VALORE PRESTAZIONI ESTERNE ALTRI OSPEDALI				
NUMERO PRESTAZIONI ESTERNE ALTRI OSPEDALI				
VALORE PRESTAZIONI INTERNE				
NUMERO PRESTAZIONI INTERNE				

1- INDICATORI DI RISULTATO E PERFORMANCE	PRECONSUNTIVO anno N	BUDGET anno N+1	VAR. ASS.	VAR. %
Indicatori Economico -Finanziari				
Obiettivo				
Azione				
Indicatore				
Indicatori di Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)				
Obiettivo				
Azione				
Indicatore				
Indicatori di Prospettiva dell'utenza e stakeholder				
Obiettivo				
Azione				
Indicatore				

La tabella in oggetto da una rappresentazione complessiva dell'attività del reparto, benché non tutti i dati di attività possono essere oggetto di contrattazione di budget.

Nella seconda parte della tabella allegato 1 sono rappresentati in maniera analitica gli indicatori di cui allo schema riassuntivo iniziale. A seconda della strategia adottata per l'anno di riferimento potranno essere utilizzati alcuni di essi o costruiti ulteriori indicatori, maggiormente

rispondenti alle esigenze. In questa scheda ci si limita alle prime 3 aree di interesse aziendale perché la quarta, come già detto, è oggetto di una scheda specifica.

2- RISORSE ECONOMICHE	PRECONSUNTIVO anno N	BUDGET anno N+1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi	0	0	0	0
Consumi di prodotti farmaceutici			0	0
Consumi di presidi chirurgici e materiale sanitario			0	0
Consumi di materiali diagnostici e prodotti chimici			0	0
Consumi di materiale radiografico e per radiologia			0	0
Altri consumi di beni sanitari			0	0
Altri Beni non sanitari			0	0

3- PIANO DELLE RISORSE UMANE	PRECONSUNTIVO anno N	BUDGET anno N+1	VAR. ASS.	VAR. %
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE DIPENDENTE			0	0
N. u.e. Medico			0	0
N. u.e. Dirigente non medico			0	0
N. u.e. Infermieri			0	0
N. u.e. OSS / OTA			0	0
N. u.e. personale di riabilitazione				
N. u.e. Altro comparto			0	0
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE NON DIPENDENTE				
N. u.e. Dirigenza Medico / Sanitaria				
N. u.e. comparto Sanitaria				
N. u.e. Altra Dirigenza				
N. u.e. altro comparto				
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE IN CONVENZIONE				
N. u.e. Dirigenza Medico / Sanitaria				
N. u.e. comparto Sanitaria				
N. u.e. Altra Dirigenza				
N. u.e. altro comparto				

Dettaglio Variazioni Risorse Umane: Assunzioni / Cessazioni	Trasferimento da/ad altro CDR	Tipo rapporto determinato / indeterminato dipendente / non dipendente / convenzionato	% Assegnazione	Data inizio rapporto	Data fine rapporto
Nominativo/Qualifica					

Queste due schede rappresentano i costi gestiti dell'U.O e la dotazione di risorse umane che si intende assegnare al Cdr. Gli indicatori economico finanziari di cui alla scheda precedente fanno riferimento alle voci presenti nello schema allegato.

Infine si dà rappresentazione della terza parte delle schede di budget costituite dalle **schede di valutazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi**, suddivise per aree contrattuali e/o incarichi organizzativi. Per il personale del comparto, tale scheda deve essere assegnata a tutti i dipendenti e compilata sia per quanto riguarda l'attribuzione degli indicatori che la valutazione, per tutti coloro che abbiano prestato almeno un giorno di servizio effettivo nel corso dell'anno.

Nel corso del 2019 è previsto un percorso di rivisitazione delle schede di valutazione successivamente rappresentate e la sperimentazione delle nuove schede in alcuni casi specifici.

Il risultato raggiunto con questo schema è collegato al sistema incentivante con gli stessi criteri quantitativi previsti precedentemente.

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi	
Anno di riferimento	
SCHEDA DI	
DIRIGENTE STRUTTURA SEMPLICE <input type="checkbox"/>	
DIRIGENTE PROFESSIONAL <input type="checkbox"/>	

Area di valutazione	Criteri di valutazione	Peso% (struttura semplice e dirigente professional)	POSSIBILI INDICATORI	Valutaz. sinte.t. finale da 0 a 5
Integrazione Interna/esterna	Saper instaurare rapporti di collaborazione con tutti gli operatori condividendo progetti, informazioni e risorse Saper lavorare con le diverse UU.OO. aziendali comprese quelle collocate in località diverse	50%		
	Motivazione			
Organizzazione	Saper individuare soluzioni ai problemi operativi e migliorare i servizi rivolti all'utenza interna ed esterna Capacità di rispettare e far rispettare le regole e i vincoli dell'organizzazione	30%		
	Motivazione			
Risoluzione dei conflitti	Capacità di affrontare e gestire le situazioni che originano contrasti all'interno dei gruppi e tensioni nei rapporti interpersonali	20%		
	Motivazione			
Totale Peso / punteggio		100%		

PESO DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE SU SISTEMA PREMIANTE COMPLESSIVO	10%	FIRMA DEL VALUTATORE																					
OSSERVAZIONI DEL VALUTATO FIRMA PER PRESA VISIONE																							
OSSERVAZIONI DEL VALUTATO *FIRMA PER PRESA VISIONE																							
SCALA DI VALORI PER LA VALUTAZIONE																							
SCALA DI VALORI PER LA VALUTAZIONE Valori percentuali di raggiungimento punteggio descrizione 0 Item non applicabile 0% 1 Risultati non completamente raggiunti 40% 2 Risultati sufficienti, con ampio spazio di miglioramento 60% 3 Risultati discreti con spazio di miglioramento 80% 4 Risultati buoni, con spazi di miglioramento 90% 5 Risultati pienamente raggiunti 100%	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">punteggio</th> <th style="width: 80%;">descrizione</th> <th style="width: 10%;">Valori percentuali di</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>Item non applicabile</td><td>0%</td></tr> <tr><td>1</td><td>Risultati non completamente raggiunti</td><td>40%</td></tr> <tr><td>2</td><td>Risultati sufficienti, con ampio spazio di miglioramento</td><td>60%</td></tr> <tr><td>3</td><td>Risultati discreti con spazio di miglioramento</td><td>80%</td></tr> <tr><td>4</td><td>Risultati buoni, con spazi di miglioramento</td><td>90%</td></tr> <tr><td>5</td><td>Risultati pienamente raggiunti</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	punteggio	descrizione	Valori percentuali di	0	Item non applicabile	0%	1	Risultati non completamente raggiunti	40%	2	Risultati sufficienti, con ampio spazio di miglioramento	60%	3	Risultati discreti con spazio di miglioramento	80%	4	Risultati buoni, con spazi di miglioramento	90%	5	Risultati pienamente raggiunti	100%	
punteggio	descrizione	Valori percentuali di																					
0	Item non applicabile	0%																					
1	Risultati non completamente raggiunti	40%																					
2	Risultati sufficienti, con ampio spazio di miglioramento	60%																					
3	Risultati discreti con spazio di miglioramento	80%																					
4	Risultati buoni, con spazi di miglioramento	90%																					
5	Risultati pienamente raggiunti	100%																					

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

Anno di riferimento	
SCHEDA DI	
DIRETTORE DIPARTIMENTO <input type="checkbox"/>	
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA <input type="checkbox"/>	

Area di valutazione	Criteri di valutazione	Peso Struttura Complessa	Peso Dipartimento	POSSIBILI INDICATORI	Valutaz sintet. finale da 0 a 5
Integrazione Interna/esterna	Saper lavorare con le diverse UU.OO. Aziendali comprese quelle collocate in località diverse Saper instaurare rapporti di collaborazione con tutti gli operatori al fine di sviluppare il gioco di squadra ed assicurare il raggiungimento dei risultati	50%	30%		
Motivazione					
Organizzazione	Attenzione agli aspetti formali e sostanziali del sistema di valutazione Saper individuare soluzioni ai problemi operativi e gestionali e migliorare i servizi rivolti all'utenza interna ed esterna	30%	20%		
Motivazione					
Risoluzione dei conflitti	Capacità di affrontare e gestire le situazioni che originano contrasti all'interno dei gruppi e tensioni nei rapporti interpersonali	20%	10%		
Motivazione					
Per il solo Dipartimento					
Capacità Direzionali	Capacità di promuovere e gestire il cambiamento organizzativo nell'ottica dipartimentale Capacità di favorire l'integrazione delle risorse dipartimentali ed il lavoro per processi		40%		
Motivazione					
Totale Peso / punteggio		100%	100%		

PESO DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE SU SISTEMA PREMIANTE COMPLESSIVO

10%

20%

FIRMA DEL VALUTATORE

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

FIRMA DEL VALUTATO

punteggio	SCALA DI VALORI PER LA VALUTAZIONE		Valori percentuali di raggiungimento
	descrizione		
0	Item non applicabile		0%
1	Risultati non completamente raggiunti		40%
2	Risultati sufficienti, con ampio spazio di miglioramento		60%
3	Risultati discreti con spazio di miglioramento		80%
4	Risultati buoni, con spazi di miglioramento		90%
5	Risultati pienamente raggiunti		100%

FIRMA PER PRESA VISIONE

4.3 Consolidamento delle schede di Budget

Il consolidamento delle schede di Budget consente di evidenziare la compatibilità complessiva economica, finanziaria e patrimoniale delle proposte con gli indirizzi strategici aziendali da una parte e con il quadro regionale dall'altra. La necessità di ricondurre ad unitarietà le richieste aziendali è ancora più forte considerando che il budget generale d'azienda rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Istituto negozia ed ottiene, salvo situazioni straordinarie, i finanziamenti dalle varie Regioni di riferimento, seppur con modalità, tempistiche e ambiti differenti.

In questo percorso va considerato il ruolo dei c.d. "gestori di spesa" ovvero di quelle funzioni tecnico sanitarie e amministrative che si pongono in una visione trasversale rispetto ai processi di acquisizione delle risorse produttive. Nell'ambito del budget per articolazione organizzativa (CdR e/o Dipartimento) il loro ruolo sarà quello di supportare il Comitato di budget circa la valutazione di coerenza e congruenza delle richieste ricevute. Questo supporto nasce in considerazione della posizione organizzativa occupata che richiede una visione d'insieme riguardo ai fattori produttivi loro pertinenti.

In un'ottica di medio lungo periodo i c.d. "gestori di spesa" dovranno essere responsabilizzati sul livello dei "prezzi di acquisto" dei fattori produttivi, una volta individuate le quantità da acquisire. Infine, un ulteriore ruolo dei c.d. "gestori di spesa" è individuabile nella necessaria unificazione, laddove possibile, e/o omogeneizzazione dei percorsi / meccanismi attraverso i quali si realizzano le richieste sia interne che esterne all'Istituto. Questo aspetto, di per sé fortemente semplificatorio dell'attività amministrativa, è ancora più rilevante considerato quanto già detto relativamente alla dinamica della contrattazione di budget con le varie Regioni.

Operativamente il consolidamento si traduce nell'elaborazione dei seguenti Budget:

- a) Budget degli acquisti;
- b) Piano assunzioni;
- c) Budget degli investimenti;
- d) Budget di Commessa/progetto;
- e) Budget generale d'Azienda.

Budget degli Acquisti

Il Budget degli acquisti rappresenta l'aggregazione di tutti i consumi previsti nelle schede di Budget dei vari CdR in riferimento a ciascun fattore produttivo / prodotto; tale prospetto rappresenta il quadro di riferimento per la programmazione degli acquisti dell'anno successivo a cui l'ufficio preposto deve rifarsi.

Nello specifico esisteranno tanti budget degli acquisti quanti sono i livelli di responsabilità riconducibili alle diverse tipologie di fattori produttivi (ad esempio servizi appaltati piuttosto che convenzioni e prestazioni sanitarie piuttosto che godimento di beni di terzi, ecc.).

Come già detto il ruolo dei c.d. "gestori di spesa" nella formulazione di questi budget sarà quello di supportare la valutazione della congruenza e coerenza delle richieste delle varie uu.oo. nonché della loro tempestività. In fase di svolgimento dell'attività, nel corso dell'esercizio, compito dei gestori di spesa sarà quello di monitorare l'andamento delle richieste rispetto al budget negoziato, fermo restando che le responsabilità sul consumo dei fattori produttivi rimane in carico all'utilizzatore della risorsa (Cdr e/o Dipartimento).

Piano delle assunzioni

Il Piano delle assunzioni rappresenta l'aggregazione di tutti i movimenti previsti nell'allocatione delle risorse umane nei vari CdR: nuove assunzioni, cessazioni, trasferimenti tra CdR. Il consolidamento delle richieste di tutti i CdR per ciascuna figura professionale consente di elaborare il Piano assunzioni per l'anno successivo.

Sulla base del consolidamento delle proposte di Budget l'ufficio personale potrà elaborare i Piani assunzioni secondo le differenti modulistiche regionali, nonché i relativi prospetti di unità equivalenti complessivi.

Il ruolo del c.d. "gestore di spesa" (U.O. Amministrazione Risorse Umane) nella formulazione del Piano delle Assunzioni sarà quello di supportare la valutazione della congruenza e coerenza delle richieste delle varie uu.oo. anche rispetto alle disponibilità economiche e ai percorsi temporali di acquisizione delle risorse umane. In fase di svolgimento dell'attività, nel corso dell'esercizio, compito del gestore di spesa sarà quello di monitorare l'andamento delle richieste rispetto al budget negoziato.

Budget degli investimenti

Il Budget degli investimenti rappresenta l'aggregazione di tutte le richieste di acquisto di beni mobili avanzate dai vari CdR: nuove acquisizioni, sostituzioni e dismissioni così come approvati dalla Board aziendale e/o dalla Direzione.

In questo ambito il ruolo del c.d. "gestore di spesa" (che in realtà sono più di uno vista l'organizzazione aziendale) appare particolarmente rilevante nell'ottica della necessità di avere una visione complessiva dell'area e di "omogeneizzare" con il percorso di budget gli atti in materia realizzati per altri fini e/o richieste (piano annuale dei lavori, piano triennale, ecc.). In fase di svolgimento dell'attività, nel corso dell'esercizio, compito dei gestori di spesa sarà quello di monitorare la realizzazione di quanto previsto in sede di budget negoziato.

Budget di Commessa/Progetto

Sempre in una logica di trasversalità rispetto ai CdR considerati, ma con un'ottica diversa rispetto a quella dei c.d. "gestori di spesa" si pongono i budget per commessa/progetto.

Quando si parla di budget per commessa/progetto normalmente si fa riferimento ai budget riguardanti attività finanziate con contributi appositamente finalizzati. La possibilità di gestire i budget secondo il livello ulteriore, rispetto a quello dei centri di costo, della commessa/progetto per i contributi finalizzati rappresenta una situazione sicuramente ottimale e che favorisce pienamente la possibilità di governare facilmente il finanziamento appositamente dedicato.

Budget Economico Generale d'azienda

Il Budget Generale sintetizza le previsioni economiche, finanziarie e patrimoniali per l'intera Azienda, direttamente derivato dai valori negoziati e concordati a livello di CdR / Dipartimento. Esso deriva dal consolidamento delle schede di Budget di CdR per la parte relativa dei costi diretti di produzione, così come indicato nello schema seguente e della previsione economica dei costi generali e amministrativi (spese amministrative e gestionali, oneri finanziari, accantonamenti, imposte e tasse, ecc.) e dei ricavi d'azienda.

Sulla base di tale consolidamento, integrando con la stima dei costi mancanti sopra citati, viene elaborato il Budget Generale d'Azienda in base ai diversi schematismi regionali esistenti.

Parimenti dal lato delle attività previste, si procede al consolidamento dei dati di attività e indicatori di risultato atteso a livello complessivo aziendale.

4.4 Processo di Budgeting

Fasi

Il processo di budgeting è definito nel seguente flow-chart, nel quale risultano:

- 1- il modello di contrattazione degli obiettivi;
- 2- la scomposizione del processo di le singole fasi del processo di budgeting;
- 3- le scadenze temporali;
- 4- gli attori coinvolti.

Il processo di avvia mediante la predisposizione delle linee di indirizzo aziendali, che sintetizzano le linee guida del budget per l'anno successivo.

Sulla base di tali linee strategiche aziendali, si sviluppa il processo di definizione del Budget per CDR e generale d'Azienda.

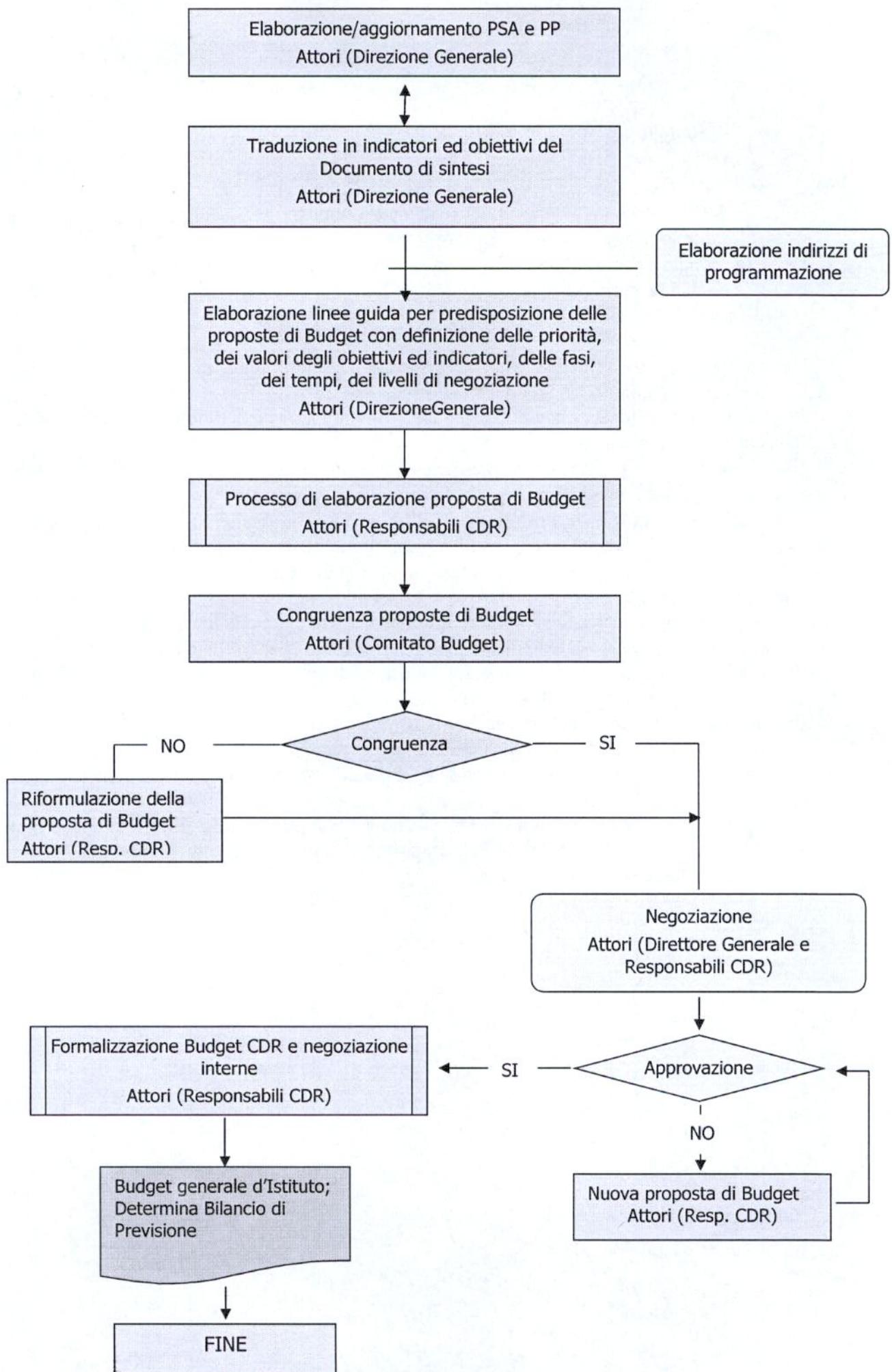
Il collegamento tra il processo di pianificazione e quello di budgeting rappresenta un elemento fondamentale per il successo dell'azione di governo alle diverse scale.

Tali obiettivi strategici scaturiscono prioritariamente dal Piano Strategico Aziendale e dal presente Piano delle Performance che viene aggiornato annualmente in base ai risultati conseguiti nell'anno precedente e alle nuove valutazioni sull'andamento delle variabili interne/esterne, contiene obiettivi di tendenza e quindi riferiti a valori attesi nel triennio. Di conseguenza, ai fini del processo di budgeting, occorrerà estrapolare gli obiettivi strategici e definire per ciascuno di essi gli indicatori e le relazioni causa-effetto che legano i vari indicatori al risultato atteso.

Una volta esplicitati gli obiettivi e indicatori strategici, la Direzione Generale definisce le linee guida per la formulazione delle proposte di Budget; in tali linee guida sono riportate le priorità dell'anno in corso e i valori-obiettivo per il sistema nel suo complesso, nonché le risorse disponibili.

Inoltre, tali linee includono indicazioni di tipo tecnico per la valorizzazione uniforme dei principali fattori produttivi, nonché fasi, tempi e contenuti standard da rispettare nella presentazione delle proposte di Budget.

Sono definite, altresì, le modalità di formulazione delle proposte, in termini di coinvolgimento dei Dirigenti Responsabili e di livelli di negoziazione che integrano quelle già presenti nel presente Piano delle Performance.



Tempi

Il calendario del budget 2019 è il seguente:

- 1-4 febbraio 2019: invio delle linee guida del budget
- Entro il 12 febbraio 2019: Presentazione delle proposte da parte delle UUOO / Dipartimenti;
- Entro fine febbraio 2019: Analisi delle proposte presentate, negoziazione finale e sottoscrizione obiettivi di budget 2018.

I progetti direzionali dovranno essere presentati nello stesso periodo delle proposte di budget (in particolare entro il 23 febbraio) e sin da ora si può anticipare che gli stessi debbano essere ricondotti ad una logica che superi le dinamiche puramente sostitutive e/o integrative dell'attività istituzionale e che facciano piuttosto riferimento a innovazioni gestionali ed operative. In ogni caso si rimanda alle apposite linee guida di riferimento inviate congiuntamente alle linee guida del budget.

Fino alla conclusione del percorso di budget 2019 va inteso che per ciascuna unità operativa gli obiettivi quantitativi di riferimento (sia di costo che di attività) devono essere considerati pari a quelli del 2018, ovviamente riproporzionati in base al periodo temporale di riferimento.

Si ricorda infine la specifica declinazione degli **obiettivi per l'area di tutto il comparto sanitario e di quello socio assistenziale**. In particolare per il personale del comparto assegnato ad U.O. di ambito sanitario, dedicato all'attività clinico assistenziale e di servizi alberghieri tali obiettivi saranno proposti per ciascuna U.O., prima di essere discussi con la Direzione Generale, dal Dirigente delle Professioni sanitarie, in mancanza del quale provvederà il Dirigente dell'U.O. di appartenenza. Per le figure del comparto non appartenenti alle attività clinico assistenziali e di servizi alberghieri tali obiettivi saranno invece proposti dal Dirigente dell'U.O. Per questi obiettivi esclusivamente dedicati al personale del comparto si stabilisce un peso complessivo del 50%

Monitoraggio e rilevazione dei risultati

La rilevazione dei risultati avviene in via sistematica mediante la tenuta del sistema di contabilità analitica e periodicamente (trimestralmente) attraverso la rilevazione degli indicatori di attività e di risultato secondo le modalità indicate nei paragrafi successivi.

4.5 Reporting e Analisi degli scostamenti

Reporting per CdR

L'attività di reporting e analisi degli scostamenti ha cadenza trimestrale. Il prospetto per il reporting di CdR è speculare rispetto a quello della scheda di Budget.

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

1 - Attività, e Indicatori di Risultato e Performance

ATTIVITA'	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 1/4	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N+1	VAR. ANNO PREC. ASS.	VAR. ANNO PREC. %	SCOST. BDG ASS.	SCOST. BDG %
POSTI LETTO DO							
POSTI LETTO DH							
Totale Posti letto							
Numero Dimessi in DO							
Numero Dimessi in DH							
Numero Dimessi in DS							
Numero Dimessi Totale							
Tasso di Occupazione PL DO							
Giornate di degenza in DO							
Giornate di degenza in DH (N. ACCESSI)							
Totale Giornate di degenza							
Degenza Media DO							
VALORE DO							
VALORE DH							
VALORE DS							
VALORE Totale (DO+DH+ DS)							
RIMBORSO MEDIO PER GIORNO DI DEGENZA							
DRG MEDIO DO							
DRG MEDIO DS							
VALORE MEDIO ACCESSO							
VALORE PRESTAZIONI ESTERNE							
NUMERO PRESTAZIONI ESTERNE							
VALORE PRESTAZIONI ESTERNE ALTRI OSPEDALI							
NUMERO PRESTAZIONI ESTERNE ALTRI OSPEDALI							
VALORE PRESTAZIONI INTERNE							
NUMERO PRESTAZIONI INTERNE							

1- INDICATORI DI RISULTATO E PERFORMANCE	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 1/4	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N+1	VAR. ANNO PREC. ASS.	VAR. ANNO PREC. %	SCOST. BDG ASS.	SCOST. BDG %
Indicatori Economico -Finanziari							
Obiettivo							
Azione							
Indicatore							
Indicatori di Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
Obiettivo							
Azione							
Indicatore							
Indicatori di Prospettiva dell'utenza e stakeholder							
Obiettivo							
Azione							
Indicatore							
Indicatori di Sviluppo e Innovazione dei processi produttivi e organizzativi							
Obiettivo							
Azione							
Indicatore							

2- RISORSE ECONOMICHE	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 1/4	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N+1	VAR. ANNO PREC. ASS.	VAR. ANNO PREC. %	SCOST. BDG ASS.	SCOST. BDG %
Consumi	0	0	0				
Consumi di prodotti farmaceutici							
Consumi di presidi chirurgici e materiale sanitario							
Consumi di materiali diagnostici e prodotti chimici							
Consumi di materiale radiografico e per radiologia							
Altri consumi di beni sanitari							
Altri Beni non sanitari							

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

3- RISORSE UMANE	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 1/4	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N+1	VAR. ANNO PREC. ASS.	VAR. ANNO PREC. %	SCOST. BDG ASS.	SCOST. BDG %
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE DIPENDENTE				0	0	0	0
N. u.e. Medico				0	0	0	0
N. u.e. Dirigente non medico				0	0	0	0
N. u.e. Infermieri				0	0	0	0
N. u.e. OSS / OTA				0	0	0	0
N. u.e. personale di riabilitazione				0	0	0	0
N. u.e. Altro comparto				0	0	0	0
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE NON DIPENDENTE				0	0	0	0
N. u.e. Dirigenza Medico / Sanitaria				0	0	0	0
N. u.e. comparto Sanitaria				0	0	0	0
N. u.e. Altra Dirigenza				0	0	0	0
N. u.e. altro comparto				0	0	0	0
UNITA' EQUIVALENTI PERSONALE IN CONVENZIONE				0	0	0	0
N. u.e. Dirigenza Medico / Sanitaria				0	0	0	0
N. u.e. comparto Sanitaria				0	0	0	0
N. u.e. Altra Dirigenza				0	0	0	0
N. u.e. altro comparto				0	0	0	0

Il processo di reporting e analisi degli scostamenti è ispirato al pieno coinvolgimento degli operatori al fine di stimolare gli opportuni interventi correttivi in caso di scostamenti rispetto i risultati attesi.

Il processo designato è riportato di seguito.

	Attività di Reporting	Direzione Generale	Responsabile di CdR	Controllo di Gestione	Tempo
Start	Chiusura del trimestre				T_0
Fase 1	Predisposizione Report di CdR				$T_0 + 30gg$
Fase 3	Analisi degli scostamenti e individuazione azioni correttive				$T_0 + 8gg$
Fase 4	Azioni di rientro (eventuali)				$T_0 + 3gg$
Fase 5	Proposta di revisione del Budget aziendale				$T_0 + 1gg$

Accanto ai report sopra esposti, che ricalcano la struttura dei budget aziendali, sono prevedibili ulteriori report specifici.

In particolare è prevista la graduale introduzione dei seguenti report specifici:

- Report specifico dei principali ricoveri erogati;
- Report specifico delle principali prestazioni ambulatoriali prodotte, sia intermedie che finali;
- Report specifico dei consumi di beni e servizi per centro di costo declinato in articoli, unità di misura, quantità, prezzo unitario e valore;
- Report specifico delle uu. ee. utilizzate, con elenco del personale dipendente e non dipendente utilizzato;

Al fine di rafforzare l'analisi degli scostamenti è in corso di definizione e troverà attuazione nel corso 2019 un percorso di sviluppo del controllo di gestione incentrato sulle tematiche della Informazione (partendo dal presupposto che attraverso la comunicazione si forma la conoscenza e si consolida l'esperienza aziendale) e dell'Organizzazione (per la conoscenza approfondita dei processi aziendali alla base della creazione del valore). Rientrano in questo ambito il progetto di:

- Creazione di una rete di referenti del controllo di gestione nell'ambito di ciascun presidio
- Istituzionalizzazione di incontri formativi/informativi mensili
- Istituzionalizzazione di momenti di confronto "comunitari" per la discussione di problematiche generali
- L'analisi dei processi aziendali e organizzativi alla base della creazione del valore
- Il miglioramento della fruibilità delle "informazioni" prodotte dal sistema informativo per favorirne l'uso da parte dei diversi attori aziendali
- Lo sviluppo delle tematiche sul capitale intellettuale aziendale

Reporting aziendale

In riferimento al reporting aziendale, si recepiscono gli schemi e le scadenze imposte dalle varie Regioni.

A questo riguardo va segnalata la diversità delle situazioni considerate e la difficoltà di dover rapportarsi a più interlocutori (Regione Marche, Regione Calabria, Regione Lombardia e Ministero della Ricerca).

In effetti, ciascuno degli interlocutori indicati tende ad avere un comportamento differente e questo aspetto rappresenta sicuramente un sovraccarico importante di lavoro.



4.6 Revisione del Budget

Nel caso si manifestassero consistenti modifiche delle risorse strutturali, umane e tecnologiche a disposizione del singolo CdR e/o Dipartimento o quando si sono verificati fatti esterni indipendenti dalla volontà del responsabile di progetto e/o U.O. è opportuno prevedere meccanismi di revisione del budget con particolare riferimento agli obiettivi assegnati e agli indicatori individuati (anche in termini di valore obiettivo). E' parimenti da prevedere un percorso di revisione degli obiettivi di budget nel caso in cui in corso d'opera si presentino condizioni totalmente ostative alla loro attuazione e venga dimostrata la concreta impossibilità della loro realizzazione per eventi o normative non prevedibili all'epoca della definizione degli stessi.

Il percorso di revisione del budget per CdR e/o Dipartimento non può che ricalcare il percorso di budget, come descritto in precedenza, salvo nei casi in cui tale meccanismo di revisione derivi da eventi di natura complessiva aziendale che interessano la totalità o quasi dei CdR e/o Dipartimenti. In particolare in quest'ultima ipotesi i meccanismi di revisione saranno avviati direttamente dal Comitato di Budget congiuntamente con il Controllo di Gestione. I budget revisionati e condivisi con i Responsabili di CdR e/o Dipartimento saranno poi successivamente oggetto di nuova negoziazione con la Direzione Generale. Diversamente, nel caso in cui la necessità di revisione riguardi solo alcuni CdR e/o Dipartimenti e per eventi specifici, il percorso dovrà essere attivato dalle UU.OO. interessate che dovranno rinegoziare il proprio Budget con la Direzione Generale. Nella realizzazione di questa attività la Direzione Generale sarà supportata dal Comitato di Budget e dall'U.O. Controllo di gestione.

5. SISTEMA DI VALUTAZIONE E PREMIANTE DEL PERSONALE

5.1 Premessa

La Valutazione delle Prestazioni costituisce un'attività fondamentale della moderna gestione delle risorse umane e si caratterizza sempre più come uno strumento di valorizzazione delle persone appartenenti all'Istituto, oltre che di analisi e verifica delle performance.

In presenza di scenari legati non solo ai livelli di produttività, ma anche alla qualità dell'attività diviene determinante la capacità di stimolare lo specifico apporto del singolo.

Da ciò nasce l'esigenza di valutare, incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali, intesi come fattori qualificanti la prestazione.

L'intero documento è stato progettato individuando i parametri con cui misurare le performance (obiettivi e risultati), e i criteri con cui focalizzare e sviluppare comportamenti organizzativi desiderati.

5.2 Perché si valuta

Il sistema di valutazione nel suo complesso è orientato al miglioramento delle prestazioni nei confronti dei clienti esterni ed interni, nonché delle competenze professionali di ogni operatore. La valutazione, effettuata dal Responsabile preposto, riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi di risultato e le competenze dimostrate dalla persona valutata.

La verifica dei risultati ottenuti costituisce, inoltre, un ritorno significativo per il dipendente sul livello quali - quantitativo dell'attività svolta, in modo da poter soddisfare meglio le aspettative future.

Presupposto dell'attività di valutazione è la condivisione dell'assunto che le risorse umane rappresentino il patrimonio strategico dell'Istituto e che debbano essere adeguatamente valorizzate.

In questa logica l'Istituto riconosce alle risorse umane il vero valore della propria dotazione, promuovendone la valorizzazione e ponendo la massima attenzione al miglioramento continuo delle abilità, capacità e conoscenze professionali nonché al mantenimento elevato del senso di appartenenza al servizio.

L'esigenza di responsabilizzare gli operatori, delegando secondo le connotazioni personali e professionali le attività da svolgere, va ricondotta alla condivisione degli obiettivi e delle modalità di lavoro, mantenendo una costante informazione su tutto ciò che può supportare la propria azione e la propria vita lavorativa.

Il Sistema di Valutazione ed il connesso sistema premiante assume, pertanto, una valenza di sostegno ai processi di miglioramento dei singoli individui, dei gruppi e delle politiche di sviluppo dell'Istituto.

In particolare esso è connesso con:

- lo sviluppo delle potenzialità professionali (stimolo al miglioramento delle prestazioni, progressione di carriera,...);
- il sistema di formazione (volto a favorire la crescita professionale attraverso la proposta di interventi di sviluppo finalizzati e condivisi che consentano, in relazione ai bisogni evidenziati, di promuovere azioni formative ed iniziative di sviluppo e valorizzazione delle potenzialità);
- il sistema di incentivazione (riconoscimento dell'attività svolta in termini economici e di valorizzazione).

Inoltre, attraverso la valutazione è possibile:

- attivare confronti annuali, in relazione anche agli obiettivi ed allo sviluppo dell'organizzazione, per proporre eventuali correttivi e innovazioni;

- esplicitare le aspettative e le richieste di contributo con ogni operatore, favorendo il processo di identificazione;
- responsabilizzare le persone, promuovendo più elevati livelli di autonomia decisionale nell'ambito della discrezionalità definita;
- favorire la crescita professionale attraverso interventi di sviluppo delle competenze per colmare il gap tra quelle attese e presenti, in relazione alle strategie aziendali;
- disporre di informazioni relative alle competenze e alla formazione degli operatori utili a promuovere la valorizzazione professionale delle persone, rispetto allo sviluppo dell'organizzazione;
- favorire una politica retributiva basata su criteri valutativi volti al riconoscimento dell'attività svolta, per quanto riguarda la parte della retribuzione legata alla posizione ed ai risultati;
- migliorare i risultati organizzativi;
- sviluppare un sistema di incarichi con un riferimento di conoscenza approfondito e sistematico nel tempo.

In definitiva il sistema di valutazione assume una valenza positiva di sostegno ai processi di miglioramento dell'Istituto e dei singoli individui.

5.3 Elementi di distorsione della valutazione e necessità del percorso di formazione

Rispetto alla valutazione sono state rilevate e descritte in letteratura alcune criticità ricorrenti. Esse possono riguardare:

1. "aspetti di carattere metodologico" quali:
 - interpretare la mancanza e/o insufficienza di informazioni come "carenza" del fenomeno osservato;
 - connettere considerazioni e/o osservazioni diverse in modo arbitrario.
2. "aspetti di carattere psicologico" come:
 - effetto alone (quando il valutatore si lascia influenzare da un singolo fattore di valutazione, facendo dipendere da questo tutta la valutazione);
 - slittamento (quando il valutatore, in giudizi successivi, assegna, senza motivazione chiara, punteggi sempre migliori);
 - pregiudizio (quando il valutatore interpreta le azioni compiute dal valutato, facendo riferimento a stereotipi);
 - appiattimento (quando il valutatore assegna costantemente il valore centrale (medio));
 - generosità (quando la valutazione è influenzata dal timore di danneggiare il valutato);
 - durezza (quando il valutatore tende ad esprimere valutazioni "severe", utilizzandole come strumento punitivo).

Per tutti questi motivi l'applicazione del Sistema di Valutazione verrà monitorato nel tempo. Si potranno introdurre eventuali modifiche dopo un periodo di sperimentazione ed in seguito ad una verifica basata sull'elaborazione di dati e informazioni riguardanti le valutazioni effettuate.

L'aggiornamento sarà discusso e condiviso con le parti interessate.

Nella costruzione e messa a regime del sistema di valutazione aziendale assume importanza fondamentale la formazione dei valutatori con l'obiettivo di realizzare la condivisione e comprensione del modello di valutazione, per garantire uniformità di comportamenti per i diversi livelli di valutazione e per promuovere un percorso partecipato tra valutatori e valutati. La formazione costituisce un passaggio essenziale che l'azienda deve necessariamente realizzare per l'avvio del processo di valutazione perché è solo attraverso una conoscenza della valutazione e delle

sue tecniche applicative che i valutatori ed i valutati potranno realizzare un sistema equo ed implementabile.

5.4 Cosa si valuta

Oggetto del percorso di valutazione è il raggiungimento dei risultati e degli obiettivi assegnati e negoziati con la scheda di budget già vista nel precedente paragrafo 4.2. Come già visto la scheda di budget si compone di 4 aree di interesse aziendale. Per ciascuna di queste aree saranno definiti obiettivi ed indicatori il cui raggiungimento (totale o parziale) determinerà, nei parametri già visti in precedenza, la corresponsione del relativo incentivo.

Il sistema così impostato mira ad individuare ciò che il valutato fa e come lo fa, ciò che il valutato può esprimere e il livello di coerenza tra la posizione ricoperta all'interno della struttura organizzativa dell'Istituto e quello che si fa.

Le schede di budget predisposte unitamente alla scheda di valutazione individuale dei processi produttivi, relazionali ed organizzativi rappresentano lo strumento operativo attraverso il quale esprimere la valutazione complessiva finale.

Nell'applicazione del Sistema di Valutazione i soggetti coinvolti faranno riferimento ad alcuni aspetti comuni che stanno alla base dell'intero processo, fra cui:

- trasparenza dei criteri e dei risultati;
- chiarezza rispetto alle modalità di valutazione (informazione adeguata e partecipazione del valutato al processo, anche attraverso il contraddittorio);
- equità, intesa come orientamento ad individuare regole e modalità valutative omogenee.

Il valutatore di prima istanza dovrà conoscere direttamente l'attività svolta dal valutato.

5.5 Fasi e soggetti del percorso di valutazione e del sistema premiante

Il Sistema di Valutazione riguarda tutti i dipendenti dell'Istituto dell'area del comparto e della dirigenza, assunti a tempo determinato ed indeterminato, sia part-time, sia full time. Per coloro che sono stati assunti durante l'esercizio o per i part time il valore economico del sistema premiante è proporzionato alla presenza in servizio. Di seguito si rappresentano le modalità a suo tempo concordate con le aree dirigenziali e le novità introdotte con l'ultimo accordo sindacale con il comparto.

Il sistema di valutazione e premiante si realizza nelle seguenti fasi e con i relativi attori:

- FASE 1 – A conclusione del percorso di budgeting viene siglata da ciascun Responsabile la scheda riassuntiva degli obiettivi che rimanda alle varie schede allegate. Tra queste è obbligatorio compilare da parte del responsabile di CdR per i dipendenti in servizio da almeno 3 mesi per le aree della dirigenza SPTA, 6 mesi per l'area della dirigenza medica, e sin dalla data di assunzione per il personale del comparto la scheda iniziale per la valutazione individuale che costituisce la 4a area della scheda riassuntiva degli obiettivi; è obbligatorio un colloquio iniziale tra valutatore e valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione. Per ogni item l'individuazione degli indicatori è a cura del valutatore il quale, sulla base di un elenco di possibili indicatori, deve individuare quelli più attinenti alle performance che intende valutare rispetto al singolo soggetto valutato. Tale comunicazione rappresenta un momento di confronto riguardante le aspettative reciproche: per il valutato in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi. La scheda derivante dal colloquio iniziale va sottoscritta sia dal valutatore che dal valutato. Per quanto riguarda il personale del comparto, si specifica che nel caso in cui il valutato non ritenga attuabili e/o coerenti gli obiettivi assegnatigli, lo stesso potrà presentare le

proprie osservazioni per iscritto al superiore gerarchico del suo valutatore. In caso di coincidenza tra le due figure (valutatore e superiore gerarchico) le osservazioni andranno presentate al DMPO o DA secondo l'ambito di competenza

- FASE 2 – La scheda riassuntiva con gli obiettivi di budget dovrà essere portata da parte del Responsabile dell'U.O. alla conoscenza di tutti i collaboratori. La comunicazione di tali schede dovrà avvenire a seguito di riunione all'interno di U.O. con verbale della stessa sottoscritto da tutti i componenti del servizio.
- FASE 3 – La valutazione è un processo ciclico e continuo, che si svolge nell'arco di un anno, ed è caratterizzato da un'interazione costante tra valutato e valutatore. In questo senso la dimensione relazionale rappresenta un aspetto fondamentale dell'intera fase valutativa, come la partecipazione attiva della persona valutata, al fine di favorire la condivisione dello sviluppo del percorso di valutazione nel suo complesso, la costruzione partecipata dei processi di lavoro e la verifica di questi ultimi.
Pertanto è prevista la possibilità a metà periodo, qualora ritenuto opportuno, di realizzare un momento di confronto / verifica informale che si dovrebbe tradurre in una scheda di valutazione intermedia in caso di valutazione negativa e, in ogni caso, rappresenta un momento utile a favorire un processo di auto – valutazione e che consenta di fornire un feedback formale rispetto all'attività svolta.
Sempre in questa ottica, nel corso dell'esercizio, è prevista un'attività di reportistica trimestrale che potrà consentire al Cdr il monitoraggio della propria attività e la consapevolezza in ordine all'andamento della propria U.O. rispetto agli obiettivi assegnati.
- FASE 4 – Nel corso dell'esercizio, nel caso in cui gli obiettivi di budget non siano più raggiungibili per motivi non imputabili all'U.O. (nel caso si manifestassero consistenti modifiche delle risorse strutturali, umane e tecnologiche o quando si siano verificati fatti esterni indipendenti dalla volontà del singolo Cdr) il Direttore Generale, anche su richiesta del Direttore di Dipartimento, potrà ricontrattare gli obiettivi assegnati.
- FASE 5 – Ai fini della consuntivazione dei risultati e dei processi produttivi, relazionali e organizzativi, il Dirigente titolare di scheda riassuntiva di Cdr dovrà procedere, nei tempi di volta in volta indicati:
 1. all'acquisizione di tutti i dati necessari all'elaborazione della valutazione finale a sua disposizione (relazioni, verbali, rilevazioni ad hoc, ecc.);
 2. all'acquisizione dei dati relativi agli obiettivi quantitativi delle prime 3 aree / prospettive come risultanti dalle reportistiche dell'U.O. Controllo di gestione;
 3. alla valutazione finale delle schede di valutazione individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi. Le schede compilate dovranno essere portate a conoscenza del valutato che le dovrà firmare e, una volta avvenuto ciò, il soggetto deputato alla valutazione dovrà trasmetterle all'U.O. Amministrazione Risorse Umane. Qualora vi siano contrasti nella valutazione, non risolti nel corso del colloquio finale, il valutato firmerà per presa visione e indicherà le proprie osservazioni nell'apposito riquadro della scheda; sarà cura del valutatore allegare anche le proprie motivazioni. È data la possibilità al valutato di presentare le proprie osservazioni al massimo entro le 24 h successive allo svolgimento del colloquio. In questo caso è data facoltà al valutato di formulare apposita istanza all'Oiv. Si fa presente che nel caso in cui il dipendente cessi dal servizio anticipatamente alla chiusura del periodo di riferimento è necessario provvedere ugualmente alla valutazione finale.

La scheda riassuntiva, corredata dalle documentazioni di cui ai punti precedenti e di una relazione complessiva sul raggiungimento degli obiettivi, dovrà essere inviata dai vari Dirigenti al proprio Direttore di Dipartimento, che rappresenta il valutatore di prima istanza (in mancanza del Direttore di Dipartimento il valutatore di prima istanza è individuato nel Direttore Generale o suo delegato). Quest'ultimo dovrà valutare, controfirmare e trasmettere le schede in oggetto al Organismo Indipendente di Valutazione, unitamente alla documentazione ricevuta.

La struttura dei soggetti coinvolti nella valutazione e dei relativi valutatori per la sola scheda di valutazione individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi è la seguente:

VALUTATI	VALUTATORI
Direzione Medica di Presidio	Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa di Presidio	Direzione Amministrativa
Direttori di Dipartimento	Direzione Sanitaria e/o Amministrativa
Dirigenti di Struttura Complessa e di struttura semplice a valenza dip.le	Direttore di Dip.to o in mancanza Direzione Medica di Presidio
Dirigenti di Struttura Semplice Responsabili Staff Dirigenti Professional	Direttore di Strutt. Compl. Coordinatore Centro Servizi Direzionali Dirigente di Struttura complessa
Coordinatori profilo infermieristico	Dirigente delle Professioni Sanitarie (Area Infermieristica)
Coordinatori profili tecnico o riabilitativo	Responsabile U.O. o Servizio
Operatori del Comparto	Titolare funzioni di Coordinamento o in mancanza Responsabile U.O. o Servizio

Il responsabile della valutazione è chi ha in carico il personale per la parte prevalente dell'esercizio. Esso dovrà essere preferibilmente la figura gerarchica di riferimento, che ha l'opportunità di osservare regolarmente la prestazione di lavoro.

Nel caso ritenga di non potersi basare sulla propria osservazione, dovrà obbligatoriamente consultare altri soggetti per documentarsi sull'operato del valutato, di cui dovrà tenere documentazione scritta. Il valutatore può pretendere la valutazione del valutatore precedente se prevalente come periodo temporale durante l'esercizio.

Qualora la persona da valutare svolga la propria attività in diverse unità organizzative, durante l'anno, la valutazione compete al valutatore del Servizio e/o ufficio dove prevalentemente l'operatore lavora al 31/12, acquisite le valutazioni degli altri responsabili per l'anno considerato, se il periodo di assegnazione non supera i sei mesi. Sempre in questo caso il colloquio iniziale di valutazione deve essere tenuto dal Responsabile del Cdr in cui l'operatore prevalentemente si trova ad operare al momento della negoziazione del budget.

- FASE 7 – L'Organismo Indipendente di Valutazione rappresenta il soggetto deputato alla valutazione finale degli obiettivi assegnati (valutatore di seconda istanza). In tal senso l'Organismo Indipendente di Valutazione svolge la funzione di "supervisore" dell'intero processo valutativo.

Per tale attività si potrà avvalere dell'U.O.C. Controllo di Gestione, dell'U.O. Amministrazione Risorse Umane e potrà eventualmente richiedere alle UU.OO. interessate chiarimenti e integrazioni. L'OIV accertata la regolarità dello svolgimento delle fasi indicate, e acquisite eventuali ulteriori motivazioni del valutatore e del valutato, deciderà in merito. L'esito della

valutazione espressa dall'OIV sarà comunicata all'interessato e all'U.O. Amministrazione Risorse Umane.

5.6 Corresponsione dei compensi

La retribuzione di risultato/produktività collettiva è corrisposta a consuntivo nei limiti delle risorse economiche stanziare ed in seguito al raggiungimento totale ovvero parziale degli obiettivi affidati, previa certificazione, nonché in considerazione delle giornate di assenza che, in base agli accordi integrativi stipulati con le OO.SS. di riferimento, comportano una decurtazione proporzionale delle quote spettanti.

Per l'anno 2019, come già detto, l'accordo è stato definito solo con l'area del comparto e prevede che, ad eccezione delle ferie, tutte le giornate di assenza dal servizio comportino una decurtazione proporzionale della quota spettante con le seguenti eccezioni:

- le giornate di assenza per congedo di maternità obbligatoria, compresa l'interdizione anticipata dal lavoro e per congedo di paternità saranno remunerate in misura percentuale pari al 80%
- le assenze per malattia grave, terapie salvavita, infortunio sul lavoro, malattia professionale per causa di lavoro, donazioni di sangue o midollo saranno remunerate in misura percentuale pari al 80%

Per le aree dirigenziali i precedenti accordi contemplavano la decurtazione economica in termini proporzionali per tutte le giornate di assenza dal servizio escluse le ferie e le assenze per congedo di maternità obbligatoria, compresa l'interdizione anticipata dal lavoro e per congedo di paternità remunerate al 50% per la dirigenza SPTA ed al 25% per la dirigenza medica.

L'orario ridotto per part-time comporta una decurtazione proporzionale della quota

Per la corresponsione dei compensi il fondo destinato alla remunerazione degli obiettivi di budget sarà erogato, in base alle norme contrattuali vigenti, per le aree dirigenziali, secondo modalità da definirsi in contrattazione integrativa. Si riporta di seguito quanto previsto dagli accordi degli anni precedenti, salvo modifiche che potranno essere apportate negli accordi integrativi da stipulare per il 2019:

- 40% per i Dirigenti Medici e Dirigenti SPTA entro il mese successivo a quello in cui l'OIV effettua la valutazione dello stato avanzamento lavori;
- 60% a saldo entro il mese successivo a quello in cui l'OIV certifica il grado di raggiungimento degli obiettivi per l'intero anno, indicativamente entro luglio.

Per l'area del comparto, la corresponsione dei compensi relativi alla quota del fondo destinato agli obiettivi generali, avverrà secondo le seguenti scadenze:

- 50% entro il mese successivo a quello in cui l'O.I.V. effettua la valutazione dello Stato Avanzamento Lavori del primo semestre
- 50% a saldo entro il mese successivo a quello in cui l'O.I.V. certifica il grado di raggiungimento degli obiettivi per l'intero anno indicativamente entro il mese di luglio

Si precisa che gli stati di avanzamento lavori non vengono corrisposti ai dipendenti che alla data di erogazione risultino cessati dal servizio o in aspettativa senza assegni.

La quota complessiva da corrispondere al personale della dirigenza sarà determinata, posto il raggiungimento degli obiettivi assegnati e l'entità dei fondi a disposizione, in base ai seguenti coefficienti, anch'essi potenzialmente modificabili con l'accordo integrativo 2019:

Dirigenti Professional e Dirigenti Struttura semplice
Dirigente Struttura semplice a valenza dipar.le

coefficiente 1
coefficiente 1,1

Direttore di Dipartimento, Dirigente responsabile di U.O.Complexa coefficiente 1,1

Per quanto riguarda il personale del comparto, si utilizzeranno i seguenti coefficienti:

categoria A, B coefficiente 1
categoria Bs, C coefficiente 1,25
categoria D, Ds coefficiente 1,5

Negli accordi 2017/2018 delle aree dirigenziali era previsto che nel caso in cui una struttura temporaneamente priva di titolare, dopo aver verificato che non vi siano nella unità operativa dirigenti medici in possesso dei requisiti previsti dall'art.18 c.2 del CCNL 08.06.2000 e s.m., venisse affidata ad interim ad altro dirigente con corrispondente incarico, ai sensi dell'art.18, comma 8°, del CCNL 08.06.2000, quest'ultimo aveva diritto a percepire, oltre alla quota economica spettante per il proprio incarico, la quota di retribuzione di risultato collegata alla struttura affidatagli. Analogamente la quota variabile legata alla pesatura dell'incarico ricoperto ad interim veniva riconosciuta a titolo di retribuzione di risultato nell'ipotesi in cui tale incarico venga ricoperto da personale di altra struttura in posizione di comando. Il maggior aggravio di responsabilità del dirigente sostituito era, inoltre, compensato con un'ulteriore quota incentivante, pari al valore dell'indennità di cui al comma 7 del citato art.18, come modificato dall'art.11 CCNL 03.11.2005, finanziata con le risorse che residuano nell'ambito del fondo di posizione del medesimo anno per effetto della vacanza del posto e che potevano essere corrisposte sotto forma di retribuzione di risultato previa verifica dell'organismo di valutazione.

Si evidenzia che, nel caso in cui ad un dirigente SPTA venga attribuita in via temporanea la responsabilità dell'U.O. di appartenenza, rimasta priva di titolare, ai sensi dell'art.18, c.4°, CCNL 08.06.2000, lo stesso avrà diritto a percepire la quota di fondo di risultato del titolare mancante collegata alla suddetta struttura. Alla corresponsione dell'indennità prevista dal comma 7 dell'art.18, come modificato dall'art.11 CCNL 03.11.2005, si provvede con le risorse del fondo destinato alla retribuzione di posizione per tutta la durata della sostituzione.

Nell'ipotesi in cui la sostituzione, anche ad interim, avvenga nell'ambito del Dipartimento di cui il dirigente è titolare in qualità di Direttore/Coordinatore, lo stesso non avrà diritto ad alcun compenso aggiuntivo in quanto tale attività è già remunerata con l'indennità di cui all'art.39, c.9, del CCNL 08.06.2000, come modificato dall'art.4, c.4, del CCNL 06.05.2010 (sequenza contrattuale).

Il Direttore di Dipartimento ha l'obbligo di verificare e controllare che i Direttori di UOC/UOSD abbiano assegnato in modo formale a tutti i dirigenti della loro UO gli obiettivi di budget.

Per quanto riguarda il personale del comparto, si precisa che l'art. 82 del nuovo CCNL stipulato il 21.05.2018, ha introdotto un'ulteriore valorizzazione della quota premiante, ossia la maggiorazione del premio individuale. Tale compenso è stato disciplinato dall'accordo integrativo come di seguito riportato.

Ai dipendenti che hanno conseguito una valutazione = 100% in relazione sia agli obiettivi di budget che a quelli individuali, viene riconosciuta una maggiorazione del premio individuale pari al 30% del valore della quota media teorica pro-capite prevista per la propria categoria di appartenenza riferita alla performance individuale (20%).

Tale maggiorazione sarà assegnata ad una quota limitata di dipendenti nella misura di seguito indicata:

Dipartimento di assegnazione	n. dipendenti
Dipartimento post acuzie e continuità dell'assistenza	1
Dipartimento geriatrico ad indirizzo medico	1
Dipartimento geriatrico ad indirizzo chirurgico	1

Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	1
Dipartimento riabilitativo ad indirizzo cardiocerebrovascolare	1
Dipartimento riabilitativo ad indirizzo pneumologico	1
Dipartimento riabilitativo ad indirizzo cardiovascolare	1
Centro Servizi direzionali di staff	1
Centro Servizi ATL	1
Direzione Amministrativa	1
Direzione Sanitaria	1
Totale	11

Nel caso in cui il personale, in possesso di una valutazione complessiva = 100 %, superi il numero dei beneficiari come sopra indicati, i dipendenti a cui attribuire la maggiorazione saranno individuati dal Direttore di Dipartimento/Coordinatore con nota motivata.

IL DIRETTORE GENERALE



60100 ANCONA
Via S. Margherita 5
Tel. 071/8004708/4738
Fax 071/35944
email direzionegenerale@inrca.it

Prot. n. 3320/19-DG

Ancona, 31.01.2019

Ai Componenti RSU INRCA

Alle OO.SS. area comparto sanità

LORO SEDI

Oggetto: Trasmissione Piano della Performance 2019.

Ai sensi dell'art. 5 CCNL 2016/2018 area comparto, si trasmette, in allegato, il Piano della Performance 2019.

Si evidenzia che lo stesso, per garantire il rispetto dei termini di legge, sarà approvato con apposito atto in data odierna, fermo restando l'esito dell'eventuale confronto.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Gianni Genga)

IL DIRETTORE GENERALE



60100 ANCONA
Via S. Margherita 5
Tel. 071/8004708/4738
Fax 071/35944
email direzionegenerale@inrca.it

Prot. n. 3319/19-DG

Ancona, 31.01.2019

Alle OO.SS. Aziendali e Provinciali
Area dirigenza medica
Area dirigenza SPTA
LORO SEDI

Oggetto: Trasmissione Piano della Performance 2019.

Si trasmette, in allegato, il Piano della Performance 2019 che, per garantire il rispetto dei termini di legge, sarà approvato con apposito atto in data odierna, ferma restando la possibilità di integrarlo con eventuali proposte e contributi che dovessero pervenire da parte sindacale.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Gianni Genga)

