

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>

PIANO DELLA PERFORMANCE

Anno 2018

INDICE

1. EXECUTIVE SUMMARY	3
2. PREMESSA.....	4
3. IDENTITA' DELL'ISTITUTO.....	5
3.1 Chi siamo e cosa facciamo	5
Assistenza Ospedaliera	7
Assistenza Territoriale.....	8
3.2 L'Albero della performance	9
3.3 Il contesto esterno di riferimento	10
3.4 Analisi del contesto interno	13
L'articolazione aziendale.....	13
Le risorse umane.....	16
Il quadro economico	16
4. LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE	21
4.1 Premessa	21
4.2 La dimensione strategica dell'Istituto.....	21
4.3 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito scientifico	24
4.4 Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito clinico assistenziale	26
4.5 Gli obiettivi strategici ed operativi nell'ambito dei processi interni di supporto	28
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	31
5.1 Gli strumenti tecnico contabili utilizzati nel processo di budgeting.....	32
5.2 Scheda di Budget.....	33
Struttura, forma e contenuto	33
5.3 Consolidamento delle schede di Budget.....	41
Budget degli Acquisti	41
Piano delle assunzioni.....	41
Budget degli investimenti	42
Budget di Commessa/Progetto	42
Budget Economico Generale d'azienda.....	42
5.4 Processo di Budgeting	43
Fasi.....	43
Tempi.....	45
Monitoraggio e rilevazione dei risultati.....	45
5.5 Reporting e Analisi degli scostamenti	45
Reporting per CdR.....	45
Reporting aziendale	47
5.6 Revisione del Budget.....	48
6. SISTEMA DI VALUTAZIONE E PREMIANTE DEL PERSONALE	49
6.1 Premessa	49
6.2 Perché si valuta	49
6.3 Elementi di distorsione della valutazione e necessità del percorso di formazione.....	50
6.4 Cosa si valuta.....	51
6.5 Fasi e soggetti del percorso di valutazione e del sistema premiante	51
6.6 Corresponsione dei compensi.....	54

1. 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'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.

2. 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 2018 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 2018 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 2018.

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.

3. IDENTITA' DELL'ISTITUTO

3.1 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.

Ai sensi e per effetto della legge, l'Istituto ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'Istituto 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, 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 assume un ulteriore connotato di sfida l'incorporazione di Osimo che rappresenta per l'Istituto un elemento di novità rispetto agli attuali 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 ricerca, multidisciplinare, caratterizzata dalle seguenti linee:
 - a. Linea 1: Determinanti cellulari, molecolari e genetici di invecchiamento, longevità e patologie età associate;
 - b. Linea 2: Prevenzione e trattamento della fragilità e management delle patologie e delle sindromi geriatriche;
 - c. Linea 3: Invecchiamento e Farmaci;

d. Linea 4: Valutazione multidimensionale, continuità assistenziale, Health Technology Assessment e Ambient Assisted Living.

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.

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 geriatrica 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.

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 2018, dell'attività per acuti nel Presidio di Merate e all'apertura presso il presidio di Casatenovo di 20 letti di post acuzie, il proseguimento delle relazioni con la dimensione regionale stante la situazione di sostanziale stand-by che caratterizza l'assetto istituzionale della Regione Calabria. 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 2016. 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 2017 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.

Al fine di definire l'assetto produttivo aziendale si rappresentano di seguito, da un punto di vista meramente quantitativo, i dati preconsuntivi 2017 :

Assistenza Ospedaliera

L'azienda ha operato fino al 2017 mediante presidi a gestione diretta situati in diverse regioni italiane. In particolare nella Regione Marche si svolge attività ospedaliera presso i POR di Ancona e Fermo, nella Regione Calabria presso il Por di Cosenza e nella Regione Lombardia presso il Por di Casatenovo. Dal 2018, come già detto sopra, l'attività nell'ambito della Regione Marche sarà svolta anche nel presidio di Osimo.

Complessivamente l'attività è stata erogata sui seguenti posti letto calcolati mediamente considerando le diminuzioni per ferie estive e lavori di ristrutturazione che hanno interessato alcuni dei Presidi Inrca da una parte, e gli incrementi produttivi già indicati in precedenza (entrata a regime degenza post acuzie, posti letto geriatria Presidio Montagnola):

TOTALE INRCA				
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo	Budget
PLDO	341,98	332,08	340,93	356,20
PLDH	9,68	5,00	5,00	10,00
di cui POR Ancona				
PLDO	137,38	130,98	135,26	155,74
PLDH	9,68	5,00	5,00	10,00
di cui POR Fermo				
PLDO	51,40	50,78	58,28	55,96
di cui POR Appignano / Treia				
PLDO	15,62	15,33	15,48	16,00
di cui Residenza Dorica				
PLDO	29,25	29,25	29,25	29,25
di cui POR Casatenovo				
PLDO	55,83	55,83	55,83	55,50
di cui POR Cosenza				
PLDO	52,50	49,92	46,83	43,75
PLDH				

Rispetto al quadro appena delineato il 2018 si troverà caratterizzato dalla presenza del Presidio di Osimo che eroga attività su circa 70 posti letto mediamente utilizzati ampliando pertanto il perimetro aziendale di circa il 20% complessivo.

In termini quantitativi l'attività per il 2017 è identificabile nella seguente:

	POR di Ancona		POR di Fermo		Por di Casatenovo		Por di Cosenza	
Descrizione	Anno 2016 Consuntivo	Anno 2017 Preconsuntivo	Anno 2016 Consuntivo	Anno 2017 Preconsuntivo	Anno 2016 Consuntivo	Anno 2017 Preconsuntivo	Anno 2016 Consuntivo	Anno 2017 Preconsuntivo
Ricoveri Degenza Ordinaria	4.603	4.723	1.031	1.010	1.730	1.649	1.076	1.163
Giorni degenza ordinaria	50.478	51.794	19.575	18.886	16.941	17.283	14.714	14.846
Valore Degenza Ordinaria	20.117.675	20.676.615	4.631.810	4.535.952	5.159.637	5.185.932	3.938.501	4.309.274
DRG MEDIO	4.371	4.378	4.493	4.493	2.982	3.144	3.660	3.707
Ricoveri DH/DS	1.022	979						
Giorni DH/DS	1.680	1.409						
VALORE DH/DS	1.094.752	806.005						
VALORE MEDIO AD ACCESSO	652	572						
N. TOTALE RICOVERI	5.625	5.702						
VALORE TOTALE RICOVERI	21.212.427	21.482.620						
N. PRESTAZIONI								
AMBULATORIALI ESTERNE	647.764	619.500	30.199	29.550	200.046	205.550	72.699	72.900
VALORE PRESTAZIONI								
AMBULATORIALI	11.436.139	11.201.971	835.667	817.381	1.659.935	1.701.294	646.731	660.040

Rispetto a questi dati va considerata per il 2018 l'attività di Osimo: a tal proposito si consideri come parametri di riferimento per il 2017 un numero di ricoveri ordinari intorno a 3.600 per un valore stimato pari a oltre 8,7 milioni di € e un numero di prestazioni ambulatoriali pari a circa 1,3 milioni per un valore stimato pari a circa 7,8 milioni di €

Assistenza Territoriale

Considerata la vocazione dell'istituto (attività rivolta all'anziano fragile) nel corso del 2017 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 16 unità. Peraltro va segnalato che è stato risolto il problema relativo alla DGR 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 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., 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).

3.2 L'Albero della performance

Di seguito si rappresenta l'albero della performance aziendale costruito sulla base delle peculiarità dell'Istituto.

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.



3.3 Il contesto esterno di riferimento

Il particolare assetto istituzionale dell'Istituto, la sua mission unica nel panorama nazionale fanno sì che il contesto esterno di riferimento non si contraddistingue solamente per le dinamiche tipiche di ogni azienda sanitaria e che quindi fanno riferimento alle normative nazionali e agli interventi dello stakeholder regionale ma anche ad aspetti collegati a quanto sopra.

In questo senso un **primo elemento** di contesto è costituito dal fatto che in Italia e nella maggior parte dei Paesi sviluppati, la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 erano inimmaginabili. Dati recenti evidenziano come gli ultrasessantacinquenni - in Italia - siano passati da 2,6 milioni nel 1981 a oltre 6,7 milioni nel 2016, con stime che parlano di 10,5 milioni di persone over 75 attese per il 2040.

Se l'aumento dell'aspettativa di vita ormai consente a molti soggetti di raggiungere l'età avanzata in discreto benessere e indipendenza, esso contemporaneamente sta determinando anche un importante aumento della prevalenza di multimorbidità, fragilità e disabilità, che pongono problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida non solo in termini sanitari, ma anche per l'intero sistema sociale. Nel nostro paese, ad esempio, oggi vivono circa 23 milioni di persone affette da almeno una patologia cronica, di cui 12 milioni sono affette da almeno due condizioni simultaneamente. Il 50% dei soggetti con età superiore ai 65 anni presenta "multimorbidità", con conseguenti problemi di mobilità o difficoltà nello svolgimento delle attività

della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi; il 10% dei soggetti con età superiore ai 70 anni, inoltre, ha uno stato di salute instabile. Ci si riferisce a questi soggetti con il termine di soggetti "fragili" e la letteratura affronta sempre più di frequente il tema della fragilità, analizzandone i modelli interpretativi, gli strumenti di misura, il ruolo della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), gli interventi individualizzati globali. L'incremento del fabbisogno assistenziale per le persone anziane necessita di una serie di iniziative capaci di migliorare l'attuale efficienza dei servizi, in modo da favorire un'ottimizzazione delle risorse.

L'aumento dell'aspettativa di vita ha consentito a una parte degli individui di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute. Si tratta del cosiddetto invecchiamento "attivo" (definizione dell'OMS per gli anziani che conservano una capacità funzionale per una vita autonoma e priva di disabilità), anche noto come invecchiamento "di successo". La ricerca scientifica rivolge oggi grande attenzione allo studio dei fattori determinanti l'invecchiamento attivo, in particolare ai fattori sociali che possono influenzare lo stato di salute, ai fattori economici, ambientali e individuali, e agli stili di vita.

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 evidenzia ad esempio la dinamica che ha caratterizzato il Bilancio Preventivo 2017 nel quale:

- ✓ per i Presidi Marche la Regione Marche ha assegnato con Delibera di Giunta 1616 del 29 dicembre 2017 in maniera ufficiale il budget 2017. L'importo assegnato deriva da quanto concordato sulla base dell'andamento dei report trimestrali periodicamente inviati;
- ✓ per il Por di Casatenovo la Regione Lombardia ha assegnato un primo budget con il Decreto n. 1221 del 07/02/2017, successivamente modificato con il Decreto n. 12419 del 11/10/2017 avente come oggetto "Assegnazione del finanziamento di parte corrente del F.S.R per l'esercizio 2017 alle Fondazioni IRCSS e INRCA di Casatenovo, a seguito delle procedure di assestamento. Modifica ed integrazione dei decreti n. 1221 del 7 febbraio 2017 e n. 1292 dell'8 febbraio 2017 e contestuale allineamento degli impegni". Quest'ultimo decreto tiene conto di quanto accaduto nel corso del 2017;
- ✓ 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 2017. Tuttavia va osservato come dinamica istituzionale che di particolare rilievo in questo ambito sono i Decreti della Regione Calabria (n.53/2016 e 103/2016) che hanno coperto per intero la perdita 2014 (al pari di quanto accaduto per gli anni precedenti) e che ribadiscono pertanto nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR calabrese. Inoltre va considerata l'assegnazione definitiva 2016 che è stata molto più consistente di quelle precedenti e che ha consentito nel 2016 e consente nel 2017 una forte riduzione della perdita. In realtà va specificato che con la Regione Calabria esiste una trattativa circa la realizzazione di un piano di ristrutturazione e sviluppo aziendale che dovrà prevedere una progressiva riduzione dei costi e

un progressivo incremento delle attività al fine di giungere, alla fine del periodo considerato, ad una situazione di sostanziale equilibrio economico.

Un **terzo elemento** di contesto è poi costituito dal mutato contesto normativo all'interno del quale vanno inserite l'attività sanitaria e di ricerca scientifica.

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.

Nell'ambito della ricerca un percorso sostanzialmente analogo era stato avviato con il DECRETO LEGGE N. 158 del 13 settembre 2012 avente come Oggetto *"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (12G0180) (GU n. 214 del 13-9-2012) convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (in S.O. n. 201, relativo alla G.U. 10/11/2012, n. 263)* Il mutato assetto di ingegneria istituzionale sopra delineato ed il quadro normativo sempre richiamato, prospettano dunque uno scenario nuovo ed impegnativo all'interno del quale l'Istituto dovrà continuare ad operare per mantenersi e/o ricondursi in coerenza agli obbiettivi di sistema assegnati.

Nello specifico si ricorda sempre come i commi 524, 526, 528, 529 e 530 dell'articolo 1 della legge 208/2015, come modificati dall'art. 1 comma 390 della legge 232 del 11/12/2016 prevedono che *"... gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) ... che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:*

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi, o in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di €

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;

devono presentare alla propria regione di riferimento il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lett. a) e b)

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 i dati del PNE in cui si evidenziano le maggiori criticità per l'Istituto e che dovranno essere oggetto di un percorso di miglioramento qualitativo nel 2017, partendo dalle situazioni più critiche per passare poi a quello meno problematiche:

- 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 30 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 2018 in una logica di forte miglioramento dei parametri qualitativi e/o di ripensamento delle linee di attività da erogare.

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 e che il dato di riferimento del bilancio consuntivo 2016 evidenziava che i Presidi Marche erano complessivamente ad uno scostamento negativo del 6%, che il Presidio di Cosenza era ad uno scostamento negativo del 21,2% mentre il Presidio di Casatenovo presentava uno scostamento positivo del 33,3%.

I dati di prechiusura 2017 evidenziano un peggioramento del dato marchigiano (che nel 2016 ha beneficiato di una cospicua sopravvenienza attiva), un peggioramento del dato del Presidio di Cosenza ed una conferma del dato del Presidio di Casatenovo..

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 2017. 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"*.

3.4 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 traslazionalità della ricerca.

Pertanto 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 in fase di applicazione 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 Ricerca Economico Sociale per l'invecchiamento	Complessa	Area Ricerca
		Marche	Continuità assistenza riabilitativa	Semplice	Afferente alla UOC di Medicina Riabilitativa
		Marche	Management paziente anziano neoplastico	Semplice	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	Degenza post-acute	Semplice Dipartimentale	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	RSR Asigiano	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO AD ORIZZONTO MEDICO	POR Ancona	Marche			
		Marche	Geriatria / Accettazione geriatrica e Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Complessa	
		Marche	Cardiologia/UTC/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 anziani, 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 biogerontologia 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 ORIZZONTO 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 attività di diagnostica per immagini in urgenza	Semplice	Afferente alla UOC di diagnostica per immagini
		Marche	Farmacologia	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	Geratria	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	Geratria	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 Geratria
		Calabria	Management paziente demente Alzheimer	Semplice	Afferente alla UOC di Geratria
		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 tecnologie	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'esplorazione dell'azione amministrativa.»

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 è ora stato interrotto a seguito della del

diverso assetto istituzionale derivante dall'incorporazione del presidio di Osimo. Pertanto, nel corso del 2018 dovrà essere avviato il percorso teso alla ridefinizione dell'assetto organizzativo in termini di dipartimento e/o unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici in considerazione del nuovo perimetro aziendale.

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 2017.

	Presidi Marche	POR Ancona	POR Fermo	PO Appignano e Residenza Dorica	POR Casatenovo	POR Cesena	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifica	633,7	511,0	97,6	25,1	88,7	95,9	21,8	95,7	935,8
RS - Tot Ruolo Sanitario	504,6	415,1	75,8	13,8	57,2	76,6	13,9	15,0	667,4
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	117,5	99,4	16,1	2,0	12,0	19,8	2,0	2,0	153,3
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	16,0	15,0	1,0	-	1,0	1,0	9,0	8,0	35,0
SC - Tot Comparto Sanitario	371,2	300,7	58,7	11,8	44,2	55,7	2,9	5,0	479,1
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	106,9	76,8	19,8	10,3	22,8	12,3	5,8	16,0	163,8
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,0	-	-	0,3	3,8	4,9	10,1
TC - Tot Comparto Tecnico	105,9	76,8	18,8	10,3	22,8	12,0	2,0	11,1	153,7
RA - Tot Ruolo Amministrativo	22,1	19,1	2,0	1,0	8,7	7,0	2,1	61,7	101,6
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	0,9	0,9	-	-	-	1,0	1,0	5,9	8,8
CA - Tot Comparto Amministrativo	21,2	18,2	2,0	1,0	8,7	6,0	1,1	55,8	92,8

Rispetto a questa dinamica va considerato per il 2018 l'incorporazione di Osimo conferma l'incidenza dello stesso in termini di posti letto. In effetti il Presidio di Osimo porta in dote un incremento di personale pari a circa 230 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 2017 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 2017 che è alla base del triennio di riferimento 2018-2020 e che peraltro è stato sostanzialmente tradotto nel Bilancio Preventivo 2017 in quanto redatto a chiusura dell'esercizio 2017, risente pienamente di quanto appena detto.

Come già detto in considerazione delle dinamiche di regionalizzazione del sistema sanitario, i dati economici sono in realtà la sommatoria dei 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 questo senso il Preconsuntivo 2017, al pari degli esercizi precedenti, presenta un deficit che è esclusivamente derivante dal Presidio di Cosenza. In effetti gli altri sezionali, quello relativo alla Regione Marche e quello relativo alla Regione Lombardia, sono in equilibrio in quanto i valori assegnati con le diverse delibere e/o decreti regionali consentono una situazione di pareggio di bilancio. Nel dettaglio infatti si osserva che:

- la Regione Marche ha assegnato con Delibera di Giunta 1616 del 29 dicembre in maniera ufficiale il budget 2017 e che l'importo assegnato deriva da quanto concordato sulla base dell'andamento dei report trimestrali periodicamente inviati. In particolare la Regione Marche aveva assegnato un budget provvisorio 2017 uguale a quello del 2016 mentre aveva definito per tempo un budget degli investimenti pari a 2,5 milioni di € che l'Istituto ha destinato tra le altre cose all'acquisto di un ecografo che completa il ciclo diagnostico necessario all'utilizzo dell'HIFU, alla realizzazione dei lavori per il rifacimento dei reparti dell'UO Clinica di medicina Interna e della Degenza Post Acuzie, all'acquisto dell'attrezzatura necessaria alla realizzazione dell'attività di riabilitazione c.d. virtuale e ad altre attrezzature sanitarie varie. Complessivamente la spesa per investimenti si aggirerà sui 1,85 milioni di € per la mancata conclusione di alcuni acquisti e il non completamento di tutti i lavori preventivati. Per quanto riguarda invece la gestione corrente, la Previsione 2017 ha evidenziato uno scostamento rispetto all'obiettivo di budget provvisorio (poco inferiore ai 300 mila €) che è stato riconosciuto anche in considerazione dell'approvazione del Piano Occupazione 2017-2019 i cui valori erano in deciso incremento.

Confrontando il preconsuntivo con il bilancio d'esercizio 2016 si evidenziano maggiori costi complessivi per 2,5 milioni di €. Di questo incremento 1,8 milioni di € derivano dall'incremento degli altri costi che fanno riferimento al ribaltamento dei costi generali e amministrativi e che nel 2016 avevano beneficiato del ricavo straordinario pari a 1,8 milioni di € derivante dalla chiusura della causa con la Regione Lazio. Le altre variazioni riguardano il costo del personale in leggero incremento per la parziale applicazione del corposo piano assunzioni approvato e dall'aumento dei costi di produzione relativi ai beni e ai servizi. Da questo punto di vista si segnala che dal lato dei ricavi l'attività di ricovero è inserita ad un livello più basso di quella effettiva (leggermente superiore a quella del 2016) su specifica richiesta della Regione Marche. va da sé che il riconoscimento complessivo dell'attività di produzione comporterebbe una diminuzione nella voce Contributi.

- La Regione Lombardia ha assegnato un budget con il cosiddetto Decreto di Assestamento del già citato e che consente al Presidio di Casatenovo di avere una situazione di equilibrio economico..

Come già detto differente è invece il discorso relativo al Por di Cosenza per il quale la Regione Calabria non ha assegnato il finanziamento definitivo alle aziende del Servizio sanitario regionale. Il sezionale di Cosenza relativo al Preconsuntivo 2017 fa pertanto riferimento, in mancanza di un decreto specifico, a quanto assegnato dalla Regione Calabria nel bilancio 2016 per il Presidio di Cosenza. Ciò comporta che lo stesso è in perdita e tale deficit rappresenta anche il disavanzo che caratterizza l'Inrca per l'esercizio 2016. Tuttavia va assolutamente segnalato il fatto che sono di particolare rilievo i Decreti della Regione Calabria (n.53/2016 e 103/2016) che hanno coperto per intero la perdita 2014 e che ribadiscono pertanto nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR calabrese e l'ampliamento dell'assegnazione 2016 (6,9 milioni di €) contro l'assegnazione 2015 (6,377 milioni di €).

In definitiva, il preconsuntivo Inrca 2017 è rappresentato in perdita per quanto appena descritto, cioè dal solo sezionale della Regione Calabria. Tuttavia tale situazione che si è ritenuta indispensabile va inserita nel processo transattivo in corso di definizione tra la Regione Marche e la Regione Calabria, che riguarda sia il pregresso che il futuro del Presidio di Cosenza, e che tiene conto che la Regione Calabria interviene successivamente alla chiusura degli anni amministrativi con specifici decreti di ripiano perdite come avvenuto recentemente per l'esercizio 2014.

I dati del preconsuntivo 2017 sono rappresentati nella tabella seguente.

TOTALE INRCA					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2016 in migliaia di €	Bilancio Preventivo anno 2017 in migliaia di €	VARIAZIONE 2017 SU 2016		
Personale dipendente e convenzionato	57.362	57.662	299	0,5%	
Consumo beni sanitari e non sanitari	8.811	9.062	251	2,9%	
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	11.906	12.022	116	1,0%	
Ammortamenti lordi	3.582	3.453	- 129	-3,6%	
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	1.848	3.089	1.241	67,1%	
Altro	9.384	8.971	- 413	-4,4%	
TOTALE	92.893	94.258	1.365	1,5%	

RICAVI			VARIAZIONE 2017 SU 2016		
Prestazioni di Ricovero	35.339	34.593	- 746	-2,1%	
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	14.720	14.986	266	1,8%	
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	30.762	33.899	3.138	10,2%	
Altro	11.110	9.924	- 1.186	-10,7%	
TOTALE	91.931	93.403	1.472	1,6%	

PERDITA D'ESERCIZIO	- 962,3	- 855,598	107	-11,1%	
----------------------------	---------	-----------	-----	--------	--

Sempre in ambito di preconsuntivo 2017 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 2016 evidenzia situazioni particolari.

I Presidi marchigiani si sono caratterizzati per un importante livello di investimento (pari a oltre 3,6 milioni di €) per quasi la metà finanziato con fondi in conto capitale di diversa natura (ex art 20 e Conto capitale ministeriale). Nello specifico, gli acquisti di grande impatto tecnologico (sala angiografica, riabilitazione virtuale e gli acquisti residuali legato al progetto Rete Transnazionale e Intraregionale delle neoplasie cutanee) sono stati cofinanziati nelle modalità di cui sopra mentre tutti gli altri investimenti che si caratterizzano per essere più "diffusi" e dunque articolati in più acquisti sono stati quasi interamente finanziati con i fondi della Regione Marche ex DGR 820/2017. 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. Da notare, infine, il cospicuo investimento 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 2017 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidi Marche, Polo Scientifico, Amministrazione

Conto di riferimento investimenti	Contributi in c/capitale finanziati	Contributi in c/capitale ministeriali	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettificare contributi in c/capitale - da Regione per quota F.L. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettificare contributi in c/capitale - altri contributi	Riserve disponibili e lasciati vincolati ad investimenti	Altra risorse	Riserve da provvidenza e da retrocessione	Contributi da retrocessione	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altra (Indicare)	Totale	Note
Investimenti immobiliari	129.131	331.346											460.477	
Impianti e Macchinari		10.628											10.628	
Attrezzature mediche	1.295.028	332.800											1.627.828	
Immobiliizzazioni immateriali		212.100											212.100	
Veicoli e Arredi		47.831											47.831	
Automezzi e Ambulanze		27.290											27.290	
Altri Beni	5.044	31.329											36.373	
TOTALE	1.429.203	7.855.000											9.284.203	

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 2017 PER FONTE DI FINANZIAMENTO POR DI COSENZA

Conto di riferimento investimenti	Contributi in c/capitale finanziati	Contributi in c/capitale ministeriali	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettificare contributi in c/capitale - da Regione per quota F.L. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettificare contributi in c/capitale - altri contributi	Riserve disponibili e lasciati vincolati ad investimenti	Altra risorse	Riserve da provvidenza e da retrocessione	Contributi da retrocessione	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altra (Indicare)	Totale	Note
Investimenti immobiliari						4.435							4.435	
Impianti e Macchinari														
Attrezzature mediche														
Immobiliizzazioni immateriali														
Veicoli e Arredi														
Automezzi e Ambulanze														
Altri Beni						4.435							4.435	
TOTALE						8.870							8.870	

Per il presidio di Casatenovo, invece, si è concluso nel corso del 2017 il grosso investimento strutturale finanziato al 90% dal Ministero per l'efficientamento energetico della struttura. Inoltre si è proceduto alle acquisizioni di minima necessarie al mantenimento in efficienza della struttura.. Si segnala infine che tali acquisizioni, unitamente al cofinanziamento del progetto strutturale, i cui importi sono abbastanza consistenti per un Presidio come quello di Casatenovo sono coperti dalle riserve derivanti dalla vendita negli anni scorsi di un terreno di proprietà dell'Istituto localizzato a Genova e da una importante donazione ricevuta da una paziente.

[illegible]

Nello specifico per la parte relativa ai Presidi Marche vede il 2018 redatto partendo da quanto indicato con la DGR 1617/2017 che però rappresenta solamente un budget provvisorio proposto dalla Regione Marche in attesa della contrattazione definitiva dello stesso (budget provvisorio che definisce il budget 2018 a valori assoluti inferiori a quello dell'anno precedente 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 valori dell'acquisizione dal 1 gennaio 2018 del Presidio di Osimo.

Infine per il Por di Casatenovo come già detto partendo dalla previsione 2017 si è incrementata la stessa, per il 2018 e per il 2019, 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.

4. LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE

4.1 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).

4.2 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 tipiche della popolazione anziana (anche se non esclusivamente a suo carico) 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 variazioni fisiologiche della farmacocinetica indotta 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 adattarle 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 2018. In particolare, oltre agli obiettivi qualitativi e quantitativi sopra delineati, l'Istituto dovrà implementare:

- 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 che dovrà necessariamente concludersi nell'esercizio 2018.

4.3 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.

Un aspetto rilevante nell'analisi dell'ambiente e del contesto di riferimento, è rappresentato dallo sviluppo delle nuove tecnologie, non solo nell'ambito strettamente sanitario (dalle nuove tecnologie nella ricerca di base alla prevenzione, trattamento e management delle condizioni patologiche in setting diversi e collegati fra loro - telemedicina, teleconsulto, ecc), ma più in generale dedicate alle esigenze ed a facilitare la vita quotidiana degli anziani nelle diverse condizioni (dall'invecchiamento attivo alla condizione di non autosufficienza).

Garantire un'assistenza continua ed integrata (gestione del paziente ospedalizzato, transizione tra ospedale e territorio, assistenza nella comunità) è un'esigenza ormai imprescindibile e in alcuni Paesi riveste una caratteristica di vera e propria emergenza sanitaria e sociale. Non sempre, infatti, all'espandersi delle fasce di popolazione più anziane e fragili è corrisposto un pronto adeguamento della risposta assistenziale. Le risposte possono essere diverse, ma esiste senz'altro la necessità di studiare e sperimentare sempre più efficienti modelli organizzativi.

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. Per quanto riguarda in particolare le attività di ricerca scientifica viene di seguito descritta una overview globale dell'attività istituzionale svolta nel corso del 2017, illustrandone i risultati caratterizzanti e le progettualità più rilevanti.

Il programma di ricerca anche per il 2017 è stato focalizzato su quattro linee di ricerca, come riconosciute dal Ministero della Salute nell'ambito della programmazione triennale della Ricerca Corrente 2013-2015, prorogata anche per l'anno 2016 e per l'anno 2017:

1. Determinanti cellulari, molecolari e genetici di invecchiamento, longevità e patologie età associate;
2. Prevenzione e trattamento della fragilità e management delle patologie e delle sindromi geriatriche;
3. Invecchiamento e Farmaci;
4. Valutazione multidimensionale, continuità assistenziale, Health Technology Assessment e Ambient Assisted Living.

Per quanto riguarda la produzione scientifica, nel corso del 2017 sono stati pubblicati 128 articoli su riviste indicizzate per un valore totale di Impact Factor Ministeriale pari a circa 480 (dato riferito a novembre 2017), con un incremento di circa il 10% vs i risultati dell'anno 2016.

Molto importante anche nel corso dell'esercizio 2017 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 2017 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 2017 si evidenziano:

Joint Action ADVANTAGE "Managing Frailty. A comprehensive approach to promote a disability-free advanced age in Europe", finanziata da CHAFEA (Agenzia Europea per i consumatori, la salute, l'agricoltura e gli alimenti) sulla gestione globale della fragilità e per la quale l'INRCA coordina il WP3 – Evaluation.

STARS "Empowering Patients by Professional Stress Avoidance and Recovery Service" come PCP actions in Horizon 2020, con l'obiettivo di realizzare un appalto pre-commerciale (PCP) per realizzare il prototipo di un device per prevenire e ridurre lo stress nei pazienti che si sottopongono ad interventi chirurgici.

ME-WE: "Psycho-social Support for Promoting Mental Health and Well-being among Adolescent Young Carers in Europe", finanziato nel programma Horizon 2020 con l'obiettivo di a supporto dei giovani caregiver familiari di anziani e disabili.

Due progetti nell'ambito del programma europeo Programma AAL JP/Ministero della Salute: **eWare:** Early Warning (by Lifestyle Monitoring) Accompanies Robotics e **Living well with Anne** per supportare persone con declino cognitivo o ai primi stadi della demenza.

ACCESS: "Supporting digital literacy and appropriation of ICT by older people" finanziato nel Programma MYBL/Ministero della Salute con l'obiettivo di sviluppare processi di apprendimento finalizzati alla costruzione di una nuova cultura della tecnologia e di internet.

EMPATIA@LECCO: "EMpowerment del PAzienTe in cAsa" progetto finanziato nella Regione Lombardia con l'obiettivo di consegnare al paziente fragile e con patologie croniche e alla sua famiglia nuovi strumenti per fronteggiare la patologia cronica, potenziare le sue capacità di affrontare la vita quotidiana, sviluppare comportamenti più consapevoli e più idonei a gestire l'evoluzione della malattia al domicilio.

Tre progetti finanziati nell'ambito del Programma OPERATIVO Regionale ... POR MARCHE FESR 2014-2020 -Asse 1 – Os 3 – Azione 3.1 - Bando: "Promuovere soluzioni innovative per affrontare le sfide delle comunità locali nell'ambito della salute e benessere": DC Pressure volto a sviluppare dei Medical Device innovativi per la prevenzione e cura delle ulcera da pressione, Print Age che sviluppa interventi diagnostici e nutraceutici volti ad incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche attraverso la personalizzazione delle cure e OpenCare dedicato all'implementazione e sperimentazione di una serie di Macro Smart Object per supportare l'assistenza degli anziani in struttura e favorire la trasparenza.

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 2017 sono stati presentati ed approvati 21 studi e sperimentazioni cliniche

In una logica più strettamente operativa per l'anno 2017 l'Istituto ha tra le sue mission principali quella di effettuare un'attività di ricerca scientifica *cutting edge* in ambito geriatrico in modo da raggiungere un alto livello competitivo sia a livello internazionale sia nel confronto con gli altri IRCCS. La caratteristica di traslazonalità tipica della ricerca sanitaria deve essere volta a favorire una sempre maggiore integrazione tra le attività scientifiche e la clinica, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti anziani con un impatto sull'organizzazione dei servizi territoriali.

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 prossimo anno:

- l'incremento del valore dell'impact factor di Istituto;
- l'incremento della partecipazione a trial clinici;
- la partecipazione a bandi di ricerca a progetto;
- il potenziamento della partecipazione a reti nazionali ed internazionali;
- 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);
- partecipazione ad attività propedeutiche alla site visit;
- coinvolgimento del personale dell'ospedale INRCA di Osimo nell'attività scientifica di Osimo nell'ottica di un futuro riconoscimento di Presidio Ospedaliero di Ricerca;
- partecipazione a gruppi di lavoro ministeriale;
- 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

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

4.4 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 2018 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. alle attività e progetti di telemedicina, sempre più importanti per attivare percorsi di diagnosi e cura in favore di pazienti anziani, con scarsa mobilità;
2. ai percorsi di longevità attiva, nella logica già descritta di favorire percorsi di prevenzione di potenziali fragilità;
3. 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)**;
4. 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)**;
5. 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.
6. Allo sviluppo del sistema di gestione del rischio clinico
7. Al mantenimento certificazione Iso con adeguamento alla nuova normativa

In una logica più strettamente operativa per l'anno 2018 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
 - o Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg
 - o allo Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg
 - o all'Ictus ischemico: mortalità a 30 gg
 - o al BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg
 - o 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 % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni superiore al 70%
 - o Proporzioni di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui pari al 100%
 - o Proporzioni di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui pari al 100% o assenza di PTCA
 - o Proporzioni di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali superiori al 30% o assenza PTCA
 - o % di IMA trattati con PTCA entro 2 gg superiori al 30% o assenza di PTCA;
- Obiettivi volti all'ottimizzazione offerta ambulatoriale con applicazione DGR 808/2015 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:
 - visita oculistica, ortopedica, cardiologica;
 - mammografia;
 - TAC torace;
 - ecocolordoppler tronchi sovraaortici;
 - ecografia ostetrico ginecologica;
 - 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 monitoraggio del PDTA in Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta attraverso il raggiungimento di:
 - o Una % superiore al 90% dei pazienti con ictus ischemico sottoposti ad esame neuroradiologico entro 60 minuti dall'ingresso
 - o Un target > al 2016 della % dei pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.;

- Obiettivi volti all'analisi della chirurgia ambulatoriale attraverso il raggiungimento di una % inferiore al 23,5% delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS di cui al Flusso SDO - File C (DGR 709/14);
- 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:

- o All'implementazione del sistema di Telemedicina che in realtà rappresenta un progetto a valenza regionale per conto della Regione Marche
- o All'adeguamento delle attrezzature necessarie alla Medicina Nucleare del Por Inrca di Ancona
- o All'adeguamento delle attrezzature necessarie al completamento / potenziamento del percorso HIFU per il Tumore alla Prostata
- o All'acquisto delle attrezzature per l'attivazione della riabilitazione neuromotoria robotizzata per l'anziano da attuarsi presso il Por Inrca di Fermo

All'aggiornamento ed estensione delle tecnologie necessarie per la gestione dei pazienti critici nei poli ospedalieri dell'Inrca di Ancona e Fermo

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

Nel corso del 2018 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 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 inseriscono gli obiettivi specifici 2017. Nello specifico infatti si forniscono i seguenti riferimenti:

- a) La Direzione Amministrativa è impegnata in primis ad integrare le attività pervenute a seguito della acquisizione del ramo di azienda relativo al presidio di Osimo. Particolare attenzione dovrà essere posta sulle attività riguardanti:
 - a. Acquisizione del personale e dei relativi fascicoli con inizio della gestione con decorrenza 1/1/2018
 - b. Subentro in tutti i contratti di fornitura di beni e servizi nonché di quelli relativi a manutenzioni e lavori trasferiti con il ramo d'azienda.
 - c. Presa in carico dei cantieri in corso con individuazione e copertura delle varie responsabilità del cantiere
 - d. Evidenziazione dei finanziamenti in conto capitale inerenti i relativi investimenti e lavori
 - e. Definizione del budget di spesa corrente e in conto capitale necessario per la gestione del presidio
 - f. Definizione dell'inventario dei beni materiali ed immateriali nonché delle giacenze di magazzino trasferite
 - g. Definizione del bilancio contabile di cessione e del relativo valore netto da prendere in carico

- b) 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 a) sia dell'avvenuta riduzione del budget provvisorio nella misura del 2% rispetto al budget 2017. Particolare rilevanza assumerà la definizione delle risorse umane assegnate dalla Direzione Generale alle varie unità operative a seguito del percorso di budget 2018 ed in coerenza con gli obiettivi quali-quantitativi individuati.
- E' anche indispensabile individuare possibili insussistenze del passivo in particolare con ricognizione degli accantonamenti eseguito in anni passati sui costi del personale
- c) Andrà altresì effettuato un nuovo 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
- d) In Area Tecnica persiste l'esigenza di superare la fase di forte appesantimento che grava sull'Istituto rispetto ad un **patrimonio immobiliare** consistente, ma improduttivo che anzi rappresenta un gravoso fardello da un punto di vista sia gestionale che economico. 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 indispensabile continuare l'intervento per la messa a regime della gestione. L'area Tecnica dovrà essere fortemente coinvolta e motivata nel raggiungimento degli obiettivi che partono inevitabilmente dalla realizzazione dell'**inventario**.
- e) 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;
- f) Nel corso del 2018 si dovrà procedere alla messa a regime del nuovo **software di area sanitaria** recentemente acquisito;
- g) Nel 2018 l'area amministrativa avrà un ruolo chiave nella conferma della certificazione ISO dell'Istituto in considerazione dei cambiamenti della norma ISO 9001/2015
- h) 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 rappresenterà sempre l'obiettivo prevalente di ciascun responsabile gestionale. Rientrano in questo ambito l'esecuzione nei modi e nei tempi corretti di tutte le attività di programmazione.

Sempre in questo ambito meritano un capitolo a parte le attività relative **all'anticorruzione e alla trasparenza**. La normativa e gli orientamenti dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione in materia di prevenzione della corruzione hanno sottolineato la necessità di un collegamento fra la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione e le misure contenute nei PTPC.

In questo senso nell'ambito del 2018 dovranno essere rafforzate le attività finalizzate alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione secondo quanto già avviato sulla base della DGEN 9/2016 che esplicita la politica aziendale in materia di PTPC. Inoltre, dovranno essere definiti anche per il 2018 obiettivi prestazionali e di efficienza sia per l'area sanitaria che nell'area amministrativa, con un impatto positivo anche in termini di prevenzione della corruzione.

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. In questo senso uno degli obiettivi strategici aziendali è la diffusione

della cultura della trasparenza, che da formale diventa trasparenza "utile" grazie al coinvolgimento di tutti gli operatori, parte attiva del processo di miglioramento.

Sulla realizzazione di quanto sopra vigilerà l'Organismo Interno di Valutazione (di seguito OIV) dell'Istituto, ai sensi dell'art.44 D. Lgs. n.33/2013.

5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

La definizione di un piano dei Centri di Responsabilità è attività propedeutica all'avvio del processo di budgeting.

Il piano dei CdR 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 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).

5.1 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. 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.

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 l'esercizio 2018 si propone di destinare, per la dirigenza medica l'87% ,per la dirigenza dei ruoli SPTA l'87% e, per il comparto, il 92,5% dell'ammontare complessivo dei fondi storici agli obiettivi di budget, lasciando a disposizione della Direzione Generale per Obiettivi direzionali le quote rispettivamente del 13% e del 7,5%.

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, 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.

I residui derivanti dal parziale utilizzo degli altri fondi contrattuali e della quota di fondo destinata agli Obiettivi Direzionali successivo confluiscono nella quota destinata agli obiettivi di budget del medesimo anno.

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 sono i seguenti :

risultato <65%	nulla
risultato $\geq 65\% < 95\%$	in proporzione
risultato $\geq 95\%$	tutto

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

5.2 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.

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- 2- 3-	1- 2- 3-						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
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	1- 2- 3-	1- 2- 3-						
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	1- 2- 3-	1- 2- 3-						
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi</i>	1- 2- 3-	1- 2- 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.

Anno 2017 (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/Profe ssionale Medica / SPTA</i>	<i>Comparto</i>
<i>Economico Finanziario</i>	<i>10%</i>	<i>30%</i>	<i>30%</i>	
<i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	<i>35%</i>	<i>30%</i>	<i>30%</i>	<i>40%</i>
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	<i>20%</i>	<i>15%</i>	<i>15%</i>	<i>40%</i>
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	<i>35%</i>	<i>25%</i>	<i>25%</i>	<i>20%</i>

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.

della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi; il 10% dei soggetti con età superiore ai 70 anni, inoltre, ha uno stato di salute instabile. Ci si riferisce a questi soggetti con il termine di soggetti "fragili" e la letteratura affronta sempre più di frequente il tema della fragilità, analizzandone i modelli interpretativi, gli strumenti di misura, il ruolo della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), gli interventi individualizzati globali. L'incremento del fabbisogno assistenziale per le persone anziane necessita di una serie di iniziative capaci di migliorare l'attuale efficienza dei servizi, in modo da favorire un'ottimizzazione delle risorse.

L'aumento dell'aspettativa di vita ha consentito a una parte degli individui di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute. Si tratta del cosiddetto invecchiamento "attivo" (definizione dell'OMS per gli anziani che conservano una capacità funzionale per una vita autonoma e priva di disabilità), anche noto come invecchiamento "di successo". La ricerca scientifica rivolge oggi grande attenzione allo studio dei fattori determinanti l'invecchiamento attivo, in particolare ai fattori sociali che possono influenzare lo stato di salute, ai fattori economici, ambientali e individuali, e agli stili di vita.

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 evidenzia ad esempio la dinamica che ha caratterizzato il Bilancio Preventivo 2017 nel quale:

- ✓ per i Presidi Marche la Regione Marche ha assegnato con Delibera di Giunta 1616 del 29 dicembre 2017 in maniera ufficiale il budget 2017. L'importo assegnato deriva da quanto concordato sulla base dell'andamento dei report trimestrali periodicamente inviati;
- ✓ per il Por di Casatenovo la Regione Lombardia ha assegnato un primo budget con il Decreto n. 1221 del 07/02/2017, successivamente modificato con il Decreto n. 12419 del 11/10/2017 avente come oggetto "Assegnazione del finanziamento di parte corrente del F.S.R per l'esercizio 2017 alle Fondazioni IRCSS e INRCA di Casatenovo, a seguito delle procedure di assestamento. Modifica ed integrazione dei decreti n. 1221 del 7 febbraio 2017 e n. 1292 dell'8 febbraio 2017 e contestuale allineamento degli impegni". Quest'ultimo decreto tiene conto di quanto accaduto nel corso del 2017;
- ✓ 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 2017. Tuttavia va osservato come dinamica istituzionale che di particolare rilievo in questo ambito sono i Decreti della Regione Calabria (n.53/2016 e 103/2016) che hanno coperto per intero la perdita 2014 (al pari di quanto accaduto per gli anni precedenti) e che ribadiscono pertanto nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR calabrese. Inoltre va considerata l'assegnazione definitiva 2016 che è stata molto più consistente di quelle precedenti e che ha consentito nel 2016 e consente nel 2017 una forte riduzione della perdita. In realtà va specificato che con la Regione Calabria esiste una trattativa circa la realizzazione di un piano di ristrutturazione e sviluppo aziendale che dovrà prevedere una progressiva riduzione dei costi e

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.

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

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
Costi del personale	0	0	0	0
Costo personale dipendente			0	0
Personale non dipendente			0	0
Altri costi del personale			0	0
Prestazioni e servizi sanitari	0	0	0	0
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari	0	0	0	0
Consulenze sanitarie			0	0
Prestazioni specialistiche			0	0
Prestazioni di laboratorio e diagnostiche			0	0
Consumi di prestazioni e servizi sanitari interni	0	0	0	0
Consulenze sanitarie interne			0	0
Prestazioni specialistiche interne			0	0
Prestazioni di laboratorio e diagnostiche interne			0	0
Altri costi diretti specifici	0	0	0	0
Servizi appaltati			0	0
Utenze			0	0
Godimento beni di terzi			0	0
Manutenzioni e riparazioni			0	0
Ammortamenti			0	0
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	0	0	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. Dirigente 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. Dirigente Medico / Sanitaria				
N. u.e. comparto Sanitaria				
N. u.e. Altra Dirigenza				
N. u.e. altro comparto				

Dettaglio Variazioni Risorse Umane: Assunzioni / Cessioni	Trasferimento dall'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 complessivi dell'U.O e la dotazione di risorse umane che si intende assegnare al Cdr. Gli indicatori economico finanziari di cui alla scheda precedente possono far riferimento ad alcune delle voci presenti nello schema allegato. Ciò nonostante è bene che ciascun CdR / Dipartimento sia a conoscenza dei propri costi complessivi aziendali anche se l'obiettivo possa non riguardare l'intero ammontare dei costi.

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.

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

ALLEGATO 5

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				
Anno di riferimento				
SCHEDA DI				
DIRIGENTE STRUTTURA SEMPLICE ☐				
DIRIGENTE PROFESSIONAL ☐				

Area di valutazione	Criteri di valutazione	Peso% (struttura semplice e dirigente professional)	POSSIBILI INDICATORI	Valutaz sintet. 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

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 spazio di miglioramento	90%
5	Risultati pienamente raggiunti	100%

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

Anno di riferimento

SCHEDA DI

DIRETTORE DIPARTIMENTO ☐

DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA ☐

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

FIRMA DEL VALUTATO

OSSERVAZIONI DEL VALUTATO

FIRMA PER PRESA VISIONE

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%

5.3 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.

A titolo esemplificativo nella tabella sottostante sono rappresentati solo alcuni dei fattori produttivi oggetto del Budget degli acquisti. In questo senso 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. 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 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. Il consolidamento delle richieste di tutti i CdR per ciascuna tipologia di bene consente di elaborare il Piano investimenti per l'anno successivo.

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.

Sulla base del consolidamento delle proposte di Budget, della programmazione triennale degli investimenti in beni immobili e dei contributi in conto capitale disponibili, l'ufficio Patrimonio elabora il Piano degli investimenti in base agli schematismi regionali richiesti

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.

5.4 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.

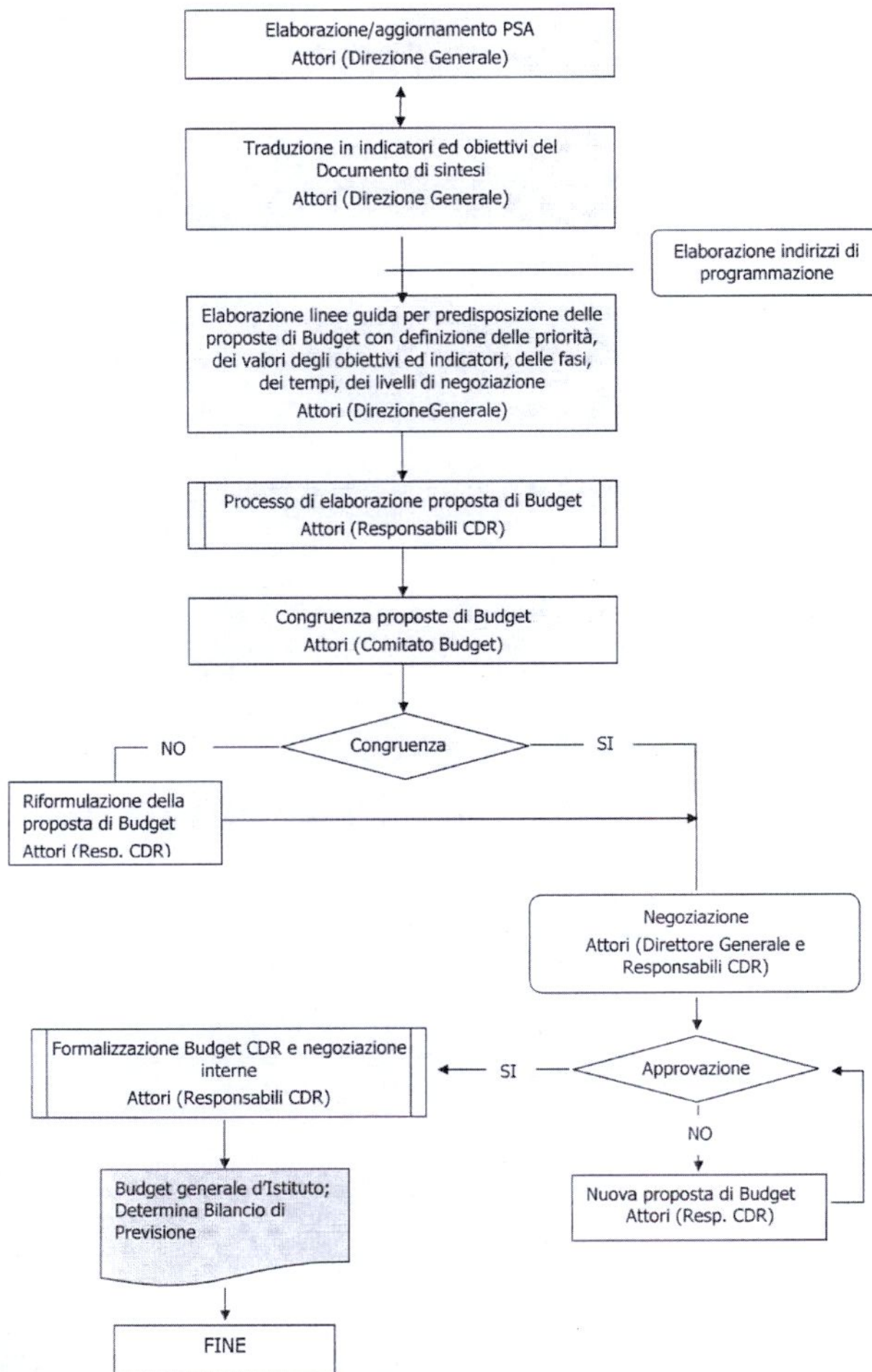
Il collegamento tra il processo di pianificazione e quello di budgeting rappresenta un elemento fondamentale per il successo dell'azione di governo alle diverse scale.

Tali obiettivi strategici scaturiscono prioritariamente dal Piano Strategico Aziendale 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 2018 è il seguente:

- 30 gennaio – 2 febbraio 2018: invio delle linee guida del budget
- 5 febbraio – 23 febbraio 2018: Incontro di approfondimento delle linee guida tra la Direzione e le sole uu.oo. aziendali di Osimo;
- Entro il 23 febbraio 2018: Presentazione delle proposte da parte delle UUOO / Dipartimenti;
- Entro il 23 marzo 2018: Analisi, da parte del Comitato di budget, delle proposte presentate;
- Entro la metà di aprile 2018: 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 si 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 2018 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 2017, ovviamente riproporzionati in base al periodo temporale di riferimento.

Si ricorda che la declinazione degli **obiettivi per l'area di tutto il comparto sanitario e di quello socio assistenziale** verrà proposta per il 50% di competenza dal dirigente dell'area infermieristica in coerenza con le presenti linee guida

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.

5.5 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 - 514	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 - 514	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							

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

2- RISORSE ECONOMICHE	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 514	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							
Costi del personale	0	0	0				
Costo personale dipendente							
Personale non dipendente							
Altri costi del personale							
Prestazioni e servizi sanitari	0	0	0				
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari	0	0	0				
Conseguenze sanitarie							
Prestazioni specialistiche							
Prestazioni di laboratorio e diagnostiche							
Consumi di prestazioni e servizi sanitari interni	0	0	0				
Conseguenze sanitarie interne							
Prestazioni specialistiche interne							
Prestazioni di laboratorio e diagnostiche interne							
Altri costi diretti specifici	0	0	0				
Servizi appaltati							
Utenze							
Godimento beni di terzi							
Manutenzioni e riparazioni							
Ammortamenti							
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	0	0	0				

DIPARTIMENTO: _____ Direttore: _____

3- RISORSE UMANE	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N	BUDGET anno N+1 - 114	CONSUNTIVO I TRIMESTRE anno N+1	VAR. ANNO PREC. ASS.	VAR. ANNO PREC. %	SCOST. BDO ASS.	SCOST. BDO %
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;
- Report specifico delle prestazioni e servizi sanitari intermedi acquisiti (prestazioni di laboratorio di analisi, di radiologia, ecc.);

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.

5.6 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.

6. SISTEMA DI VALUTAZIONE E PREMIANTE DEL PERSONALE

6.1 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.

6.2 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.

6.3 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.

6.4 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.

6.5 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.

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 e comparto, e 6 mesi per l'area della dirigenza medica, 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

d. Linea 4: Valutazione multidimensionale, continuità assistenziale, Health Technology Assessment e Ambient Assisted Living.

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.

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 geriatrica 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.

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

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, 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 Dirigente 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. E' 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 dalla documentazione 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, potrà consultare altri soggetti per documentarsi sull'operato del valutato, di cui dovrà tenere documentazione scritta.

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.

6.6 Corresponsione dei compensi

La retribuzione di risultato/produttività collettiva è corrisposta a consuntivo nei limiti delle quote di produttività ed in seguito al raggiungimento totale ovvero parziale degli obiettivi affidati, previa certificazione dell'OIV e in considerazione delle assenze considerate tali in base all'accordo integrativo di riferimento con le OO.SS. che ancora non si è concluso per il 2018.

Per la corresponsione dei compensi il fondo destinato alla remunerazione dei progetti sarà erogato, in base alle norme contrattuali vigenti, per le aree dirigenziali, secondo le seguenti scadenze, salvo modifiche successive in base all'accordo integrativo 2018:

- 40% per i Dirigenti Medici e Dirigenti SPTA con gli stipendi del mese di ottobre dopo una valutazione parziale nel mese di settembre;
- 60% a saldo dopo le necessarie verifiche dell'OIV e comunque entro e non oltre il mese di luglio dell'anno successivo.

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

- 50% del fondo con gli stipendi di ottobre dopo una valutazione parziale nel mese di settembre;
- 50% a saldo, dopo le necessarie verifiche del Nucleo di Valutazione e comunque entro e non oltre il mese di luglio dell'anno successivo.

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 2018:

Dirigenti Professional e Dirigenti Struttura semplice	coefficiente 1
Dirigente Struttura semplice a valenza dipar.le	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

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., venga affidata ad interim ad altro dirigente con corrispondente incarico, ai sensi dell'art.18, comma 8°, del CCNL 08.06.2000, quest'ultimo avrà 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 verrà 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 sarà, 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 potranno essere corrisposte sotto forma di retribuzione di risultato previa verifica dell'organismo di valutazione.

Si evidenzia che, nel caso in cui ad un dirigente 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, 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 tutte le aree, l'erogazione del fondo avverrà compatibilmente con le disponibilità finanziarie dell'Istituto definite dall'Ufficio Programmazione Economica Finanziaria.