

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO - Italy - C.F. P.I. 00623340932 - Tel. 39-434-659111 - Fax 39-434-652182

Relazione sulla performance anno 2014

1	Presentazione	2
2	Normativa di riferimento	2
3	Programmazione triennale e annuale.....	3
3.1	Monitoraggio della gestione.....	4
4	Gestione per budget.....	28
4.1	Definizione degli obiettivi	28
4.2	Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti	29
4.3	Valutazione della performance individuale.....	29

1 Presentazione

La presente relazione sulla performance è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del D.LGS. 150/2009, dell'art. 6, comma 2, lettera b) della L.R. 16/2010 e sulla base delle indicazioni contenute nella delibera CIVIT (ora A.NA.C) n. 5/2012 avente per oggetto " Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto".

Il documento evidenzia a consuntivo i risultati di sintesi ottenuti dall'azienda rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno 2014 e riportati nel programma annuale e nel documento di budget. Per maggiori dettagli si rinvia ai documenti che compongono il ciclo della performance.

La Relazione viene sottoposta - per la validazione - all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c, e dell'art. 6 del D.LGS 150/2009.

2 Normativa di riferimento

Il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è disciplinato dalla L.R. 49/1996 "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria" e dalla L.R. 23/2004 "Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale." ed è articolato nelle seguenti fasi:

- programmazione triennale e annuale
- controllo trimestrale ed annuale
- gestione per budget.

3 Programmazione triennale e annuale

La programmazione del 2014 si è inserita in un contesto economico e normativo condizionato:

- a) da una consistente riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, dalla presenza di norme nazionale vincolanti per la Regione e per le Aziende (D.L. 6.07.2012 n.95 convertito con Legge n.135 del 7.08.2012 “Spending review”, D.L. 13.9.2012 n.158 “Decreto Balduzzi”, convertito con L. n.189 del 8.11.2012, D.L. 18.10.2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”);
- b) dalla scadenza del Piano Sociosanitario Regionale e del Piano della Prevenzione e dalla esigenza di completare l’iter legislativo avviato con la Legge Regionale n.17 del 11.11.2013 che definirà il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- c) dall’applicazione di un nuovo criterio per il riparto del finanziamento fra gli enti del SSR impostato su criteri standard su base di popolazione pesata, con indicazioni specifiche per alcuni fattori produttivi, che consenta di avviare un riequilibrio nel riparto delle risorse all’interno del Servizio Sanitario Regionale e la previsione di misure complessive volte a favorire il contenimento dei costi quali:
 - ✓ riduzione della farmaceutica ospedaliera del 4% rispetto al 2013,
 - ✓ previsione di costi per dispositivi medici non superiori al valore del 2012 abbattuto del 10%,
 - ✓ numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 4, con esclusione della branca di laboratorio;
 - ✓ tasso di ospedalizzazione di Area Vasta non superiore a 140 per mille;
 - ✓ costo del personale non superiore al consuntivo 2012 abbattuto dell’1% limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo;
 - ✓ riduzione del ricorso all’Istituto delle prestazioni aggiuntive, ai sensi della L. n.1/2002, dell’art.55 del CCNL 8.6.2000 e dell’art.18 del CCNL 3.11.2005 almeno del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell’anno 2012;
 - ✓ costo per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche al massimo pari all’80% di quello sostenuto nell’anno 2012, adottando come prioritari gli interventi connessi con la sicurezza delle strutture e degli impianti;
 - ✓ attuazione del D.L. 6-7-2012, n.95 e s.i.m. art.15, comma 13 relativamente ai beni e servizi;

Il percorso di predisposizione del programma aziendale 2014 si è realizzato attraverso la seguente sequenza:

- approvazione definitiva delle linee da parte della Giunta (DGR 2305 06.12.2013) che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR;
- invio alle Aziende, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCSISPSF), di apposite indicazioni metodologiche ed operative a supporto della redazione dei PAL/PAO (nota prot. n. 21456/SPS/APA del 06.12.2013);
- elaborazione da parte delle Aziende della proposta di PAL/PAO 2014 e trasmissione della stessa alla DCSISPSF (prot. CRO n. 21794/DG del 13.12.2013);
- negoziazioni in data 18.12.2013 della DCSISPSF con le aziende dell’area vasta pordenonese, aventi ad oggetto la verifica della fattibilità tecnica, della sostenibilità economica e del rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali delle proposte di PAL/PAO presentate;

- invio, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCSISSPSF), della nota prot. 22457/P/SPS/APA del 20.12.2013 concernente gli esiti della negoziazione del PAL-PAO 2014;
- approvazione del PAL/PAO 2014 (deliberazione CRO n. 247 del 30.12.2013);
- approvazione del Patto tra Regione e Direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 612 del 04.04.2014);
- adozione del programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1322 del 11.07.2014, integrata e modificata con le DGR n.2100 del 10.11.2014 e la DGR 2666 del 30.12.2014)

A fronte delle situazioni sopradescritte, le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2014 sono state:

- ✓ il sostanziale mantenimento dei livelli di assistenza del 2013 in termini di prestazioni sanitarie erogate;
- ✓ il rispetto dei vincoli operativi di contenimento della spesa di alcuni fattori produttivi;
- ✓ l'attuazione di alcune linee progettuali orientate al miglioramento della qualità delle prestazioni e degli interventi sanitari erogati;
- ✓ la presenza di progetti di miglioramento gestionale.

Il programma annuale aziendale riporta la programmazione quali-quantitativa delle prestazioni, le linee di attività dell'area clinico-assistenziale e di ricerca e gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione.

Sempre secondo le indicazioni delle linee per la gestione del SSR, il documento non contiene la revisione del programma e del bilancio preventivo triennale.

Nel corso dell'anno con DGR n. 2100 del 10.11.2014 e 2666 del 30.12.2014, sono state apportate delle modifiche alla programmazione annuale.

3.1 Monitoraggio della gestione

TRIMESTRALE

Il monitoraggio trimestrale dell'attuazione del programma e del rispetto dei vincoli di bilancio è stato effettuato secondo le indicazioni della LR 49/1996 con la seguente articolazione:

	I trimestre (delibera CRO n. 114 del 15.05.2014)	II trimestre (delibera CRO n. 169 del 31.07.2014)	III trimestre (delibera CRO n. 233 del 28.11.2014)
Risorse economiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Manovra del personale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piano degli investimenti		<input checked="" type="checkbox"/>	
Progettualità aziendali		<input checked="" type="checkbox"/>	

ANNUALE

Il controllo annuale è stato realizzato attraverso la predisposizione del bilancio consuntivo corredato dalla relazione sulla gestione che esplicita, motiva e commenta i risultati rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, con particolare riferimento agli investimenti, ai ricavi, ai costi e agli oneri dell'esercizio (delibera n. 117 del 30.04.2015).

Sintesi dei risultati della programmazione anno 2014

L'attività del 2014 ha risentito di alcune difficoltà legate al ripristino della logistica dopo i lavori di messa a norma antisismica, alle carenze di personale e alle difficoltà esterne dipendenti dalla fase di transizione durante il semestre di proposta e di approvazione della riforma del Servizio Sanitario Regionale. Nonostante queste criticità il CRO è riuscito, nel suo complesso, a mantenere anche nel 2014 un adeguato volume di attività per i cittadini regionali ed extra-regionali.

La qualità complessiva dell'Istituto, valutata costantemente da diversi soggetti internazionali per le diverse aree e globalmente da Accreditation Canada, è stata riconosciuta nel 2014 da OECl quale Comprehensive Cancer Center. L'Istituto ha inoltre superato la "site visit" per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto da parte del Ministero, alla conclusione del quale manca solo la formale attestazione regionale della sua congruità relativamente alla programmazione del SSR.

Sul versante scientifico l'Istituto ha sviluppato le linee di ricerca corrente 2014 in accordo con il Ministero della Salute secondo la progettualità riportata nel Workflow della Ricerca.

Il programma clinico e di ricerca ha dimostrato una buona qualità scientifica generale, con potenziale eccellenza in alcune aree specifiche, tra le quali la patogenesi e trattamento delle malattie ematologiche, dei tumori correlati a infezioni e dei tumori nell'anziano.

L'organizzazione del programma generale in linee di ricerca distinte ha rappresentato un valido sforzo verso un affinamento degli obiettivi, l'identificazione di aree di potenziale sinergia e lo sviluppo della ricerca traslazionale. L'attenzione, al fine di migliorare l'impatto dell'Istituto nella ricerca in oncologia, sia clinica sia di base, e determinare un migliore utilizzo del talento dei suoi ricercatori è stata posta soprattutto per la gestione dei seguenti punti critici:

- Sviluppo di meccanismi di supporto della ricerca traslazionale, in particolare infrastrutture per la ricerca;
- Incremento di programmi di ricerca clinica e traslazionale ideati e coordinati da ricercatori CRO;
- Sviluppo del progetto "Medicina personalizzata";
- Ulteriormente sviluppo del programma di internazionalizzazione dell'Istituto;
- "New public management accountability": perfezionamento dei meccanismi di rendicontazione tramite l'adozione di strumenti gestionali per la ricerca;
- Sviluppo di strategie per mantenere il finanziamento della ricerca (anche in un periodo di difficoltà economica).

Di seguito si riportano il monitoraggio della programmazione annuale 2014 (linee progettuali e obiettivi strategici contenuti nel patto del DG) ed i dati relativi all'attività e alle principali voci di costo degli anni 2013-2014:

1. Monitoraggio della programmazione annuale 2014

Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta	
Obiettivo aziendale Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche	Risultati attesi a) Entro 31/7/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per: - Laboratorio di patologia clinica di area vasta - Anatomia patologica di area vasta - Servizio di radiologia su h 24 su area vasta - Farmacia Ospedaliera e farmacia territoriale - Altro b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto
Attuazione al 31.12.2014 a) Il documento con i progetti di riorganizzazione per Laboratorio di patologia clinica, Anatomia patologica	

e Servizio di radiologia su h 24 per area vasta è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG). Il documento relativo al progetto di riorganizzazione del servizio di farmacia ospedaliera e farmacia territoriale è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6, in qualità di coordinamento dell'Area vasta pordenonese, in data 30.07.2014 (prot. n.40327/DG). La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.

b) Laboratorio di patologia clinica di area vasta

La progettualità prevedeva il superamento del vincolo relativo al sistema informatico nonché la concentrazione a Pordenone dell'attività per esterni. Nel corso del 2014 non si è avviata la riorganizzazione in quanto la progettualità del sistema informatico è rimasta bloccata dal livello regionale (INSIEL) e dall'avvio del percorso di riforma del sistema sanitario regionale (requisiti/funzioni per Presidio).

Anatomia patologica di area vasta

Nel corso del 2014 si sono realizzati i seguenti percorsi:

1. Acquisti di reagenti e sistemi tramite capitolati condivisi con il CRO;
2. Referto anatomopatologico di Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica;
3. Eventi formativi ECM comuni.

Servizio di Radiologia su h 24 su area vasta

In data 7.8.2014 è stato deliberato con decreto del Direttore generale AOSMA l'atto n.207 che adotta il protocollo per la tele gestione degli esami radiologici convenzionali e TC senza contrasto all'interno dell'area vasta pordenonese e riguardante tutte le strutture afferenti all'Azienda.

A partire dal 20 ottobre 2014 è stata avviata la guardia radiologica provinciale.

Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale

La riorganizzazione del servizio di Farmacia non ha interessato il CRO.

Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Le Aziende entro <u>31/3/2014</u> dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.

Attuazione al 31.12.2014

con nota prot. 17406/DG del 31.03.2014 l'ASS n. 6, in qualità di azienda capo fila, ha trasmesso alla DCSISPSF la documentazione relativa a:

- accordo di Area Vasta sul coordinamento attività formative in Area Vasta Pordenonese;
- proposta di riorganizzazione delle funzioni sanitarie dell'Area Vasta Pordenonese;
- aggregazione di funzioni amministrative per Area Vasta.

Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti e nuovi progetti gestionali amministrativi

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	<p><u>Trattamento previdenziale:</u> l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni nel 2014.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u> anche per il 2014 le Aziende promuoveranno le procedure concorsuali in comune relativamente alle figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno (esempio infermieri).</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza.</p>

	<p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> nel 2014 si proseguiranno le azioni già consolidate negli anni precedenti.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:</u> consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'albo fornitori, quale strumento propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale.</p> <p><u>- Nuovi progetti gestionali amministrativi</u></p> <p><u>a) Predisposizione di un piano di lavoro generale con le opportune specificazioni di dettaglio, per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative, da trasmettere alla Regione entro il 31/3/2014</u></p> <p><u>b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano</u></p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p> <p><u>Trattamento previdenziale:</u> Nel corso del 2014 si sono consolidate le procedure di unificazione delle funzioni aventi carattere previdenziale/pensionistico per l'area vasta pordenonese con capofila l'ASS6. In questi anni l'ufficio ha omogeneizzato le procedure e la modulistica, stabilizzato il suo assetto organizzativo e rafforzato la sinergia degli uffici di front office per il bacino d'utenza per la Provincia di Pordenone.</p> <p>L'Ufficio Unico, con le proprie sinergie, ha garantito tutte le funzioni previste e ha collaborato con la sede INPS di Pordenone Gestione Dipendenti Pubblici per verificare ed incrementare la banca dati relativa ai dipendenti alla luce dell'invio da parte dell'INPS stesso di un estratto contributivo ad ogni iscritto.</p> <p><u>Gestione personale-concorsi:</u></p> <p>Nel PAO 2014 si era condiviso di avviare una unica procedura concorsuale riferita al profilo di infermiere individuando quale Azienda capofila l'azienda Ospedaliera di Pordenone.</p> <p>A seguito dell'iter normativo che ha portato all'approvazione della L.R. 17 del 16.10.2014 (Riordino del SSR) con l'istituzione, tra l'altro, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, la procedura concorsuale è stata bloccata in quanto di competenza del nuovo ente, come confermato dalle linee di gestione per l'anno 2015.</p> <p>In ambito di Area Vasta è proseguita la riorganizzazione gestionale delle procedure per l'acquisizione del personale maggiormente richiesto sul mercato del lavoro sanitario, con l'utilizzo in comune delle graduatorie in corso di validità (OSS – Infermieri – Ostetriche etc). Le aziende sono intervenute direttamente presso le sedi richieste al fine di favorire l'espletamento delle procedure concorsuali in atto e per il loro completamento.</p> <p><u>Gestione economico-finanziaria:</u> è proseguito il sistema centralizzato di recupero crediti coattivo in Area vasta, gestito da AOSMA.</p> <p><u>Approvvigionamenti e logistica:</u> è proseguita l'azione di consolidamento del processo di approvvigionamento tramite logistica centralizzata Egas, peraltro già a regime nel 2013, con calendario di consegne settimanali concordato per tutti i beni trattati, incluse alcune categorie di farmaci. E' stata avviata un'analisi in relazione ai beni che allo stato attuale non sono ancor acquisibili tramite magazzino Egas (alimentari/guardaroba/diagnostici/prodotti in conto deposito/farmaci UFA) con lo scopo di individuare soluzioni che consentano di incrementare ulteriormente, se possibile, la centralizzazione.</p> <p><u>Fiscalità:</u> il servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area Vasta ed è proseguito in tale modalità anche per il 2014. Il CRO ha conferito detto incarico (durata 01.01.14 – 31.12.14) con delibera del direttore generale n. 242 del 24.12.2013, a seguito della procedura di avviso pubblico di valutazione comparativa per il conferimento di incarico professionale, espletata dal CRO per conto delle Aziende dell'Area vasta pordenonese.</p>	

Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta:

Con determina n. 345 del 6/3/2013 (ASS6) era stato approvato l'elenco dei fornitori di beni e prestatori di servizi iscritti all'Albo fornitori e prestatori di servizi dell'area vasta pordenonese (301 imprese); con successive determinazioni mensili tale elenco è stato aggiornato di volta in volta con i nominativi dei nuovi iscritti (per complessivi 528 fornitori a fine 2014) .

Vengono costantemente aggiornati i dati anagrafici delle imprese iscritte e i relativi i documenti amministrativi (DURC, visure camerali, antimafia) delle imprese iscritte e di quelle che, pur non avendo fatto istanza di iscrizione all'Albo, vengono anch'esse gestite nel data-base ai fini amministrativi e contabili avendo le stesse rapporti di fornitura/prestazioni con le aziende dell'area vasta pordenonese (complessivamente 1721 imprese).

Nuovi progetti gestionali amministrativi:

a) Predisposizione di un piano di lavoro generale

Il documento con la predisposizione di un piano per la riorganizzazione delle funzioni tecnico-amministrative è stato inviato alla DCSISPSF dalla Direzione Generale della ASS6 in data 31.03.2014 (prot. n. 17406/DG).

In data 30.06.2014 (prot.n. 34191/DG) è stato trasmesso alla DCSISPSF il documento relativo al completamento dei progetti avviati negli anni precedenti, realizzato nel primo semestre (armonizzazione delle funzioni amministrative delle strutture Politiche e gestione delle risorse umane, collaborazione nell'ambito delle strutture Programmazione e controllo, collaborazione nell'ambito delle strutture Assistenza farmaceutica).

b) Entro il 31/12/2014 avvio del piano

In questa fase il progetto "Armonizzazione delle funzioni amministrative delle Strutture Politiche e gestione risorse umane in Area Vasta" ha visto coinvolte l'AOSMA e l'ASS6 in quanto interessate dalla riforma ex L.R. n. 17/2014 che ha unificato i due Enti. In una seconda fase il progetto potrà essere esteso anche al CRO.

Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area vasta

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate	evidenza della realizzazione delle attività co-progettate

Attuazione al 31.12.2014

Nel corso del 2014 si è data attuazione all'accordo di area vasta sul coordinamento delle attività formative sottoscritto in data 31.03.2014 (trasmesso dall'ASS 6, in qualità di capofila, alla DCSISPSF con nota prot. n.17406/DG del 31.03.2014), in particolare con la predisposizione di piani formativi che definiscono le aree e le tematiche oggetto di progettazione condivisa coerente con le priorità strategiche di area vasta. L'Istituto ha realizzato le seguenti attività co-progettate tra i servizi formazione di CRO, AOSMA e ASS6:

- 1) tre edizioni dell'evento Formazione al ruolo di tutor clinici per infermieri appartenenti all'équipe denominata "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti; ogni corso 4 giornate di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;
- 1) due edizioni dell'evento La tutorship esperta nel modello "Team Teaching" per il tirocinio degli studenti infermieri, 1 giornata di formazione, destinatari tutor clinici dell'Area Vasta PN;
- 2) due edizioni dei seguenti corsi:
 - Legge 241 e diritto di accesso agli atti;
 - Legge 190/2012 "Anticorruzione";
 - Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei dipendenti dell'Azienda sanitaria;
 - Disposizioni in tema di trasparenza della pubblica amministrazione per personale sanitario e amministrativo delle 3 aziende, 50 posti per azienda per ogni evento;
- 3) Formazione settore beni-servizi-tecnologie (APPALTI): l'evento è stato progettato dall'ASS6 che ha anche dato il docente. La sede di Formazione è stata il CRO che ha collaborato per tutti gli aspetti logistici e di supporto organizzativo. Ha partecipato personale di tutte e tre le aziende. Il corso si è svolto in due edizioni, per un totale di 20 mezze giornate di formazione;
- 4) Realizzati 18 workshop di Medicina Narrativa di 3 ore ciascuno, aperti a tutta l'Area Vasta, con notevole partecipazione di personale di azienda ospedaliera e ASS6. Questi percorsi formativi tra l'altro hanno l'obiettivo di promuovere l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, nonché la

salute e il benessere degli operatori nei luoghi di lavoro.

Linea 1.1.5.1 Firma digitale

Obiettivo aziendale

Estensione obbligatoria della Firma digitale

Risultato atteso

A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti:

- G2 Clinico >80% del totale dei referti
- Laboratorio e microbiologia > 99% del totale dei referti
- Anatomia patologica > 99 % del totale dei referti
- Radiologia > 99% del totale dei referti

Attuazione al 31.12.2014

Tutti i referti di Laboratorio (Microbiologia, Patologia clinica oncologica, Bioimmunoterapia dei tumori umani, Oncoematologia clinico sperimentale), Anatomia Patologica, Radiologia, Medicina Nucleare, Gastroenterologia, Cardiologia sono firmati digitalmente, a meno di fermi del sistema. Considerando tutte le strutture, la percentuale di referti firmata digitalmente sul sistema G2 clinico è di circa il 45%.

Linea 1.1.5.2 Obblighi informativi

Obiettivo aziendale

Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)

Risultato atteso

Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF

Attuazione al 31.12.2014

L'azienda garantisce la gestione dei flussi informativi.

Obiettivo aziendale

Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera

Risultato atteso

Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%

Attuazione al 31.12.2014

I campi obbligatori (livello di istruzione, data di prenotazione e classe di priorità) sono compilati con una percentuale superiore al 95%.

Linea 1.1.5.4 Privacy

Obiettivo aziendale

Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari

Risultati attesi

1. Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso
2. Recepimento del regolamento ex art. 20.

Attuazione al 31.12.2014

1. l'Istituto ha proseguito con la raccolta dei consensi al trattamento dei dati personali di tutti gli utenti che entrano in contatto con la struttura; nel 2014 sono stati inseriti nel sistema GECCO n. 9.080;
2. le azioni e gli interventi del CRO si sono concretizzate nella partecipazione dell'Istituto ai lavori del gruppo regionale privacy coordinato dalla DCSISPSF. E' in corso di elaborazione la bozza di documento che verrà successivamente sottoposta alle Aziende per il necessario confronto e quindi adottata con deliberazione della Giunta regionale.

Linea 1.1.5.5 Order Entry

Obiettivo aziendale

Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura

Risultato atteso

Attivazione entro la fine del 2014

Attuazione al 31.12.2014

Al 31.12.2014 il sistema è attivo per le richieste dei Reparti per: prestazioni di anestesia, prestazioni di cardiologia, prestazioni di indagini ecografiche richieste alla radiologia e alla Medicina Nucleare, prestazioni di Laboratorio e Microbiologia (esclusa Anatomia Patologica per limiti del software Apsys).

Linea 1.1.6.1 PACS	
Obiettivo aziendale Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso Gli esami sono disponibili nel repository regionale
Attuazione al 31.12.2014 In linea con gli sviluppi regionali. Le prestazioni sono archiviate nel repository.	
Obiettivo aziendale Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	Risultato atteso Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.
Attuazione al 31.12.2014 Rilevato che per le prestazioni ecografiche di Radiologia e Medicina Nucleare la refertazione è attiva per 100% delle prestazioni, la refertazione è stata inoltre attivata presso la SO di Oncologia Chirurgica Ginecologica.	
Obiettivo aziendale Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Risultati attesi Le aziende collaborano con il DSC alla: <ul style="list-style-type: none"> - mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG. - verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG. - valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati). - individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra-aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.
Attuazione al 31.12.2014 La collaborazione con il DSC è stata garantita nei termini richiesti. Si resta in attesa di sviluppi in merito alla soluzione tecnologica individuata a livello regionale.	
Linea 1.3.1.1 Contenimento dei tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	Risultato atteso I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014 i monitoraggi sono stati effettuati con le cadenze previste dal programma regionale. Eseguita l'analisi dei report trimestrali secondo le scadenze previste e trasmessi i dati alla DCSISPSF. Aggiornati i dati relativi all'ultimo monitoraggio (ottobre 2014) e resi disponibili alle Aziende di Area Vasta e al pubblico sul sito aziendale (link al sito web ASS6) in data 23.12.2014. (il monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è riportato nella sezione relativa agli Obiettivi del patto tra Regione e Direttore Generale.)	
Obiettivo aziendale Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di

	produzione allegato
Attuazione al 31.12.2014	
Verbalizzata in data 27.02.2014 una prima valutazione delle criticità derivabili dai tempi di attesa e dal piano di produzione (proiezione 2014). Verbalizzata in data 11.12.2014 la riunione di area vasta: valutata la riduzione delle prestazioni programmate e l'applicazione diffusa dei nuovi criteri di priorità clinica a regime nei tempi previsti. (il monitoraggio dei volumi di produzione è riportato nella sezione relativa al programma sul contenimento dei tempi di attesa).	
Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa	
Obiettivo aziendale Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.
Attuazione al 31.12.2014	
L'aggiornamento materiale informativo e garanzia dei diritti previsti dalla L.R. n.7/2009 è stato effettuato in data 11.12.2014. Nel gruppo tecnico si è concordato di procedere alla verifica degli obblighi di estensione dei diritti in ordine a direttive regionali non ancora emanate. La complessità della procedura di rimborso per le prestazioni che sfiorano i tempi massimi di attesa con i nuovi criteri di priorità clinica richiederà un approfondimento anche in ordine alle criticità condivise con le altre aree vaste regionali (non risultano estese ad altre prestazioni oltre a quanto previsto dalla DGR 2384/2010). Tutte le agende sono attive e i criteri inviati a tutti i prescrittori; concordato di rinviare alle successive direttive regionali l'eventuale estensione del diritto al rimborso in caso di mancato rispetto del tempo di attesa massimo certificato.	
Obiettivo aziendale Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Risultato atteso Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ($\pm 5\%$).
Attuazione al 31.12.2014	
Il rapporto tra l'attività libero-professionale intramoenia e l'attività istituzionale ambulatoriale per esterni è pari a 5,68% in continuità rispetto al dato 2013 (5,97%). Nel calcolo sono esclusi gli esami di laboratorio. Non è stata erogata libera professione intramuraria di ricovero.	
Obiettivo aziendale Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Risultato atteso Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.
Attuazione al 31.12.2014	
I monitoraggi nazionali e regionali, compresi quelli relativi all'ALPI, sono stati trasmessi entro i tempi previsti.	
Obiettivo aziendale Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
Attuazione al 31.12.2014	
Trasmessi formalmente, da parte della ASS6, tutti i criteri clinici adottati dalla Direzione Centrale Salute ai Direttori dei Distretti ed ai Componenti UDMG con richiesta di massima diffusione per le seguenti branche specialistiche: Gastroenterologia (Prot.n 26227/AQ del 19 maggio 2014), Dermatologia (Prot.n 34534/AQ del 2 luglio 2014), ORL (Prot.n 37012/AQ del 15 luglio 2014), Oculistica (Prot. n 39962/AQ del 30 luglio	

2014). Tutte le attivazioni operative previste per l'Istituto (branca specialistica di gastroenterologia ed endoscopia digestiva) sono state attuate entro i termini previsti. Nel corso del 2014 non sono stati deliberati criteri di priorità per altre branche specialistiche di interesse dell'Istituto.	
Linea 1.3.2.2 Programmi di screening	
Obiettivo aziendale Realizzazione dei programmi di screening	Risultato atteso Vedi indicatori LEA
Attuazione al 31.12.2014 <u>Screening mammografico:</u> - la % di donne per cui l'esito finale del G2 clinico è disponibile entro 30 giorni dal primo approfondimento è del 95,39%; <u>Screening colon retto:</u> - la % di corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica è del 99,30%; - la % di casi con intervallo di giorni tra test positivo e colonscopia di approfondimento è del 100%	
Obiettivo aziendale Per le aziende con l'unità senologica Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Risultato atteso Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso" / totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%
Attuazione al 31.12.2014 7,29%	
Linea 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali	
Medici Competenti delle aziende sanitarie	
Obiettivo aziendale Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
Attuazione al 31.12.2014 Nel corso del 2014 sono stati organizzati 6 incontri dei medici competenti delle aziende sanitarie regionali (15.01, 02.04, 24.06, 05.08, 08.10, 09.12). Sono state approvate le variabili da utilizzare a livello regionale per la raccolta dati delle idoneità.	
Linea 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa	Risultati attesi 1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS. 2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati. 3. Distribuzione diretta (l ciclo)/ADI/ residenzialità: - Ad oggi tutte le ASS hanno avviato la distribuzione

	<p>per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali</p> <p>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</p>
<p>Attuazione al 31.12.2014</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tramite distribuzione diretta si sono resi disponibili esclusivamente farmaci a brevetto scaduto o biosimilari su fornitura EGAS: la distribuzione avviene dopo prescrizione su PSM e registrata in giornata (targatura compresa). Il coefficiente di utilizzo è di 95,55% (€ 1.526 su € 1.597) per i farmaci a brevetto scaduto e 93% (€ 53.643 rispetto a € 57.722) per i biosimilari; 2. Si utilizza il sistema PSM che permette la selezione dei farmaci prescrivibili limitando la distribuzione a farmaci a brevetto scaduto e biosimilari secondo disponibilità EGAS; 3. È stata garantita la distribuzione primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica secondo gli accordi interaziendali in continuità con gli anni precedenti. Per tutto il 2014 il sistema PSM non disponeva di funzione di prescrivibilità per principio attivo: in ogni caso la distribuzione è avvenuta utilizzando farmaci a brevetto scaduto e biosimilari; 4. L'Istituto non ha distribuito farmaci ad alto costo destinati all'impiego territoriale in quanto non è un centro autorizzato alla cura dell'epatite C e non ha distribuito i nuovi anticoagulanti orali. 	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi; 2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio; 3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014); 4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90%; 5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema

	<p>SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2014

1. Nei registri operativi è stato garantito il controllo sistematico dell'iscrizione dei pazienti nelle schede di registrazione AIFA. Da giugno quando l'operatività dei registri informativi è stata garantita, si è proceduto al recupero dell'arretrato ultimando nei primi mesi del 2015 le scritture utili al recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi;
2. Non è stato possibile condividere protocolli di area vasta per farmaci di alto costo con alto livello di integrazione ospedale – territorio, in quanto i componenti della commissione decaduti per quiescenza non sono stati sostituiti nel 2014;
3. E' stato garantito un monitoraggio mensile: la percentuale di completezza è pari a 99,34%;
4. L'attività è in linea con copertura della fase 3 della diretta superiore al 98% per tutti i mesi del 2014;
5. I dati della distribuzione diretta ai fini della quantificazione della mobilità intra-regionale sono disponibili in business object – universo della distribuzione diretta.

Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure

Obiettivo aziendale

Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale

Risultati attesi

1. Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.
2. Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;
3. Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici
4. Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosing wisely)
5. l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;
6. Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;

	<p>7. Implementazione del principio di “trasparenza” mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</p> <p>8. Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</p> <p>9. Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</p> <p>10. Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2014

1. ad agosto 2014 è stata trasmessa la relazione relativa al I semestre 2014; a marzo 2015 è stata trasmessa la relazione relativa al II semestre 2014.

2. il CRO ha partecipato al tavolo regionale nel quale viene discusso anche questo tema. Al momento è stata svolta la formazione a livello nazionale alla quale hanno partecipato uno/due risk manager regionali.

3. è stato condotto il secondo monitoraggio del programma di riconciliazione farmacologica (secondo semestre 2014). Il CRO ha partecipato agli altri programmi regionali (lettera di dimissione, open disclosure, patient handbook, prevenzione delle infezioni, sicurezza procedure invasive ambulatoriali ecc.) che sono in varia fase di sviluppo.

Il CRO ha partecipato ai tavoli di lavoro regionali relativi al progetto di Antibiotic Stewardship (come da programma 2013) nei quali sono state elaborate le Linee Guida per la gestione delle polmoniti batteriche e per il controllo delle infezioni delle vie urinarie.

4.

- tutte le raccomandazioni sono state formalmente adottate in Istituto (prot. 9059/Accred del 12.06.2014), per la maggior parte è stata anche redatta una procedura ad hoc.
- il CRO partecipa al tavolo regionale sul tema degli standard internazionali. A tale proposito è stata predisposta una relazione contenente la revisione dello stato dell'arte (prot. 11076/Accred del 16/07/2014). È stata adottata la nuova linea guida regionale sulle LDD. Il CRO ha partecipato con proprio referente al tavolo regionale delle cadute accidentali (sono in corso di realizzazione le prossime indicazioni regionali).
- nel portale Agenas sono state inserite tre buone pratiche (riconciliazione farmacologica, identificazione del paziente, scheda unica di terapia).
- il CRO ha partecipato con il proprio esperto microbiologo al programma regionale antibiotico resistenza (prodotti database per la registrazione delle resistenze batteriche e indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi alert).

5. Il CRO ha partecipato con i propri esperti al tavolo di lavoro regionale sull'antibiotic stewardship sul tema dei protocolli aziendali per il controllo delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti batteriche e al tavolo della sicurezza nell'uso dei farmaci (riconciliazione farmacologica, farmaci ad alto livello di attenzione).

6. non sono state sviluppate indicazioni regionali.

7. non sono state sviluppate indicazioni regionali.

8. il CRO ha partecipato al programma regionale sul coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza e ai gruppi di lavoro regionali (patient handbook, open disclosure). E' inoltre stato ulteriormente implementato il programma Patient Education attivo al CRO, del quale alcune esperienze sono state riportate a livello regionale (vedi protocollo Ethic).

9. nel corso del 2014 si è svolta in istituto formazione sui diversi temi della sicurezza del paziente (igiene delle mani, isolamento, lesioni da decubito, riconciliazione farmacologica) e si è svolto, nel primo semestre,

un evento sulla sicurezza in istituto.

10. Sono state predisposte in ottemperanza alle procedure previste da PNE le analisi sulla correttezza della compilazione della SDO e della sua codifica per le patologie neoplastiche, principalmente attinenti alle vie digestive. In accordo con il Servizio di Epidemiologia della regione, che gestisce il programma nazionale esiti (PNE), si è stabilito di approfondire la piattaforma informativa, da utilizzare per l'audit, arricchendola con stadio e grado delle patologie oncologiche trattate. In ragione dell'avvio di un programma regionale di audit clinico su PNE si è concordato con il Servizio di Epidemiologia della regione di procedere all'avvio degli audit nel 2015, successivamente alla presentazione formale, da parte della Direzione nazionale di PNE, di tutti i risultati alle Direzioni sanitarie, ai Direttori di dipartimento e di SOC della regione.

Linea 1.3.3.3 Accreditamento

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione del programma di accreditamento - Redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento

Attuazione al 31.12.2014

il CRO ha messo a disposizione della Regione quattro professionisti valutatori.

In data 19.12.2014 emanato Decreto n. 1323/DICE di rinnovo autorizzazione/accreditamento a pieno titolo della branca di Medicina Trasfusionale per le attività svolte sotto il coordinamento della AOSMA e per le attività svolte in forma autonoma (raccolta, manipolazione/qualificazione, conservazione e distribuzione delle cellule staminali emopoietiche ai fini del trapianto autologo) dalla SOSD Trattamento Cellule Staminali – Terapie Cellulari del CRO.

Linea 1.3.3.5 Cure palliative

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.

Attuazione al 31.12.2014

Non sono stati convocati tavoli tecnici in regione. Il referente aziendale ha proseguito nel 2014 l'implementazione dei protocolli assistenziali sul territorio in collaborazione con il personale dedicato alle cure palliative della ASS 6. In particolare sono state avviate in maniera congiunta le prime visite domiciliari dei pazienti oncologici in cura al CRO ed è proseguita in tutta l'area vasta il posizionamento sotto eco-guida a domicilio di accessi venosi permanenti a scopo antalgico o nutrizionale.

Linea 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.

Attuazione al 31.12.2014

Nel corso del 2014 sono state effettuate due procedure di prelievo di cornee. La procedura è ormai entrata nella prassi per quanto riguarda la sensibilizzazione alla donazione e le attività effettive di prelievo.

Linea 1.3.3.7 Piano sangue regionale: CRO di Aviano

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AOPN

Attuazione al 31.12.2014

il CRO ha contribuito all'alimentazione dei flussi informativi in linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.

Obiettivo aziendale Accreditamento della struttura trasfusionale	Risultato atteso Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)
--	---

Attuazione al 31.12.2014

La visita di AccredITAMENTO Istituzionale per le attività di Medicina Trasfusionale si è svolta il 15 luglio per le attività la cui titolarità spetta ad AOSMA. Nella stessa occasione è stata individuata e distinta l'attività di Medicina Trasfusionale relativa alle cellule staminali la cui titolarità è del CRO attraverso la SOSD Trattamento cellule Staminali per Terapie Cellulari (TCS-TC), di cui al Decreto Regione FVG 1323/DICE. In linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione del rischio clinico.

Linea 1.3.3.8 Reti di patologia

Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella- polmone con la seguente suddivisione - AV.Giu. Isontina per le neoplasie del mammella - AV.Udinese per le neoplasie del polmone - AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto	Risultati attesi Le tre aree vaste 1. Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). 2. Entro 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale 3. Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste
---	--

Attuazione al 31.12.2014

1. Concluso il documento metodologico per la costruzione del PDTA di Area Vasta delle neoplasie del colon retto, con l'analisi dei costi e degli indicatori richiesti. Inviato alla DCSISPSF con lettera del DG Prot. n.34189/DG del 30/6/2014;
2. Era prevista l'adozione del documento completo nel 2° semestre dell'anno, dopo l'integrazione con la componente clinica e gestionale: variazioni organizzative e di organico intercorse, non hanno permesso la conclusione del percorso;
3. La conferenza di consenso regionale per la condivisione delle esperienze di Area Vasta non è stata organizzata dal livello regionale.

Linea 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi 1. Conclusione del programma 2013 2. Realizzazione del programma 2014
--	---

Attuazione al 31.12.2014

1. con decorrenza 11.03.2014 hanno preso servizio le 4 unità relative alle procedure avviate nel 2013 e relative alla programmazione del medesimo anno;
2. nei primi mesi del 2014 si è svolto un primo incontro con il funzionario del competente ufficio provinciale per discutere degli strumenti utilizzabili per coprire la quota d'obbligo per il 2014; era emersa la problematica del collocamento di una figura di centralista ipovedente, presente nelle liste di collocamento dell'ufficio provinciale; tale questione è stata risolta e dunque superata nel corso dell'estate 2014 poiché detta figura ha potuto trovare un'utile occupazione presso altro ente pubblico. Conseguentemente l'avvio delle procedure per l'acquisizione presso il CRO, in analogia a quanto avvenuto l'anno precedente, delle n.4 figure relative alla quota d'obbligo 2014 ha subito uno slittamento all'autunno. Entro la fine d'anno l'ufficio provinciale ha trasmesso la lista dei candidati da

sottoporre a selezione (procedura per chiamata nominativa). La selezione si è svolta nella prima parte dell'anno 2015.

1. Monitoraggio degli obiettivi contenuti nel Patto annuale per l'anno 2014 ai fini della valutazione annuale dei direttori generali degli enti del SSR e della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico

1) Tempi di Attesa

Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione
Garanzia del rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa.	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 1439/2011 sono rispettati.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono rispettati gli standard previsti per ogni prestazione definita dalla DGR 1439/2011 e dalla DGR 2305/2013 nell'ambito di competenza dell'Area Vasta. L'eventuale mancato rispetto degli standard previsti comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - entro il 2% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto al 100% - oltre il 10% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto 0% - dal 2% al 10% di mancato rispetto su tutte le osservazioni: obiettivo raggiunto in quota proporzionale I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 2°, 3° e 4° monitoraggio regionale anno 2014.

Risultato ottenuto al 31.12.2014

Prestazioni ambulatoriali				Monitoraggio			Tempo senza priorità	
Prestazione (per il codice di intervento / diagnosi e codice di priorità fare riferimento alla DGR 1439/2011)	Sedi	Priorità regionale	Lug.	Ott.	Dic.			
1	Visita cardiologica	2	X	6	6	6		
2	Visita chirurgia vascolare						30	ne
3	Visita endocrinologica						30	ne
4	Visita neurologica			1	1	1	30	
5	Visita oculistica		X	esclus.	esclus.	2		
6	Visita ortopedica	2	X	esclus.	esclus.	6		
7	Visita ginecologica	2		1	2	2	30	
8	Visita otorinolaringoiatria		X	esclus.	esclus.	3		
9	Visita urologica		X	esclus.	esclus.	3		
10	Visita dermatologica		X	esclus.	2	3		
11	Visita fisiatrica			1	1	1	30	
12	Visita gastroenterologica		X	esclus.	3	3		
13	Visita oncologica			1	1	1	10	
14	Visita pneumologica			1	0	1	30	
15	Mammografia			1	1	1	60	
16	TAC Torace	2		2	2	2	60	
17	TAC Addome superiore	2		2	2	2	60	
18	TAC Addome inferiore	2		2	2	2	60	
19	TAC Addome completo	2		2	2	2	60	
20	TAC Capo	2		2	2	2	60	

21	TAC Rachide e speco vertebrale	2		2	2	2	60
22	TAC Bacino	2		2	2	2	60
23	RM Cervello e tronco encefalico			1	1	1	60
24	RM Pelvi, prostata e vescica			1	1	1	60
25	RMN Muscoloscheletrica			1	1	1	60
26	RMN colonna vertebrale			1	1	1	60
27	Ecografia capo collo	2		2	2	2	60
28	Ecocolordoppler cardiaca			1	1	1	60
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici			1	1	1	60
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici			1	1	1	60
31	Ecografia Addome inf, sup, completo	2	X	6	6	6	
32	Ecografia mammella			1	1	1	60
33	Colonscopia		X	esclus.	3	3	
34	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile		X	esclus.	3	3	
35	Esofagogastroduodenoscopia		X	esclus.	3	3	
36	Elettrocardiogramma	2		2	2	2	60
37	Elettrocardiogramma holter			1	1	1	60
38	Elettrocardiogramma da sforzo			1	1	1	60
39	Audiometria			1	1	1	60
40	Spirometria			1	1	1	60
41	Fondo Oculare			1	1	1	60
42	Elettromiografia			1	1	1	60
43	Chemioterapia			1	1	1	30

Prestazioni di ricovero (Day Hospital / Day Surgery/ (ambulatorio)

44	Chemioterapia			1	1	1	30 gg	
45	Cataratta			1	1	1	180gg	
46	Coronarografia						30 gg	ne

prestazioni in ricovero ordinario

47	interventi chirurgici tumore mammella			1	1	1	30 gg	
48	interventi chirurgici tumore prostata			1			30 gg	
49	interventi chirurgici tumore colon retto			1	1	1	30 gg	
50	interventi chirurgici tumore utero			1	1	1	30 gg	
51	interventi chirurgici tumore rene			1	1		30 gg	
52	interventi chirurgici tumore vescica						30 gg	
53	By pass aorto coronarico						180 gg	ne
54	Angioplastica coronarica			1	1	1	30 gg	
55	Protesi valvolare						180 gg	ne

56	Coronarografia			1	1	1	30 gg
57	Endoarteriectomia carotidea			1	1	1	60 gg
58	Intervento protesi d'anca			1	1	1	180 gg
59	Interventi chirurgici tumore del polmone			1	1	1	30 gg
60	Tonsillectomia			1	1	1	180 gg

ne= non erogato

1=tempo rispettato

0=tempo non rispettato

N. tempi rispettati		233
N. osservazioni		243
%		95,9

Nota : In ogni cella sono conteggiate il numero delle osservazioni conformi al tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione.

Sono state valutate tutte le prestazioni previste dal patto ad esclusione di quelle relativa ai Referti e i trattamenti radioterapici come da indicazioni della DCSISPS. Le fonti utilizzate sono i monitoraggi formalmente trasmessi dalle aziende di Area Vasta alla DCSISPS, inserendo al denominatore tutte le osservazioni effettuate anche per i soli criteri clinici di priorità regionali (gli unici applicati e condivisi in AV) e le doppie sedi.

Esclus.= escluso dal monitoraggio regionale.

2) Assistenza ospedaliera

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Ridurre il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	Miglioramento del 10% rispetto al valore 2013 del tasso di ricovero diurno medico di tipo diagnostico.	La valutazione è fatta sui ricoveri dal 01.07.2014 al 31.12.2014. 100% di raggiungimento se miglioramento \geq 10% Non raggiungimento se miglioramento $<$ 10%
risultato ottenuto al 31.12.2014		
ANNO 2013: 70,13%		
ANNO 2014 (luglio-dicembre): 1,23%		

3) Spesa farmaceutica territoriale

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Costo procapite farmaceutica territoriale	€ 161	La rilevazione del costo verrà effettuata sulla spesa per la farmaceutica territoriale così determinata: - spesa convenzionata netta; - diretta di classe A: al netto di nota 65 e di riclassificati con determinazione AIFA 2.11.2010; - DPC: costo totale (acquisto+servizio) al netto dei riclassificati
risultato ottenuto al 31.12.2014		
		Valori
Finanziamento 2014 FVG		€ 161,00
Costo pro capite far. Territoriale 2013		€ 167,5
Costo pro capite far. Territoriale 2014		€ 172,27
delta costo 2014-finanziamento (pro-capite)		+€ 11,27

La spesa 2014 per un paziente emofilico in farmaceutica territoriale è stata € 1.628.550: al netto di tale spesa l'indicatore risulterebbe: 167,25, in linea con il valore 2013, comunque superiore al finanziamento attribuito.

4) Prescrizione generici

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Indicatori MEF/AIFA presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS)	Percentuale di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto rispetto al totale della categoria: - F1 sartani non associati (C09CA): 79,3% - F2 sartani associati a diuretici (C09DA): 60,6% - F3 statine (C10AA): 82,8%; - F4 agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC): 30,4% - F5 altri antiepilettici (N003AX): 69,7% - F6 SSRI (N06AB): 78,6% - F7 altri antidepressivi (N06AX): 57,2%	Rilevazione indicatori da sistema TS

risultato ottenuto al 31.12.2014

L'andamento della percentuale di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto rispetto al totale della categoria, nell'anno 2014 è il seguente:

Gruppo terapeutico	6 mesi 2014	9 mesi 2014	12 mesi 2014	TARGET FVG
sartani non associati (C09CA)	83,0%	83,0%	82,9%	79,3%
sartani associati a diuretici (C09DA)	62,8%	68,3%	71,0%	60,6%
statine (C10AA)	74,5%	74,4%	74,6%	82,8%
agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC)	42,0%	41,7%	41,3%	30,4%
altri antiepilettici (N03AX)	60,6%	60,9%	60,8%	69,7%
SSRI (N06AB)	76,0%	82,9%	86,4%	78,6%
altri antidepressivi (N06AX)	43,1%	44,1%	43,9%	57,2%
adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi (R03AK)	STRALCIATO			

5) Beni e servizi

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Gestione dei dispositivi medici	Raggiungimento di una copertura percentuale almeno pari al 75% della spesa rilevata per i dispositivi medici con numero di banca dati/repertorio del Ministero della salute in rapporto al totale della spesa rilevata dal modello del conto economico per le voci BA0220 e BA0230	Fatto/non fatto entro il 31.12.2014

risultato ottenuto al 31.12.2014

89,69% (fonte dati: Business object – universo consumi economici)

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Utilizzo dei prodotti acquisiti attraverso le gare centralizzate effettuate dal Dipartimento servizi condivisi	Raggiungimento di un utilizzo superiore al 90%	Fatto/non fatto entro il 31.12.2014

risultato ottenuto al 31.12.2014

Detratte dal conteggio le voci relative all'acquisto di prodotti per la ricerca o inprivativa (gare non gestite dall'EGAS e CONSIP), la percentuale di acquisto di prodotti gestiti dall'EGAS è pari a 91,52%.

6) Generale

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Valutazione del clima interno	Partecipazione alle attività propedeutiche e adesione al questionario regionale prodotto nel network bersaglio per la rilevazione condotta nei mesi di novembre e dicembre	Fatto/non fatto
risultato ottenuto al 31.12.2014		
L'Istituto ha partecipato alle attività propedeutiche e ha aderito all'indagine di clima interno, organizzata dal Laboratorio Management e Sanità delle Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (nota prot. 18570/DG del 18.11.2014)		
obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione
Valutazione del clima esterno	Somministrazione di questionario cartaceo per un processo chirurgico, con consegna delle schede alla Direzione Centrale Salute entro il 15 dicembre 2014	Fatto/non fatto
risultato ottenuto al 31.12.2014		
Il questionario cartaceo è stato somministrato e le schede sono state trasmesse alla Direzione Centrale Salute entro il termine richiesto.		

2. Indicatori LEA

N.	Definizione	Significato	Ambito di rilevazione	Standard Obiettivo	Valore medio regionale 2014	Valore 2013	Valore 2014
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	Indicatore di appropriatezza dei ricoveri in day hospital L'obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 10 - al 50% se il tasso è ≤ 30	Area Vasta	≤ 10	6,86	8,78	3,12
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica.	Ospedale	$\geq 36\%$	41,59	39,26	40,48
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriata (Patto della salute 2010-2012)	Indicatore di inappropriata del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario Obiettivo raggiunto: -al 100% se è ≤ 23 - al 50% se è ≤ 60	Area Vasta	≤ 23	16,4	17,84	18,07
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Indicatore di efficienza delle strutture ospedaliere. Tiene conto del case-mix trattato	Ospedale	≤ 6	8,09	7,56	7,95
30	Indice di case mix	Esprime la complessità relativa della casistica trattata nelle strutture locali utilizzando la performance dell'organizzazione di riferimento.	Ospedale		1,19	1,09	1,14
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	L'indicatore misura l'adeguato utilizzo delle risorse. I reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi pertanto dovrebbero accogliere pazienti che si sottopongono a un intervento chirurgico.	Ospedale		26,9	5,94	6,78
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici	L'indicatore misura l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri erogabili in ricovero diurno o a livello distrettuale.	Ospedale		22,9	43,07	41,86
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata che potrebbe indicare la presenza di inefficienza sia di natura tecnico-operativa propria della struttura erogatrice	Ospedale		1,82	0,88	2,29
34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo tra la data del primo approfondimento e la data in cui è reso definitivo l'esito nel G2 Clinico	Azienda sanitaria- Area Vasta	90%	95,88	95,26	95,39
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Corretta ed esaustiva compilazione della cartella endoscopica del programma di screening	Azienda sanitaria- Area Vasta	$\geq 95\%$	94,1	98,7	99,3
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Migliorare le performance dei programmi organizzati di screening: misura del tempo di attesa tra l'esito del Fobt e la Colonscopia	Azienda sanitaria- Area Vasta	$\geq 90\%$	91,48	95,33	100

3. Attività di ricovero

Numero dimessi				
per regime di ricovero	2013	2014	Var.	Var. %
Ordinari	4.136	3.962	-174	-4,21%
Day hospital	4.159	3.430	-729	-17,53%
TOTALI	8.295	7.392	-903	-10,9%

Numero Day Hospital - per tipologia DRG e per tipo di degenza				
D.R.G. medico	2013	2014	Var.	Var. %
Day hospital ciclo	2.058	2.130	72	3,50%
Day hospital 1 G.	1.310	608	-702	-53,59%
D.R.G. chirurgico				
Day surgery	308	206	-102	-33,12%
altri day hospital	483	486	3	0,62%
TOTALI	4.159	3.430	-729	-17,53%

Percentuali dimessi per provenienza paziente	2013	2014
Regionali	48,00%	47,94%
extra-regionali	52,00%	52,06%

Complessità casistica attività di ricovero ordinario				
	2013	2014	Var.	Var. %
Indice di case mix	1,09	1,14	0,05	4,59%
Peso medio DRG	1,28	1,36	0,07	5,73%

Valore DRG (tariffe FVG di fascia B)				
per regime di ricovero	2013	2014	Var.	Var. %
ORDINARI	€ 16.898.128	€ 17.098.076	€ 199.948	1,2%
DH	€ 8.538.527	€ 8.628.531	€ 90.004	1,1%
TOTALI	€ 25.436.655	€ 25.726.607	€ 289.952	1,14%

Per quanto riguarda l'attività di ricovero in regime ordinario, il confronto con il 2013 evidenzia una riduzione dei ricoveri (-4,21%) con un incremento della complessità della casistica trattata rappresentata dal peso medio DRGs (+5,73%) e dall'indice di case mix (+4,59%).

L'attività di ricovero in day hospital è stata, invece, caratterizzata da un progressivo trasferimento dell'attività di day hospital medico di tipo diagnostico verso un più appropriato setting assistenziale con conseguente contrazione del numero di ricoveri medici di 1 giorno. Quest'ultima tendenza trova conferma nel fatto che la proporzione dei casi di day hospital medici diagnostici sul totale dei casi di day hospital medici erogati è passata dal 70,13% (valore 2013) al 60,94% (primo semestre 2014) e al 1,23% (secondo semestre 2014) (indicatore contenuto nel patto tra Regione e Direttore Generale).

Si registra, inoltre, un aumento dei day hospital ciclici con un aumento del numero di accessi.

La valorizzazione economica dei DRG, calcolata sulla base delle tariffe FVG di fascia B, evidenzia un incremento del 1,14% rispetto ai risultati 2013.

4. Attività specialistica ambulatoriale

Attività di specialistica ambulatoriale	Anno 2013	Anno 2014
numero complessivo di prestazioni specialistiche per esterni	378.740	396.819

L'attività ambulatoriale è stata, nel suo complesso, contraddistinta da un aumento del numero di prestazioni di specialistica per esterni a fronte di una diminuzione del corrispettivo economico determinata in parte dalla riduzione delle tariffe FVG di alcune prestazioni (PET/CT e RMN).

5. Attività scientifica

Attività di ricerca	Anno 2013	Anno 2014
Numero pubblicazioni	255	227
Impact factor	1.060,7	964,9

6. Personale strutturato

Forza Lavoro al 31 dicembre	Anno 2013	Anno 2014
Ruolo sanitario	397,90	389,63
Ruolo professionale	2	2
Ruolo tecnico	136,03	135,23
Ruolo amministrativo	63,03	65,57
totali	598,97	592,43

La tabella non considera il personale a tempo determinato finanziato con fondi di ricerca.

7. Conto Economico

Conto Economico redatto secondo lo scheda regionale	Anno 2013	Anno 2014
VALORE DELLA PRODUZIONE	94.865.475,0	90.970.692,0
COSTI DELLA PRODUZIONE	(90.639.809,0)	(86.308.430,0)
Acquisti di beni	(28.565.817,0)	(27.627.260,0)
Acquisti di servizi	(13.293.561,0)	(11.517.817,0)
Godimento di beni di terzi	(1.032.189,0)	(483.749,0)
Costi del personale	(38.066.971,0)	(37.255.530,0)
Costi generali ed oneri diversi di gestione	(3.821.245,0)	(3.986.160,0)
Ammortamenti e svalutazioni	(4.585.949,0)	(5.040.615,0)
Variazione delle rimanenze	32.888,0	(359.124,0)
Accantonamenti per rischi	(1.306.965,0)	(38.175,0)
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	(340.360,0)	(349.691,0)
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	(76.397,0)	1.362.458
Imposte sul reddito dell'esercizio	(58.084,0)	(58.502,0)
UTILE/PERDITA DELL'ESERCIZIO	3.750.825,0	5.616.527,0

8. Indicatori di economicità

Rapporto percentuale tra totale dei costi della produzione e totale ricavi dell'Ente

Rapporto: Costi della produzione/Totale ricavi

Rappresenta il costo percentuale dell'attività caratteristica dell'Ente rispetto al totale dei ricavi.

Parametro di riferimento: inferiore al 100%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Costi della produzione	90.639.809	86.308.430
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	94,47%	93,32%

Rapporto percentuale tra il costo del personale ed il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo del personale (tutte le qualifiche)/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo del personale sul totale ricavi dell'Ente.

Parametro di riferimento: inferiore all'80%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale costo del personale	40.361.673	39.560.648
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	42,07%	42,77%

Rapporto percentuale tra l'ammortamento (o costo equivalente annuo: leasing, noleggio, ecc) delle attrezzature sanitarie ed il totale ricavi dell'attività di assistenza

Rapporto: Totale ammortamento attrezzature sanitarie/Totale ricavi

Parametro di riferimento: superiore al 2%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale ammortamento attrezzature sanitarie	2.574.230	2.453.207
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	2,68%	2,65%

Rapporto percentuale tra il costo totale di acquisto di beni e servizi e il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo di acquisto di beni e servizi/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo di acquisto di beni e servizi sul totale ricavi dell'Ente

Parametro di riferimento: inferiore al 40%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale acquisti di beni e servizi	41.859.378	39.145.077
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	43,63%	42,32%

Rapporto percentuale tra il costo di acquisto del materiale sanitario e il totale dei ricavi dell'Ente

Rapporto: Totale costo materiale sanitario/Totale ricavi

Rappresenta l'incidenza del costo del materiale sanitario sul totale ricavi dell'Ente

Parametro di riferimento: inferiore al 25%

	31 dicembre 2013	31 dicembre 2014
Totale costo materiale sanitario	27.329.524	26.276.383
Totale ricavi	95.945.754	92.490.968
C.R.O.	28,48%	28,41%

4 Gestione per budget

4.1 Definizione degli obiettivi

Partendo dagli obiettivi strategici definiti nel programma annuale, l'Istituto ha avviato il percorso di budget attraverso il quale i responsabili delle "unità operative" sono stati portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2014 e hanno concertato con le direzioni dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi a questo assegnati con le risorse disponibili.

Il percorso si è sviluppato secondo la seguente cronologia:

1. individuazione dei criteri per la predisposizione delle schede di budget 2014 ed esame degli stessi da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP) in data 21 gennaio 2014;
2. svolgimento della prima serie di incontri di programmazione delle attività e condivisione dei macro obiettivi per l'anno 2014 tra la direzione strategica e le strutture operative aggregate per dipartimento nelle giornate del 16 e 21 gennaio e del 6 e 10 febbraio 2014;
3. incontri di discussione all'interno dei singoli dipartimenti finalizzati ad individuare obiettivi specifici coerenti con il mandato assegnato dalla direzione strategica e successivo invio alla direzione strategica;
4. predisposizione della documentazione di budget da parte della direzione strategica;
5. confronto conclusivo nelle giornate del 26 febbraio, 10 e 11 marzo 2014 tra direttori di dipartimento, i responsabili di struttura operativa e le posizioni organizzative aggregati per dipartimento;
6. predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della direzione strategica;
7. trasmissione delle schede ai responsabili di budget con invito a restituirne copia firmata dal direttore di dipartimento, dal responsabile di struttura e dalla posizione organizzativa (invio in data 04 aprile 2014);
8. predisposizione da parte delle direzioni delle schede di budget delle strutture/uffici delle tecnostrutture sanitaria, scientifica e amministrativa e delle funzioni di staff del Direttore Generale (nel mese di aprile 2014);
9. presa atto conclusione del percorso di definizione del budget 2014 (delibera del direttore generale n. 107 del 23.04.2014).

Gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2014.

Nelle diverse schede di budget gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in obiettivi operativi distinti in obiettivi incentivati (il raggiungimento influisce sulla valutazione individuale e sulla retribuzione di risultato in base ai pesi assegnati) e in obiettivi di mandato (il raggiungimento influisce solo sulla valutazione individuale del personale).

Sono stati, inoltre, individuati due obiettivi che rappresentano la preconditione per la valutazione positiva di tutti gli altri obiettivi incentivati:

- contenimento dei consumi di prodotti farmaceutici per i direttori delle strutture di oncologia e Terapia Cellulare e Chemioterapia ad Alte Dosi;
- rispetto dell'equilibrio di bilancio per i direttori delle altre strutture complesse.

Con deliberazioni del direttore generale n. 55-56-57/2015 sono stati, inoltre, individuati e

assegnati alla varie strutture operative/direzioni/dipartimenti gli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2014 nell'ambito delle aree prioritarie individuate dalla Regione con le DGR 847/2014, 848/2014 e 849/2014.

Con le stesse deliberazioni sono stati definitivi dei progetti individuali in riferimento allo svolgimento di attività ritenute di particolare rilievo aziendale.

4.2 Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti

Verifiche intermedie schede di budget

Nel corso del 2014 è stato garantito, ed allegato alla reportistica direzionale mensile, un monitoraggio degli obiettivi di budget incentivati. Gli scostamenti sono stati analizzati dalla Direzione Strategica con i responsabili delle Strutture Operative.

Le schede di monitoraggio infrannuale del budget 2014 sono state esaminate dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance in data 23/10/2014 (Verbale n.4).

Valutazione annuale schede di budget

Alla chiusura dell'esercizio di budget si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di budget.

Il raggiungimento degli obiettivi è stato attestato in prima istanza dalla direzione strategica di competenza sulla base di propri strumenti di monitoraggio o avvalendosi della documentazione prodotta dai responsabili che hanno partecipato al percorso di budget 2014.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell'OIVP si è concluso in data 19 giugno 2015.

Complessivamente tutte le strutture/dipartimenti/direzioni hanno avuto una valutazione superiore al 93%, così come risulta dalle singole schede di budget.

4.3 Valutazione della performance individuale

Il ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente.

Negli ultimi anni l'Istituto ha avviato un processo di valutazione della performance individuale differenziato a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente.

La valutazione individuale della dirigenza analizza e misura in modo trasparente la performance dei dipendenti e valorizza il loro impegno e i loro risultati.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione in formato excel ed è articolata in 7 dimensioni:

per i direttori di struttura complessa:

- caratteristiche comportamentali,
- collaborazione e partecipazione multidisciplinare,
- capacità organizzative,
- gestione risorse umane,
- innovazione tecnologica,
- contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di budget dell'anno in corso
- attività scientifiche e didattiche

per i dirigenti:

- caratteristiche comportamentali,
- collaborazione e partecipazione multidisciplinare,
- capacità organizzative,
- qualità e formazione professionale,

- rapporti con i Cittadini o rapporti interni/esterni con e per conto dell'Istituto,
- contributo individuale alle attività relative agli obiettivi di budget dell'anno in corso
- attività scientifiche e didattiche.

Le diverse dimensioni sono "pesate" attraverso coefficienti di correzione variabili che contribuiscono a rendere il punteggio coerente con le responsabilità dirigenziali attribuite. Ciascuna dimensione è scomposta in più fattori di osservazione, il cui valore medio moltiplicato per il coefficiente fornisce il valore della dimensione.

Tra i fattori di osservazioni sono ricompresi anche gli obiettivi descritti nella scheda di budget al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione.

La valutazione individuale del comparto è effettuata tramite una scheda semplificata che considera due dimensioni: contributo individuale agli obiettivi di budget di gruppo e componenti professionali ed organizzative.

La valutazione individuale positiva rappresenta, sia per la dirigenza che per il comparto, la condizione per accedere ai sistemi di incentivazione. Non vi sono graduazioni ulteriori di valutazione all'intero di un giudizio positivo complessivo.

Per l'anno 2014 la valutazione della performance individuale del personale del comparto si è conclusa in data 19 giugno 2015 e tutte le schede sono positive. Per quanto riguarda la valutazione del personale della dirigenza, è in corso la procedura di valutazione di prima istanza da parte del responsabile della struttura a cui appartiene il dirigente valutato o, comunque, del suo diretto superiore con gli stessi criteri utilizzati negli anni precedenti. La valutazione di seconda istanza di competenza dell'OIVP verrà svolta durante la prossima riunione fissata per il 06 agosto 2015.

Aviano, 05 agosto 2015

Il Direttore Generale
Dott. Ing. Maffio Tubertini

