

## **Linee guida per il budget 2019**

### **Premessa**

Il presente documento ha lo scopo di esplicitare la strategia aziendale e di comunicare il percorso di lavoro da seguire nella formulazione del budget in termini di contenuti, modalità, tempistica e soggetti coinvolti.

Il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è disciplinato dalla legge regionale 10 novembre 2015 n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” all’art. 42 prevede per le aziende del SSR una gestione per budget.

### **Normativa di riferimento:**

I riferimenti normativi per la programmazione annuale sono rappresentati da:

- delibera n. 2514 del 28 dicembre 2018, la Giunta Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato le “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario regionale anno 2019”;
- DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Programma nazionale esiti - PNE;
- Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Fonte indicatori bersaglio;
- Indicatori per il riconoscimento del finanziamento della ricerca corrente.

Le Linee regionali per la gestione del SSR definiscono gli obiettivi ed i relativi risultati attesi di pertinenza delle varie aziende sanitarie articolandoli per area tematica, nonché le risorse complessivamente disponibili del SSR e le regole/vincoli gestionali. Di seguito vengono riportati gli obiettivi che vedono il coinvolgimento diretto dell'Istituto:

### 3.1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

<b>Linea 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	<b>Risultato atteso</b> Operatori aziendali formati	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica, SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	<b>Risultato atteso</b> Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)	SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	<b>Risultato atteso</b> Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati	SOC Radiologia Oncologica
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<b>Risultato atteso</b> - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella < o = a gg 30 - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%	SOC Radiologia Oncologica  SOC Chirurgia Oncologica del Seno  SOC Radiologia Oncologica
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la	<b>Risultato atteso</b> Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95% Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni	SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale

codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening		
<b>Linea 3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<b>Risultato atteso</b> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare	Direzione medica/SPPA
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino. Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	<b>Risultato atteso</b> Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali, LLGG regionali sulla tubercolosi applicate	Direzione medica/SPPA
<b>Linea 3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	<b>Risultato atteso</b> è adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.	Direzione medica/SPPA
<b>Obiettivo aziendale</b> Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori	<b>Risultato atteso</b> indicatori regionali monitorati	Direzione medica

regionali		
<b>Linea 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	<b>Risultato atteso</b> In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati	Direzione medica
<b>Obiettivo aziendale</b> Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	<b>Risultato atteso</b> Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci	Direzione medica
<b>Linea 3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	<b>Risultato atteso</b> contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica SOC Anestesia e Rianimazione

### 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE ED ASSISTENZA SOCIOSANITARIA:

#### 3.2.1 Assistenza Distrettuale

<b>Linea 3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<b>Obiettivo aziendale</b> 1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età 2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	<b>Risultato atteso</b> 1. Evidenza della partecipazione  2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al 31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019	Direzione medica
<b>Linea 3.2.1.3. Riabilitazione</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> 1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano	<b>Risultato atteso</b> 1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di	Direzione medica

Regionale della Riabilitazione. 5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica	lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione. 5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica	
<b>Linea 3.2.1.5. Superamento contenzione</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b> 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	<b>Risultato atteso</b> 1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016	Direzione medica

### 3.2.2 Assistenza Sociosanitaria

<b>Linea 3.2.2.6. Cure palliative e terapia del dolore</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<b>Obiettivo aziendale</b> 2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale 4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale 6. Criteri di priorità della visita algologica 7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018 8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	<b>Risultato atteso</b> 2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione 4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati 6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale 7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019 8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale SOC Anestesia e Rianimazione

### 3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

<b>Linea 3.3.2. Appropriately prescrittiva</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>																		
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa - 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza - Azioni intraprese per le categorie principali</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>	<p>SOSD Farmacia/Strutture di Oncologia/SOC Oncologia Radioterapica /SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari</p>																		
<b>Linea 3.3.4. Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale</b>																				
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019. I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,0%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,9%</td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,0%</td> <td>98,7%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>MEDIA FVG (2017)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,06</td> <td>≤ 25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table> <p>Modalità di valutazione complessivi: - 6-8 indicatori a target = <u>RAGGIUNTO</u> - 4-5 indicatori a target = <u>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</u> - &lt; 4 indicatori a target = <u>NON RAGGIUNTO</u></p>	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%	INDICATORE	MEDIA FVG (2017)	Target a cui tendere	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤ 25 up pro cap	<p>SOSD Farmacia</p>
CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere																		
C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%																		
C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%																		
N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%																		
INDICATORE	MEDIA FVG (2017)	Target a cui tendere																		
Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤ 25 up pro cap																		
<b>Linea 3.3.5. Biosimilari</b>																				
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile</p>	<p><b>Risultato atteso</b> - Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e</p>	<p>SOSD Farmacia</p>																		

	<p>semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei.</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;</p>	
<b>Linea 3.3.6. Distribuzione diretta (DD)e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Invio di due report semestrali sull'attività svolta La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati. Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no</p>	SOSD Farmacia
<b>Linea 3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali</b>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019. Modalità di valutazione: Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.08.2019 sì/no</p>	Responsabile anticorruzione e trasparenza
<b>Linea 3.3.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> <b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b> Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità. Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA. Modalità di valutazione Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no</p>	SOSD Farmacia

<p>critéri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b> <b>Cartella oncologica informatizzata</b> La cartella oncologica informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti. Modalità di valutazione: Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>	<p>Strutture di Oncologia / SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> <b>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</b> Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p><b>Risultato atteso</b> % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq 90\%</math> Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - <math>\geq 90\%</math>: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - <math>&lt; 75\%</math>: obiettivo non raggiunto</p>	<p>Strutture Cliniche</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> <b>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</b> Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali</p>	<p><b>Risultato atteso</b> % di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: <math>\geq 65\%</math> Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti <math>&gt; 65\%</math> raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti</p>	<p>Strutture Cliniche</p>

<p>modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo). Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>&lt; 50% non raggiunto Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b> <b>Flussi informativi farmaceutica</b> Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM). Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti). Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%). Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate. Modalità di valutazione: - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % &gt; 99,5%: raggiunto % tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto % &lt; 9 - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no 9%: non raggiunto</p>	SOSD Farmacia
<b>Linea 3.3.10 Farmacovigilanza</b>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle</p>	SOSD Farmacia

interessati e il supporto alle attività organizzative.	attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)							
<b>Obiettivo aziendale</b> Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	<b>Risultato atteso</b> Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere. Modalità di valutazione: Partecipazione agli incontri periodici sì/no Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.	SOSD Farmacia						
<b>Obiettivo aziendale</b> Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF	<b>Risultato atteso</b> Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati Modalità di valutazione: 1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati 2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione del 75% degli operatori sanitari individuati 3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati	Operatori sanitari individuati						
<b>Obiettivo aziendale</b> Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line	<b>Risultato atteso</b> Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019 Modalità di valutazione: Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018 <table border="1" data-bbox="564 1688 1046 1868"> <thead> <tr> <th></th> <th>% di segnalazioni online/segnalazioni totali</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASUI-TS</td> <td>&gt;50% ≤70%</td> </tr> <tr> <td>AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO</td> <td>&gt;70%</td> </tr> </tbody> </table> L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo: 1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI-TS e del 5% per i restanti Enti del		% di segnalazioni online/segnalazioni totali	ASUI-TS	>50% ≤70%	AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%	SOSD Farmacia
	% di segnalazioni online/segnalazioni totali							
ASUI-TS	>50% ≤70%							
AAs3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%							

	<p>SSR</p> <p>2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR</p> <p>3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 3.4 ACCREDITAMENTO

Linea 3.4. Accreditamento		STRUTTURE COINVOLTE
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti</p> <p>2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti</p> <p>3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>1. Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</p> <p>2. Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento</p> <p>3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas</p> <p>4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017</p>	<p>Direzione medica /Referenti aziendali individuati</p>

### 3.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Linea 3.5.3. Reti di patologia		STRUTTURE COINVOLTE
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Reti di patologia: Malattie rare</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Ogni rete di gruppo nosologico deve:</p> <p>1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale,</p> <p>2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti</p>	<p>SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale</p>

	dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.	
<b>Linea 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</b>		
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	Strutture di ricovero
<p>2. riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service</p> <p>3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti</p>	<p>2. percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l’età adulta che pediatrica.</p> <p>3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).</p>	

### 3.6 RETE CURE SICURE FVG

<b>Linea 3.6. RETE CURE SICURE FVG</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	Direzione medica / Rischio clinico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• programma “Antimicrobial Stewardship”</li> <li>• programma “Controllo delle infezioni correlate all’assistenza”</li> <li>• programma “Sicurezza del farmaco”</li> </ul>		

### 3.7 PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

<b>Linea 3.7. PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH</b>		<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>	Direzione medica /Referenti aziendali/SPPA
<p>Prosecuzione della strutturazione della rete HPH FVG e avvio dei progetti riguardanti i dipendenti e pazienti</p>	<p><u>Personale dipendente</u> benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni)</li> <li>- al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)</li> <li>- nel caso di indice che indirizza verso una</li> </ul>	

	<p>situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuove strategie di equilibrio psico-fisico</li> <li>- consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra</li> <li>- propone un'attività fisica adeguata</li> <li>- individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva</li> </ul> <p><u>Pazienti</u></p> <p>astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione.</li> </ul>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 3.8 RAPPORTO CON I CITTADINI

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2019 si prevede di proseguire con le stesse modalità del 2018; in particolare:

- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: *Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*).
- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).

Linea 3.8.1 Tempi d'attesa	STRUTTURE COINVOLTE	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale</li> </ul> <p>Prosecuzione dell'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche</p> <p>assicurare la "garanzia" erogativa per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'allegato A delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2019.</p> <p>Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Monitoraggio regionale e ministeriale</p> <p>L'organizzazione delle agende consente la prenotazione online del cittadino dell'offerta.</p> <p>"garanzia" erogativa per le priorità B al &gt; 95%, per la priorità D al &gt; 90% e per le priorità P al &gt; 85%.</p> <p>Agende informatizzate e disponibili a CUP regionale.</p> <p>Sospensione della libera professione</p>	<p>Direzione medica /SOSD Controllo di gestione per la parte di LP</p> <p>Direzione medica</p> <p>Strutture cliniche</p> <p>Direzione medica</p>

<p>essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.</p> <p>- Sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.</p> <p>Rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici</p> <p>Libera professione</p>	<p>intra-moenia ai medici che non rispettano i valori oltre soglia sopra riportati e/o non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità A che rispettano i tempi d'attesa &gt;=95%</p> <p>% di interventi chirurgici monitorati e prescritti con priorità B, C e D che rispettano i tempi d'attesa &gt;=90%</p> <p>Rispetto del rapporto di priorità tra attività libero professionale e le priorità di garanzia per il cittadino</p>	<p>Direzione medica</p> <p>Strutture chirurgiche</p> <p>Direzione medica</p>
<p><b>Linea 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie</b></p>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti.</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p>	<p>Direzione medica</p>
<p><b>Linea 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</b></p>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Prosecuzione dei programmi avviati nel 2017:</p> <p>- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p>	<p>Strutture cliniche</p>

<p>isolamento).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</li> <li>- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.</li> <li>- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</li> </ul>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

#### 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Linea 4 IL SISTEMA INFORMATIVO		STRUTTURE COINVOLTE
<p><b>Obiettivo aziendale</b>  Revisione sistemi contabili:  Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)  Individuazione siti pilota  Configurazione e avviamento siti  Configurazione siti rimanenti</p>	<p><b>Risultato atteso</b>  90% degli incontri  31.3.2019  30.9.2019  31.12.2019</p>	<p>SOC Gestione risorse umane e SOC gestione economico-finanziarie</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b>  Cartella clinica:  Partecipazione gruppo di lavoro  Individuazione siti pilota  Configurazione e avviamento siti</p>	<p><b>Risultato atteso</b>  90% incontri  30.6.2019  31.10.2019</p>	<p>Direzione medica</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b>  Completamento della ricetta dematerializzata</p>	<p><b>Risultato atteso</b>  Farmaceutica &gt;90%</p>	<p>Strutture cliniche</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b>  - Firma digitale</p>	<p><b>Risultato atteso</b>  - Referti ambulatoriali per interni ed esterni &gt; 95%  Laboratorio &gt;98%</p>	<p>Strutture che svolgono attività di ricovero e/o attività ambulatoriale</p>

<p>- Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale</p>	<p>Radiologia &gt; 98% Lettera di dimissione &gt; 98%</p> <p>- 100% degli accessi</p>	<p>Operatori Front Office</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)</p>	<p><b>Risultato atteso</b> 31.12.2019</p>	<p>SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Partecipazione al corso</p> <p>50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019</p>	<p>Direzione strategica</p> <p>SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica / SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche</p>
<p><b>Linea 4.1 Sistema PACS regionale</b></p>		
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.</p>	<p>Direzioni</p>
<p><b>Obiettivo aziendale</b> Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di</p>	<p><b>Risultato atteso</b> Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in</p>	<p>Direzioni</p>

un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	
<b>Obiettivo aziendale</b> Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	<b>Risultato atteso</b> Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.	Direzioni
<b>Obiettivo aziendale</b> Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri. Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	<b>Risultato atteso</b> Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale. ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.	Direzioni

Nello stesso documento sono riportati, nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, i vincoli operativi e le indicazioni che devono essere rispettati dall'Istituto e che sono rappresentati da:

- contenimento della spesa farmaceutica ai valori aziendali registrati nel 2018;
- riduzione del 3% del costo dei dispositivi medici anno 2018;
- contenimento del costo delle manutenzioni ordinarie edili impiantistiche al valore di chiusura 2015;
- proseguire le azioni per il rispetto della normativa di spending review;
- riduzione dell'1% del costo del personale 2018 (proiezione 2° report) pari a € 327.974,06;
- adozione del piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2019-2021 in sede di predisposizione del PAO;
- ricorso all'istituto di acquisto di prestazioni per il personale del comparto (infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica) solo nelle ipotesi di attesa di espletamento di procedure concorsuali o di utilizzo di graduatorie concorsuali realizzate a livello regionale e previa preventiva autorizzazione della DCS;
- sperimentazione di una modalità di gestione dell'acquisto di prestazioni della dirigenza sanitaria attraverso l'assegnazione da parte della regione di un budget iniziale e una corrispondente riduzione dell'importo di finanziamento RAR, previa intesa sindacale e preventiva autorizzazione della DCS.

## **Processo di budget**

La programmazione annuale aziendale attraverso lo strumento del budget fa propri e persegue gli obiettivi/vincoli definiti dalla programmazione regionale e nazionale, assicurandone il conseguimento attraverso la declinazione degli stessi in obiettivi operativi da misurarsi attraverso appositi indicatori. Lo strumento di budget in termini di contenuti non si esaurisce però con quanto disposto a livello regionale e nazionale ma individua ulteriori obiettivi strategici (ad esempio le attività nell'ambito dei gruppi multidisciplinari). Gli obiettivi di budget possono essere espressi sotto forma di:

- Volumi di attività
- Attrattività e autosufficienza
- Efficienza operativa e appropriatezza
- Progettualità regionali
- Ricerca
- Progetti RAR
- Consumi di prodotti sanitari
- Risorse umane negoziate

Il direttore generale avvia il percorso di budget attraverso il quale viene esplicitata l'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2019. Il percorso è seguito in tutte le sue fasi dal comitato di budget costituito dalle seguenti figure professionali:

- direttore generale;
- direttore sanitario o suo sostituto;
- direttore scientifico o suo sostituto;
- il direttore amministrativo o suo sostituto;
- responsabile della SOSD direzione medica di presidio;
- responsabile della SOSD delle professioni sanitarie;
- responsabile della SOSD Farmacia;
- responsabile della SOSD Controllo di Gestione.

Il processo di budget è articolato per centri di responsabilità di attività ai quali compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali o di supporto assegnati e per centri di responsabilità di risorsa ai quali compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più centri di attività (quali personale, beni, servizi ecc.). Per l'anno 2019 i centri di responsabilità di attività sono le strutture operative complesse, le strutture semplici dipartimentali e gli uffici di staff delle direzioni:

### **elenco centro di responsabilità**

	dirigenza	Comparto
<b>Dipartimento di Oncologia Medica</b>		
SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	X	X
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	X	X
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	X	X
SOSD Psicologia Oncologica	X	X
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	X	X
<b>Dipartimento di Oncologia Chirurgica</b>		
SOC Chirurgia Oncologica Generale con indirizzo su sarcomi, tumori rari e multi-viscerali	X	X
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	X	X

SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	X	X
SOC Anestesia e Rianimazione	X	X
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	X	X
<b>Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori</b>		
SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	X	X
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	X	X
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	X	X
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	X	X
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	X	X
SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	X	X
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	X	X
<b>Dipartimento delle Alte Tecnologie</b>		
SOC Radiologia	X	X
SOC Medicina Nucleare	X	X
SOC Fisica Sanitaria	X	X
SOC Oncologia Radioterapica	X	X
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	X	X
<b>Direzione Amministrativa</b>		
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	X	X
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	X	X
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	X	X
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	X	X
<b>Direzione Generale</b>		
Direzione Generale (segreteria, SPPA, URP)		X
SOSD Controllo di Gestione	X	X
<b>Direzione Sanitaria</b>		
SOSD Direzione Medica di Presidio	X	X
SOSD Direzione delle professioni sanitarie	X	
SOSD Farmacia	X	X
<b>Direzione Scientifica</b>		
Direzione Scientifica (Uffici di staff)	X	X
SOC Epidemiologia e Biostatistica	X	X

## **Fasi del processo di budget**

Per l'esercizio 2019 il percorso prevede le seguenti fasi:

- presentazione delle seguenti linee di budget alla direzione strategica per la validazione;
- incontri di istruttoria di budget tra i singoli responsabili dei centri di attività e un gruppo di supporto ristretto costituito dal direttore sanitario, dal direttore scientifico, dai responsabili delle SOSD direzione delle professioni sanitarie e del controllo di gestione. L'esito di queste riunioni è quello di procedere, dopo un'analisi dei dati di performance della struttura, alla definizione di una proposta di budget di obiettivi rilevanti e coerenti rispetto alla programmazione regionale, nazionale e aziendale, misurabili e correlati alle risorse assegnate;
- svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra il comitato di budget, il singolo direttore/responsabile dei vari centri di responsabilità e il direttore di dipartimento;
- predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della SOSD controllo di gestione. Ciascuna struttura operativa complessa e semplice dipartimentale (nel caso di risorse e attività chiaramente attribuibili) disporrà di una scheda riepilogativa nella quale sono evidenziati gli obiettivi, gli indicatori, i target, i criteri di valutazione e le risorse di personale negoziate. Nella scheda verranno distinti gli obiettivi correlati alla retribuzione di risultato/incentivazione, alle risorse aggiuntive RAR e alla quota di produttività strategica;
- invio delle schede ai singoli responsabili che dovranno diffonderle ai propri collaboratori e restituire copia firmata alla SOSD controllo di gestione;
- approvazione delle schede di budget con deliberazione del direttore generale;
- monitoraggio e revisione del budget a partire dal mese di giugno a seguito della disponibilità del I rendiconto quadrimestrale infrannuale.

Cronoprogramma di attuazione del processo di budget:

<b>Attività</b>	<b>Periodo</b>	<b>Strutture/figure coinvolte</b>
Avvio del percorso	entro il 10 gennaio	Direzione Strategica
Stesura linee guida budget e validazione delle stesse da parte della direzione strategica	entro il 15 gennaio	controllo di gestione/direzione strategica
Predisposizione schede di performance per singola struttura operativa	entro il 25 gennaio	controllo di gestione
Riunioni di istruttoria di budget	dal 28 gennaio – al 08 febbraio	direttore scientifico/direttore sanitario/ dirigente delle professioni sanitarie/responsabile controllo di gestione/ direttori/responsabili dei centri di attività/direttore di dipartimento
Predisposizione proposte di budget per struttura operativa	entro 15 febbraio	controllo di gestione
Riunioni di negoziazione budget con la singola struttura	dal 18 febbraio al 10 marzo	comitato di budget/ direttori, responsabili dei centri di responsabilità/direttore di dipartimento
Stesura definitiva delle schede di budget e invio delle schede ai singoli responsabili di budget	entro 22 marzo	controllo di gestione
Predisposizione e approvazione del budget con deliberazione del direttore generale	entro 31 marzo	controllo di gestione/direzione generale
Riunioni di revisione di budget (n. 2 appuntamenti di eventuale revisione infra-	a partire dal mese di giugno	comitato di budget

esercizio).		
Valutazione conclusiva	entro il 30 aprile 2020	comitato di budget/OIV

### **Valutazione degli obiettivi**

#### **Verifiche intermedie degli obiettivi**

Durante l'esercizio verrà garantito un monitoraggio degli obiettivi di budget almeno con cadenza trimestrale. Mensilmente verrà inoltre prodotta una reportistica che confronta a livello temporale i dati di attività e di consumo per struttura operativa. Nel corso dell'esercizio saranno organizzate due serie di incontri tra il comitato di budget e i singoli responsabili di budget per l'analisi dei risultati infrannuali e degli scostamenti rispetto al budget assegnato. Durante questi incontri verranno valutate eventuali cause esterne non governabili dalla struttura che rendano necessaria una revisione degli obiettivi.

#### **Valutazione annuale degli obiettivi**

Il raggiungimento degli obiettivi deve essere attestato dalla Direzione di competenza (generale, scientifica, sanitaria e amministrativa), sulla base del sistema di monitoraggio aziendale, fatto salvo le rilevazioni ancora in capo alle singole strutture per le quali i direttori/responsabili produrranno i report e le evidenze di specie. All'Organismo indipendente di valutazione (OIV) spetta la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso; a tale scopo l'OIV può richiedere supplementi di istruttoria rispetto alla documentazione proposta dalle Direzioni competenti, qualora la stessa non sia ritenuta probatoria.

E' prevista la seguente scala di verifica e valutazione della performance di struttura raccordata con la scala di riconoscimento dell'indennità di risultato/produttività collettiva:

#### **ANNO 2019**

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
<b>grado di conseguimento</b>	<b>percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva</b>
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

**Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.**

