

# 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



CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO AVIANO
30 GIU. 2016
PROT. N. 10995/CG

## Relazione sulla performance anno 2015

1	Presentazione .....	2
2	Normativa di riferimento .....	2
3	Programmazione triennale e annuale .....	3
3.1	Monitoraggio della gestione .....	5
4	Gestione per budget .....	36
4.1	Definizione degli obiettivi .....	36
4.2	Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti .....	37
4.3	Valutazione della performance individuale.....	37

## **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 2015 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 2015 si è inserita in un contesto economico e normativo condizionato:

- a) dall'avvio dei nuovi enti del SSR
- b) dalla stabilizzazione del finanziamento complessivo a quello dell'anno 2014, con necessità di contenere e riqualificare ulteriormente la spesa corrente per riavviare gli investimenti per l'innovazione e le tecnologie;
- c) dalla permanenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e 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";
- d) dalla modifica della geografia dei servizi tramite:
  - rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza fuori dell'ospedale;
  - avvio graduale della riduzione dei posti letto per acuti al 3,0 per 1.000 abitanti e dell'aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti, tenendo conto della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 che ha definito gli standard e le funzioni dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria;
- e) dalla scadenza del Piano Sociosanitario Regionale e del Piano della Prevenzione;
- f) dalla prosecuzione del percorso intrapreso nell'anno precedente di revisione delle modalità di assegnazione alle aziende del finanziamento del SSR che prevede il superamento dell'attuale metodo di attribuzione per area vasta e l'applicazione di un nuovo sistema impostato su criteri standard su base di popolazione pesata e su standard di riferimento individuati attraverso le migliori performance fra le aziende oppure tramite riferimenti nazionali;
- g) dalla previsione di misure complessive volte a favorire il contenimento dei costi quali:
  - ✓ riduzione della farmaceutica ospedaliera del 2% rispetto al 2014 per le aziende non in linea con gli standard NISAN;
  - ✓ riduzione della spesa di dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2014 per le aziende non in linea con gli standard NISAN;
  - ✓ numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 4, con esclusione della branca di laboratorio;
  - ✓ tasso di ospedalizzazione di ogni azienda 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;
  - ✓ costi per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non superiori a quelli sostenuti nel 2014, 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;
  - ✓ avvio per le aziende del SSR del processo di adeguamento alle regole amministrativo-contabili previste dal Titolo II del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i..

Le scelte strategiche regionali per il 2015 sono orientate alla governance clinica integrata e più in particolare:

- ✓ revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità;
- ✓ promozione della salute e assistenza integrata;
- ✓ razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili;
- ✓ adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di valutazioni di tecnologia (HTA), sia per le tecnologie che per i processi assistenziali;
- ✓ avvio della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse;
- ✓ introduzione più estesa di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità.

L'iter della programmazione per l'anno 2015 è stato condizionato dall'approvazione della L.R. 17/2014 del 16.10.2014 di "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitario e sociosanitaria" che ha prorogato al 31.03.2015 i termini per l'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del SSR.

Il percorso di predisposizione del programma aziendale 2015 si è realizzato attraverso la seguente sequenza:

- approvazione preliminare delle linee per la gestione del SSR anno 2015 (DGR. 153 del 30.01.2015);
- invio alla Aziende delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivo 2015", avvenuto con nota prot. n. 2663/P del 05.02.2015;
- elaborazione da parte delle Aziende della proposta di PAL/PAO 2014 e trasmissione della stessa alla DCSISSPSF (prot. CRO n. 3847/DG del 02.03.2015);
- approvazione definitiva delle linee da parte della Giunta (DGR 394 del 06.03.2015) che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR;
- negoziazione in data 18.03.2015 della DCSISSPSF per la verifica della fattibilità tecnica, della sostenibilità economica e del rispetto delle indicazioni pianificatorie regionali della proposta di PAO presentata dal CRO;
- invio, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCSISSPSF), delle osservazioni sulla negoziazione intercorsa (mail in data 24.03.2015)
- approvazione del PAL/PAO 2015 (deliberazione CRO n. 84 del 31.03.2015);
- adozione del programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1363 del 10.07.2015, integrata e modificata con le DGR n.1871 del 25.09.2015, DGR 2434 del 04.12.2015 e DGR 2560 del 22.12.2015)
- approvazione del Patto tra Regione e Direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 1364 del 10.07.2015).

Tenuto conto dello scenario di riferimento e delle scelte strategiche regionali, le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2015 sono orientate allo sviluppo delle seguenti progettualità:

- ✓ progetti di riorganizzazione delle funzioni;

- ✓ prevenzione;
- ✓ assistenza primaria;
- ✓ progetti attinenti le attività clinico-assistenziali;
- ✓ assistenza farmaceutica
- ✓ progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari;
- ✓ progetti attinenti le attività amministrative e tecniche.

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. 2560 del 22.12.2015, 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. 131 del 15.05.2015)	II trimestre (delibera CRO n. 183 del 13.08.2015)	III trimestre (delibera CRO n. 237 del 29.10.2015)
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. 108 del 03.05.2016).

#### Sintesi dei risultati della programmazione anno 2015

Il 2015 si è caratterizzato essenzialmente per il rinnovo della direzione generale, sanitaria ed amministrativa dell'Istituto e per l'adozione da parte della Regione FVG di provvedimenti definibili come conseguenti e applicativi dei contenuti della riforma approvata con la legge 17/2014.

L'ultimo trimestre del 2015 ha visto la direzione dell'Istituto impegnata nella definizione e nella presentazione della proposta di Atto Aziendale che è stata approvata dalla Regione con decreto n. 193/SPS del 10.03.2016 e adottata dall'Istituto con deliberazione n. 52 del 22.03.2016.

Si è proceduto con alcune assunzioni per eliminare una situazione critica, all'interno dei servizi amministrativi, che rischiava di rendere improduttiva l'operatività quotidiana.

Sono state consolidate negli organici alcune strutture operative sanitarie anche attraverso la riorganizzazione di servizi.

Anche nel 2015 il CRO è riuscito, nel suo complesso, a mantenere 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 da OECl con l'attribuzione della certificazione di Comprehensive Cancer Center.

Sul versante scientifico l'Istituto ha sviluppato le linee di ricerca corrente 2015 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:

- Rafforzamento della partecipazione ai programmi di rete di Alleanza Contro il Cancro, in particolare della medicina personalizzata;
- Incremento di programmi di ricerca clinica e traslazionale ideati e coordinati da ricercatori CRO;
- Sviluppo meccanismi di supporto della ricerca traslazionale, in particolare infrastrutture per la ricerca;
- Incremento programmi di ricerca clinica e traslazionale ideati e coordinati da ricercatori CRO;
- Sviluppo del progetto di "Medicina personalizzata" e diagnostica precoce avanzata;
- Sviluppo ulteriore del programma di internazionalizzazione dell'Istituto;
- Sviluppo di strategie per mantenere il finanziamento della ricerca.

**Di seguito si riportano il monitoraggio della programmazione annuale 2015 (linee progettuali e obiettivi strategici contenuti nel patto del DG) ed i dati relativi all'attività e alle principali voci di costo degli anni 2014-2015:**

#### 1. Monitoraggio della programmazione annuale 2015

Linea progettuale n. 3.1.1 Nuovi atti aziendali	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Predisposizione proposta nuovo atto aziendale secondo i principi e criteri deliberati dalla Giunta regionale.	Proposta di nuovo atto aziendale, coerente con i principi e criteri regionali, predisposta ed inoltrata alla DCS entro il 30.06.2015, e comunque a seguito della deliberazione dei "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale" da parte della Giunta regionale.

**Attuazione al 31.12.2015**

Con nota prot. SP/2015/M/431 del 30.09.2015 la Regione ha prorogato al 30.10.2015 la scadenza per l'invio della proposta di atto aziendale. L'Istituto ha trasmesso la proposta con nota prot. 18081/DG del 30.10.2015.

**Linea progettuale n. 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi****Obiettivo aziendale**

Trasferimento all'EGAS delle seguenti funzioni:

1. avvio di concorsi di personale per il comparto
2. formazione secondo le indicazioni contenute nel piano regionale della formazione per le attività formative direttamente presidiate dalla Regione

**Risultato atteso**

Entro il 31.12.2015

**Attuazione al 31.12.2015**

1. con determinazione dirigenziale n. 177 del 14.05.2015 l'Istituto ha indetto avviso di mobilità riservato al profilo di collaboratore professionale esperto per n. 7 posti. La procedura ha portato all'individuazione di n. 1 domanda di mobilità accoglibile. L'Istituto ha comunicato il proprio fabbisogno aziendale di infermieri da soddisfare mediante il concorso unico regionale (nota prot. CRO n. 12472 del 17.07.2015). Come richiesto da EGAS, l'Istituto ha messo a disposizione n. 5 propri infermieri per supporto nell'espletamento delle attività concorsuali (nota prot. CRO n. 1027/DG del 21.01.2016).  
con determinazione dirigenziale n. 257 del 20.07.2015 l'Istituto ha indetto avviso di mobilità volontaria riservato al profilo di Operatore Socio Sanitario per n. 1 posto. collaboratore professionale esperto. La procedura ha portato all'individuazione di n. 1 domanda di mobilità accoglibile. L'Istituto ha quindi informato EGAS di non registrare – allo stato attuale – un fabbisogno di figure di Operatore Socio Sanitario da dover soddisfare mediante la procedura concorsuale regionale, chiedendo in ogni caso di poter fruire della graduatoria che ne scaturirà per eventuali fabbisogni futuri. Come richiesto da EGAS, l'Istituto ha messo a disposizione n. 1 proprio OSS per supporto nell'espletamento delle attività concorsuali (nota prot. CRO n. 3070/DG del 20.02.2016).
2. non è pervenuto il piano regionale della formazione ma l'Istituto ha comunque svolto tutte le attività richieste dalla Regione.

**Linea progettuale n. 3.1.6 Laboratori analisi e microbiologie e virologia****Obiettivo aziendale**

Laboratori analisi e Microbiologie e virologia

Predisposizione di un documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia

**Risultato atteso**

Completamento della nuova organizzazione con la realizzazione del centro HUB nel presidio ospedaliero di Pordenone.

- Elaborazione di documento condiviso tra AAS5 e CRO

**Attuazione al 31.12.2015**

attività rinviata al 2016 come da indicazioni contenute nelle linee per la gestione del SSR anno 2016

approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015.

**Linea progettuale n. 3.1.7 Posti letto**

**Obiettivo aziendale**

Avvio graduale della riduzione e/o riconversione dei posti letto ospedalieri , secondo gli standard previsti dagli allegati 1 e 2 della DGR n. 2673 del 30.12.2014.

**Risultato atteso**

Riduzione di 5 posti letto di DH

**Attuazione al 31.12.2015**

I posti letto DH del Dipartimento di Oncologia Medico sono stati ridimensionati delle unità richieste.

A conclusione del percorso di budget 2016 si è addivenuti alla redistribuzione della risorsa posti letto DH per struttura in base alla performance assistenziale di specie quali/quantitativa delle medesime, di cui alla comunicazione che sarà effettuata entro il 30 giugno 2016.

**Linea 3.1.9 bis Riorganizzazione delle funzioni di CARDIOLOGIA nell'Area Pordenonese**

**Obiettivo aziendale**

Trasferimento della funzione di Cardiologia presente al CRO

**Risultato atteso**

La funzione di Cardiologia del CRO è trasferita all'AAS5 (da luglio 2015).

**Attuazione al 31.12.2015**

attività rinviata al 2016 come da indicazioni contenute nelle linee per la gestione del SSR anno 2016 approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015.

**Linea 3.1.11 Riorganizzazione delle funzioni di MEDICINA NUCLEARE nell'Area Pordenonese**

**Obiettivo aziendale**

Trasferimento della funzione di Medicina Nucleare presente in AAS5

**Risultato atteso**

La funzione di Medicina Nucleare è trasferita dall'AAS5 al CRO (da giugno 2015).

**Attuazione al 31.12.2015**

attività rinviata al 2016 come da indicazioni contenute nelle linee per la gestione del SSR anno 2016 approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015.

**Linea progettuale n. 3.2.9 Screening Oncologici**

**Obiettivo aziendale**

Screening mammografico:

1. garantire una percentuale di controlli di

**Risultato atteso**

<p>secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. garantire una percentuale di esami negativi refertati entro 15 giorni dall'esecuzione per lo screening di primo livello</li> <li>3. migliorare l'offerta di screening e diagnosi precoce del tumore della mammella</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;10% (casi con esito di secondo livello "sospeso"/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica)</li> <li>2. &gt; 90%</li> <li>3. Collaborazione alla stesura di un protocollo condiviso con i professionisti per l'identificazione e la presa in carico delle donne con profilo di rischio eredo-familiare</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p><b>L'attività aziendale è in linea:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7,39%</li> <li>2. 99,91% AAS 5 di residenza</li> <li>3. È attivo in istituto un protocollo per le donne con profilo di rischio eredo-familiare che vede il coinvolgimento di diversi professionisti.</li> </ol>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Screening dei tumori del collo dell'utero: progettazione e riconversione del programma di screening dei tumori del collo dell'utero</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipazione alla fase preparatoria come da piano nazionale</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p>In attesa di indicazioni regionali</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Screening oncologici: garantire l'attività formativa</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>realizzare la formazione degli operatori sanitari dei centri di primo e secondo livello della regione.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p><u>screening del cervicocarcinoma</u>: è proseguita la formazione dei ginecologi colposcopisti dei centri di secondo livello</p> <p><u>screening del cancro colo-rettale</u>: la formazione è stata realizzata dagli operatori dell'Istituto con la partecipazione a convegni e con pubblicazioni che trattano dello screening</p> <p><u>screening mammografico</u>: nell'ottica di una riorganizzazione delle persone di riferimento dell'attività di screening regionale della mammella, l'attività di formazione è stata rinviata al 2016</p>	
<p><b>Linea progettuale n. 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari</b></p>	

<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Riabilitazione oncologica</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'individuazione dei bisogni riabilitativi del paziente oncologico;</li> <li>- la mappatura delle attività già presenti e la revisione delle stesse mediante un approccio multidisciplinare;</li> <li>- la condivisione con AAS5 di alcune attività inerenti al tema della riabilitazione mediante consulenze specialistiche ortopediche, cardiologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, neurologiche e pneumologiche;</li> <li>- l'individuazione di una figura di coordinamento di tutte le attività riabilitative.</li> </ul>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p>L'individuazione di una figura di coordinamento di tutte le attività riabilitative al CRO che si confronti con l'AAS5 non è stata attivata ma è stata posticipata all'anno 2016 in considerazione della ridefinizione della convenzione con la AAS5 e di quanto previsto dalla nuova Direzione dell'Istituto che nel nuovo Atto Aziendale all'Art.9 Funzione Ospedaliera prevede che "...l'Istituto ritiene di attivare.... una struttura dedicata alla riabilitazione del paziente oncologico in coerenza con le recenti acquisizione della letteratura scientifica e analogamente a quanto realizzato nei Comprehensive Cancer Centers..."</p>	
<p><b>Linea progettuale n. 3.4.3 Reti di patologia</b></p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Individuazione dei referenti tecnici per le attività di cooperazione sanitaria che, fra l'altro, consenta la collaborazione nel percorso di adozione del progetto obiettivo sulla sanità transfrontaliera ed alla predisposizione del piano di integrazione sociosanitaria per l'integrazione dei sistemi sociosanitari italiani e sloveni.</p> <p>I referenti dovranno inoltre diventare i principali interlocutori della Direzione centrale salute per le attività di sviluppo sui temi, in via particolare ma non esclusiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostegno all'empowerment del cittadino nei rapporti con le istituzioni sanitarie, di sistemi esperti per il supporto alle decisioni cliniche sulle malattie croniche.</li> <li>- Individuazione nell'ambito delle patologie croniche, di modalità di monitoraggio dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti tramite soluzioni tecnologiche anche fortemente innovative.</li> </ul>

<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
<p>-il CRO ha valutato ipotesi collaborative in vista dei bandi Italia-Slovenia, confrontandosi in particolare con cordata progettuale finanziata nella precedente programmazione, da cui l'identificazione di referenti tecnici coinvolgibili anche in territorio sloveno.</p> <p>il CRO ha posto in essere iniziative su ricerca ed europrogettazione, in collaborazione con altri enti della sanità Regionale (eventi Mattone Internazionale, H2020), basate sulla ricognizione dei bisogni informativi, formativi e di networking.</p> <p>- le ipotesi di collaborazione in vista dei bandi Italia-Austria hanno dato luogo a incontri finalizzati alla progettazione condivisa sui due lati del confine, includendosi tematiche di gestione ed empowerment del paziente oncologico, già coordinate dal CRO nelle precedenti programmazioni.</p> <p>- il CRO ha vagliato ipotesi di attività d'impatto, in quanto a innovazione tecnologica a supporto della sanità del territorio, potenzialmente finanziabili a livello internazionale (es: network di bioinformatica)</p>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Rete delle malattie rare	partecipazione alle attività regionali di rilancio della rete malattie rare con definizione di almeno 3 percorsi assistenziali
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
<p>la S.O.C. di Gastroenterologia Oncologica del CRO partecipa alla rete regionale delle malattie rare per le seguenti malattie rare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (RA0020) Malattia di Whipple (Lipodistrofia intestinale),</li> <li>• (RB0040) Sindrome di Gardner</li> <li>• (RB0050) Poliposi familiare</li> <li>• (RI0010) Acalasia</li> <li>• (RI0020) Gastrite ipertrofica gigante</li> <li>• (RI0030) Gastroenterite eosinofila</li> <li>• (RI0050) Colangite primitiva sclerosante</li> <li>• (RI0060) Sprue celiaca</li> <li>• (RN0760) Sindrome di Peutz-Jeghers</li> </ul> <p>Con delibere regionali completate con la DRG 104 del 23-01-2015 sono stati formalizzati i seguenti percorsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (RB0040) Sindrome di Gardner</li> <li>• (RB0050) Poliposi familiare</li> <li>• (RI0060) Sprue celiaca</li> <li>• (RN0760) Sindrome di Peutz-Jeghers</li> <li>• e inoltre della HPNCC.</li> </ul>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>

Malattia oncologica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. definizione ed avvio dell'attività della rete oncologica</li> <li>2. implementazione dei percorsi diagnostici terapeutici per l'onco-ematologia</li> <li>3. stesura e aggiornamento di linee guida e schede per l'inserimento di nuovi farmaci per il trattamento di melanoma, neoplasie polmone, colon-retto e rene</li> <li>4. trasferimento della funzione di Oncologia al CRO dall' AAS5 (entro dicembre 2015).</li> </ol>
---------------------	--

**Attuazione al 31.12.2015**

1. attività rinviata al 2016 come da indicazioni contenute nelle linee per la gestione del SSR anno 2016 approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015.
2. con nota AAS 5 prot. 36649 del 22.05.2015 le direzioni sanitarie aziendali (CRO e AAS 5) hanno approvato il progetto di integrazione della funzione di ematologia in Area Vasta".
3. colon retto: sono state definitivamente adottate le linee guida interne all'Istituto sul trattamento del carcinoma colon-retto in fase adiuvante, localmente avanzato e metastatico.

polmone: è stata redatta una linea guida per le neoplasie del polmone avanzato per l'impiego dei nuovi farmaci, in particolare è stato istituito un flusso per la richiesta di nivolumab.

melanoma: è stato definito e aggiornato il PDTA per i pazienti affetti da melanoma con l'individuazione degli indicatori da monitorare.

rene: è stata prodotta una linea guida che riguarda l'impiego di tutti i farmaci ad alto costo.

4. attività rinviata al 2016 come da indicazioni contenute nelle linee per la gestione del SSR anno 2016 approvate con DGR n. 2559 del 22.12.2015.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Cure palliative e terapia del dolore	<p>Sviluppo della presa in carico coordinata ed integrata tra i diversi setting in collaborazione con AAS5, in particolare per i pazienti oncologici.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. -Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.</li> <li>2. -Aumento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età &gt; ai 65 anni.</li> </ol>

**Attuazione al 31.12.2015**

1. E' proseguito il monitoraggio del dolore nei pazienti ricoverati o in accesso ambulatoriale mediante scala VNRS 0-10.
2. I decessi in abitazione per le persone in età > di 65 anni sono aumentati di oltre il 10%. Nel 2014 sono stati 23 mentre nel 2015 sono stati 31, con un aumento del 34,8% (dati forniti dall'AAS 5).

Nell'ambito della continuità assistenziale con il territorio, in collaborazione con la AAS5, sono state eseguite

nella provincia di Pordenone:

primo semestre: 201 interventi, tra i quali 37 posizionamenti (a domicilio e in hospice) di accessi venosi a permanenza e 164 visite specialistiche a domicilio

secondo semestre: 154 visite specialistiche tra domicilio del paziente, Hospice, R.S.A. e case di riposo. Nell'ambito di queste sono stati posizionati 50 accessi vascolari permanenti con ecoguida al letto del paziente.

#### Linea progettuale n. 3.4.5 Sangue ed emocomponenti

<b>Obiettivo aziendale:</b>  Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	<b>Risultato atteso:</b>  Contributo all'alimentazione del flusso informativo di cui è titolare AAS5
---	--

#### Attuazione al 31.12.2015

il CRO ha contribuito all'alimentazione dei flussi informativi di sua pertinenza ed è correttamente integrato nella funzione trasfusionale dipartimentale di cui è titolare AAS5.

#### Linea progettuale n. 3.4.6 Erogazione dei livelli di assistenza

<b>Obiettivo aziendale</b>  Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi (obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica)	<b>Risultato atteso</b>  < 15%
---	--------------------------------------

#### Attuazione al 31.12.2015

40,88% (fonte piano controlli)

<b>Obiettivo aziendale</b>  Riduzione del numero di ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica (obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica)	<b>Risultato atteso</b>  riduzione del 10% rispetto al valore 1.7.2014-31.12.2014 del tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico. Il tasso non deve comunque essere superiore al 50%.
---	---

#### Attuazione al 31.12.2015

Luglio-dicembre 2014: 0,86%

Gennaio-dicembre 2015: 0,35%

Riduzione percentuale: - 59,15%

(fonte piano controlli)	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Riduzione del percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni	< 4%
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
3,02% (fonte bersaglio)	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati	< 0,9
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
1 degenza media pre-operatoria (fonte bersaglio)	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Riduzione della percentuale di ricoveri ripetuti	< 5%
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
7,02% (fonte bersaglio)	
<b>Linea progettuale n 3.4.7 Tempi d'attesa</b>	
<b>Obiettivo di area vasta</b>	<b>Risultato atteso</b>
Predisposizione del Piano di contenimento dei tempi d'attesa, in una logica di integrazione con le strutture private presenti nel territorio aziendale e con il CRO.	Evidenza del piano per il contenimento dei tempi di attesa coerentemente ai volumi storici.
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
Il piano di contenimento dei tempi di attesa è stato monitorato e aggiornato con i volumi consolidati dell'anno 2015.	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Partecipazione allo sviluppo dei criteri di priorità regionali.	l'Azienda parteciperà allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale
<b>Attuazione al 31.12.2015</b>	
non sono stati avviati tavoli regionali per lo sviluppo di criteri di priorità.	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>

Individuazione di un responsabile unico per ciascun ente per la gestione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale.	Nomina formale di un responsabile unico per ciascun ente per la gestione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale.
--	--

**Attuazione al 31.12.2015**

con nota prot. n. 8743/DG del 18.05.2015 è stato nominato il responsabile unico delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale.

<b>Obiettivo di area vasta</b>	<b>Risultato atteso</b>
Attivare il comitato per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate, composto da rappresentanti dei cittadini e da professionisti	Attivazione entro aprile 2015 del comitato per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate.

**Attuazione al 31.12.2015:**

con nota del 30.04.2015 della AAS5 Friuli Occidentale è stato formalizzato il comitato per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni erogate a livello di Area Vasta.

<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso</b>
Implementazione delle agende di prenotazione Gestione della propria offerta. Monitoraggio tempi di attesa Agende di prenotazione	Si rimanda a quanto contenuto nel capitolo "Tempi di attesa" dell'allegato 6 "Proposta alla Giunta regionale di integrazione agli atti di programmazione regionale e modifiche agli atti di programmazione ed ai bilanci preventivi aziendali"

**Attuazione al 31.12.2015**

L'implementazione delle agende di prenotazione è stata eseguita secondo i criteri e le tempistiche (30 settembre) dettati dalla regione. È continuo il monitoraggio della loro apertura almeno a 12 mesi.

Il monitoraggio dei tempi di attesa è avvenuto a cura della Direzione Centrale Salute, comunicato alle aziende e inserito nella rendicontazione dell'obiettivo specifico contenuto nel Patto del DG. Il CRO ha inoltre partecipato al monitoraggio nazionale dei tempi di attesa inviando nei tempi previsti i propri dati alla DCS.

<b>Linea progettuale n 3.4.8 Rischio clinico</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
contribuire a garantire livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale attraverso la partecipazione	1. monitoraggio degli indicatori concordati 2. diffusione, messa a regime e monitoraggio delle

<p>alle principali linee di lavoro previste dal programma regionale Rischio Clinico</p>	<p>raccomandazioni ministeriali e dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rischio infettivo</li> <li>- lesioni da pressione</li> <li>- controllo del dolore</li> <li>- cadute</li> <li>- sicurezza nella documentazione sanitaria del percorso paziente</li> <li>- incident reporting</li> <li>- identificazione paziente</li> <li>- sicurezza nell'uso del farmaco inclusa la preparazione di antiblastici</li> <li>- sicurezza del percorso operatorio</li> </ul> <p>3. partecipazione ai programmi nazionali sul rischio clinico;</p> <p>4. sviluppo, adozione e diffusione degli strumenti per l'empowerment di cittadini e pazienti sulle tematiche del rischio;</p> <p>5. coordinamento dei programmi con le altre linee di lavoro regionali con la finalità di garantire gli stessi standard di sicurezza in tutti i livelli assistenziali erogati dal SSR</p> <p>6. pubblicizzazione delle performance.</p>
---	--

**Attuazione al 31.12.2015**

1. Il report relativo al primo semestre 2015 è stato trasmesso in data 7 settembre 2015 (prot. n. 14850/DG). Il report relativo al secondo semestre 2015 è stato trasmesso in data 30 marzo 2016 (prot. n. 5380/D)

2. In accordo con quanto previsto dal programma regionale del rischio clinico sono state diffusi, messi a regime e monitorati raccomandazioni ministeriali e/o programmi relativi al rischio infettivo (es. Antimicrobial Stewardship), lesioni da pressione, cadute, controllo del dolore, sicurezza della documentazione sanitaria, incident reporting, sicurezza nell'uso dei farmaci inclusa la preparazione di antiblastici (vedi check list rilevazione UFA e indicazioni esperti per il tavolo di confronto), identificazione del paziente, sicurezza del percorso operatorio.

3. Partecipazione alla rilevazione del programma PPS (Point Prevalence Survey) delle infezioni e dell'uso di antibiotici negli ospedali condotta nel mese di ottobre 2015.

4. Partecipazione allo sviluppo, adozione e diffusione di strumenti di empowerment di cittadini e pazienti

sulle tematiche del rischio (vedi contributi con propri operatori alla realizzazione del programma handbook)

5. Partecipazione con propri esperti al gruppo regionale per la Sicurezza del paziente ed il rischio clinico nel quale sono rappresentati i diversi livelli assistenziali regionali al fine di garantire il coordinamento dei programmi e gli stessi standard di sicurezza.

6. Sul tema non vi sono state ulteriori indicazioni nel corso dell'anno da parte del coordinamento regionale del governo e rischio clinico.

#### Linea progettuale n. 3.4.9 Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

##### Obiettivo aziendale

Contrasto all'inappropriatezza e alla sovra-diagnosi

##### Risultato atteso

Evidenza di alcuni interventi da prescrivere con maggiore prudenza coerentemente al programma internazionale di choosing wisely tra quelli proposti dal livello regionale.

##### Attuazione al 31.12.2015

Antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori. Azioni di contrasto: 1) partecipazione con propri esperti alla redazione delle LLGG regionali per la gestione delle Polmoniti batteriche; 2) avvio del programma aziendale (in coerenza con il mandato regionale) di Antimicrobial Stewardship

Posizionamento del catetere vescicale. Azioni di contrasto: 1) Corso di formazione per la diffusione delle linee guida regionali per la prevenzione e controllo delle infezioni delle vie urinarie e uso del catetere vescicale. 2) revisione del protocollo aziendale per l'uso del catetere vescicale. 3) revisione ed aggiornamento del bundle posizionamento e gestione del catetere vescicale.

#### Linea progettuale n. 3.5 Assistenza farmaceutica

##### Obiettivo aziendale

Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa

##### Risultato atteso

1. Prescrizioni di biosimilari (con particolare riferimento a epoietine, fattori di crescita granulocitari): 80% delle dosi utilizzate e distribuite appartengono a farmaci aggiudicati in gara regionale come alternativa biosimilare
2. analisi delle prescrizioni per singolo prescrittore secondo prescrizioni PSM e su report prodotto AAS5 evidenziano che i valori dei farmaci generici o biosimilari superano l'80% del totale della prescrizione nella stessa classe ATC
3. prescrizioni dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera sanitaria (TS): tendere ai valori target nazionali. Verrà inoltre valutata l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza quali ad esempio: inibitori di pompa protonica, antibiotici e farmaci per i disturbi

	<p>ostruttivi dell'apparato respiratorio favorendo i medicinali con il miglior rapporto di costo efficacia</p> <p>4. prosecuzione delle iniziative volte a informare i prescrittori del CRO all'utilizzo di farmaci acquistati centralmente.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il 95% delle dosi utilizzate e distribuite dei farmaci (epoetina e fattori di crescita granulocitari) appartengono a prodotti aggiudicati in gara regionale come biosimilare. Non si registrano consumi di corrispondenti farmaci branded.</li> <li>2. L'analisi delle prescrizioni dei singoli prescrittori effettuate con il sistema informativo PSM censite dall'AAS5 evidenzia che l'80% delle prescrizioni analizzate per classe ATC sono relative a farmaci biosimilari (report dell'AAS5).</li> <li>3. Il 100% delle prescrizioni dei medicinali a brevetto scaduto in riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF del sistema TS appartiene ai farmaci a brevetto scaduto così come forniti dal magazzino EGAS e su prescrizione PSM.</li> <li>4. Nel corso del 2015 è stato avviato e messo a regime il progetto che prevede l'acquisizione dei farmaci oncologici infusionali tramite l'EGAS. Dal lato della distribuzione diretta, i prescrittori del CRO sono stati informati e istruiti per l'utilizzo del sistema PSM limitandone la possibilità prescrittiva ai farmaci esistenti in buffer EGAS.</li> </ol>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Attività di farmacovigilanza</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>Assicurare tutti gli adempimenti di legge e promuovere l'uso sicuro dei medicinali attraverso attività di informazione e assistenza ai reparti</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015:</b></p> <p>gli adempimenti di legge in tema di farmacovigilanza (segnalazioni, rilevazione Adr, inserimento dei dati in RNF) sono stati assicurati (83 nell'anno 2015) anche a seguito di attività di formazione/informazione attuate sia con il personale che con i pazienti.</p>	

<p><b>Obiettivo aziendale</b>          Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante per i farmaci in questione la compilazione di detti registri;</li> <li>2. 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;</li> <li>3. L'azienda assicura: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese; l'integrale copertura della fase 3 su fase 2; la verifica della congruenza dei dati trasmessi con gli indicatori di qualità del dato disponibili.</li> <li>4. Le Aziende sanitarie implementeranno, secondo le modalità che saranno definite nel corso del 2015 dalla DCSISPSF, il sistema SIASA-File F ovvero sistemi validati e condivisi per i pazienti regionali in regime di ricovero, prestazioni ambulatoriali e distribuzione diretta al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Viene mantenuto il sistema PSM per i flussi nominali della distribuzione diretta.</li> </ol>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. è attivo un monitoraggio trimestrale relativo all'inserimento dei dati nel Registro RFOM. La percentuale di completezza delle registrazioni è aumentata in questi ultimi anni pur in presenza di un crescente numero di farmaci oggetto di monitoraggio;</li> <li>2. 96,46%;</li> <li>3. sono proseguite le attività di copertura della fase 3 su fase 2, assicurando i flussi informativi entro il 10 di ogni mese verso le amministrazioni centrali;</li> <li>4. i dati sono sistematicamente inseriti nei sistemi PSM e ASCOT.</li> </ol>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b>          Prontuario terapeutico regionale e introduzione di sistemi omogenei di valutazione sull'impiego di farmaci</p>	<p><b>Risultato atteso</b>          Partecipazione alle riunioni con AAS5 e regionali finalizzate alla definizione di percorsi omogenei regionali per l'inserimento di nuove molecole e la valutazione sull'impiego di farmaci.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p>	

È continuata l'attività di integrazione dei PT con l'AAS 5 finalizzata alla definizione di percorsi omogenei sull'introduzione, impiego e monitoraggio dei farmaci.

<b>Obiettivo aziendale</b> Attuare i percorsi per uniformare le anagrafiche dei beni sanitari	<b>Risultato atteso</b> Messa a regime del nuovo sistema di denominazione secondo le indicazioni regionali.
--	--

**Attuazione al 31.12.2015**  
gli acquisti di dispositivi vengono predisposti con annotazione CND e i farmaci sono classificati con AIC.

<b>Obiettivo aziendale</b> Appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa (farmaceutica e integrativa)	<b>Risultato atteso</b> Individuazione per i prescrittori (territoriali, specialistici, ospedalieri) di specifici obiettivi correlati all'uso appropriato e sostenibile dei medicinali e dei prodotti di assistenza integrativa
--	--

**Attuazione al 31.12.2015:**  
In continuità con il 2014, nelle schede di budget delle strutture di oncologia e radioterapia è stato inserito un obiettivo di Adozione di politiche del farmaco con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo in accordo al Choosing Wisely di ASCO. E' quindi attivo un monitoraggio sull'applicazione delle LLGG, oltre al controllo della corrispondenza delle registrazioni tra prescrizioni G2clinico/PSM per i farmaci soggetti a registrazione oncoifa.

<b>Obiettivo aziendale</b> Incentivazione dei biosimilari	<b>Risultato atteso</b> Aumento dei livelli prescrittivi, anche attraverso specifici protocolli condivisi H-T (si applica a tutti i biosimilari che si rendono disponibili sul mercato, prioritariamente a GH, ormone della crescita e fattori di crescita).
--	---

**Attuazione al 31.12.2015**  
continua l'impiego dei biosimilari in ragione della disponibilità su mercato nazionale e ai provvedimenti di gara regionali, con assoluta prevalenza di consumi rispetto ai farmaci branded, secondo linee di motivazione in adozione dal 2010. Il monitoraggio deriva da distribuzione con impiego esclusivo di PSM per residenti regionali e adozione di richieste nominative anche durante le degenze.

<b>Obiettivo aziendale</b> Efficientamento della Distribuzione Diretta	<b>Risultato atteso</b> Favorire la prescrizione dei medicinali aggiudicatari di gara e introdurre opportuni sistemi di monitoraggio, coinvolgendo tutti gli specialisti interessati (compresi AOU e IRCCS)  (condivisione dell'elenco dei farmaci prescrivibili in DPC con gli specialisti e monitoraggio del ricorso alla clausola di non sostituibilità)
---	--

**Attuazione al 31.12.2015**  
In distribuzione diretta si utilizzano tutti i farmaci disponibili a Egas e quindi aggiudicatari di gara. Nel caso di farmaci non disponibili a Egas, si distribuiscono quelli registrati in Oncoifa a produttore unico con prezzo

determinato da AIFA. I dati al 30 settembre 2015 elaborati dall'AAS 5 evidenziano che gli specialisti non fanno ricorso alla clausola di non sostituibilità.

#### Linea progettuale n. 3.7.1 Rischio amministrativo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
rilevazione ed individuazione dei principali rischi amministrativi	<p>collaborazione alla rilevazione ed individuazione dei principali rischi amministrativi, in particolare nei seguenti settori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-acquisizione, gestione, valutazione del personale</li> <li>- acquisizione e gestione di beni e servizi sanitari e non sanitari</li> <li>- affidamento lavori, servizi e forniture,</li> <li>- provvedimenti con effetto esterno di spesa</li> <li>- libera professione</li> </ul>

#### Attuazione al 31.12.2015

##### L'attività aziendale è in linea:

L'istituto ha effettuato la mappatura dei rischi connessi all'attività amministrativa in attuazione alla legge n. 190/2012.

#### Linea progettuale n. 3.7.2 Sistema informativo

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completare l'avviamento dei servizi online per il cittadino	Sviluppare e implementare alcuni servizi prioritari per il cittadino (referti on line, pagamento on line, prenotazione on line, consultazione liste attesa), sulla base della tempistica regionale

#### Attuazione al 31.12.2015

Sono stati attivati secondo le indicazioni e tempistiche regionali i servizi di prenotazione on line, consultazione liste attesa e pagamenti on-line. Sui referti on line si resta in attesa di indicazioni regionali, al 31.12.2015 non sono state avviate attività a livello regionale.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Prosecuzione progetti avviati negli anni precedenti, in tema di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicurezza</li> <li>• Privacy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicurezza: uniformità in azienda dei documenti previsti per la sicurezza. Ottimizzazione delle procedure di revisione dei referti già firmati.</li> <li>- Privacy: uniformità in azienda di presentazione dell'informativa al cittadino e delle procedure di raccolta del consenso informato e di oscuramento e de-oscuramento.</li> </ul>

**Attuazione al 31.12.2015**

Si è provveduto alla modifica e aggiornamento del modulo informativa/consenso alla luce della legge regionale di riforma delle aziende sanitarie e ospedaliere che ha previsto la soppressione e l'istituzione di nuove aziende. I moduli standard (uniformi a livello regionale) vengono tutti compilati on line al primo accesso del paziente in istituto

**Obiettivo aziendale**

estensione della ricetta elettronica alla specialistica ambulatoriale

**Risultato atteso**

rispetto delle linee guida regionali

**Attuazione al 31.12.2015**

L'utilizzo della ricetta elettronica è stato esteso a tutti i medici dell'Istituto abilitati a prescrivere ricette.

**Obiettivo aziendale**

Estensione obbligatoria della firma digitale

**Risultato atteso**

E' obbligatorio l'utilizzo della firma digitale sui referti.  
La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente:  
-G2 clinico >80%  
- *Predisposizione del layout del modello di stampa per la firma digitale sulla lettera di dimissione ospedaliera entro il 31/12/2015*  
-Laboratorio e Microbiologia > 95%  
-Medicina Trasfusionale > 90%  
-Radiologia > 95%  
- -ECG > 80%

**Attuazione al 31.12.2015**

- G2 clinico totale: 51,44%
- è stata predisposta la procedura di stampa delle lettere di dimissione da G2 per tutti i reparti di degenza dell'istituto che consentirà l'adozione della firma digitale della lettera di dimissione, in attesa di linee regionali in particolare per l'attivazione della conservazione legale della lettera di dimissione.
- Laboratorio e Microbiologia: 100%
- Medicina trasfusionale: attività AAS 5
- Radiologia: 96,73%
- Cardiologia compresi ecg: 99,68%

**Obiettivo aziendale**

Attività innovative di sistema:  
1.Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero  
a.Attività propedeutiche alla realizzazione della Cartella integrata clinico assistenziale  
b.Estensione del sistema ECG  
2.Sistema direzionale aziendale  
a. governo del personale  
b. governo logistico

**Risultato atteso**

Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.

<p>3.Sistema direzionale regionale  a. data warehouse gestionale  b. sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili</p>	
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p>È garantita la collaborazione e la partecipazione ai tavoli regionali in materia.</p>	
<p><b>Linea progettuale n. 3.7.3 Sistema PACS regionale</b></p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>Estensione del sistema PACS all'ecografia ginecologica, all'endoscopia digestiva e alla radioterapia</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>rispetto del cronoprogramma regionale</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p>Risulta attiva l'estensione ed integrazione del PACS del settore della diagnostica ecografica ginecologica. Il cronoprogramma regionale nel corso del 2015 non ha previsto nessun coinvolgimento del CRO nel settore dell'endoscopia digestiva e non è disponibile quello relativo alla radioterapia.</p>	
<p><b>Linea progettuale n. 3.8 Attività a valenza regionale - Osservatorio Epidemiologico Ambientale</b></p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>partecipazione alle attività previste per l'anno 2015</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>elaborazione di analisi e report per le aree di Trieste e Monfalcone e Udine principalmente per quanto attiene alle patologie neoplastiche</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2015</b></p> <p>Lo studio è stato portato a termine, è stato consegnato il report definitivo alla Direzione Centrale Salute FVG al 31 dicembre 2015. Tale rapporto è stato in seguito elaborato graficamente ed è disponibile sul sito della Regione FVG.</p>	

2. Monitoraggio degli obiettivi contenuti nel Patto annuale per l'anno 2015 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	Punteggio
Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	I tempi d'attesa previsti dalla DGR 1439/2011 sono rispettati	Rispetto dei tempi di attesa a partire dal 1/10/2015 come da documento allegato alla DGR 1364/2015	25

**risultato ottenuto al 31.12.2015**

Nel corso del 2015 la Regione non ha formalmente completato la revisione del metodo di calcolo degli Indici di performance, ovvero non sono stati definiti i dettagli per il passaggio dalla rilevazione a "settimana indice" (campionaria) al monitoraggio "in tempo reale", secondo criteri di continuità, dell'erogato o prenotato o entrambi. Il report inviato dal livello regionale fa riferimento al periodo che va da metà novembre, al 31 dicembre 2015, mentre l'obiettivo di cui sopra prevede un monitoraggio sull'ultimo trimestre 2015. Si sottolinea altresì che la rilevazione fa riferimento ai soli assistiti della Azienda Sanitaria 5 di Pordenone, mentre l'ambito di popolazione dell'Istituto è regionale e nazionale, come previsto dalla mission di IRCCS. Ciò detto, per gestire criticità di determinati momenti, che il sistema dell'offerta dell'azienda ha evidenziato, nel corso del 2015, è stato condotto un articolato programma di riorganizzazione dell'offerta medesima e di revisione delle agende informatizzate di prenotazione, finalizzato al miglioramento delle capacità di risposta alle richieste degli assistiti. In particolare si è provveduto a:

- rivedere periodicamente l'offerta delle prestazioni erogate presso l'Istituto, ridefinendo i volumi complessivi e quelli attribuiti alle diverse priorità cliniche;
- rendere progressivamente disponibile la prenotazione secondo priorità di tutte le prestazioni;
- ridefinire con gli specialisti ambulatoriali le regole di erogazione delle prestazioni da loro assicurate, riequilibrando l'offerta fra prima visita e controlli;
- mantenere a livello aziendale il monitoraggio periodico delle prestazioni ambulatoriali e delle attività di ricovero, sia in termini di volumi sia di tempi di attesa, finalizzato anche alla definizione degli obiettivi di budget 2016 delle singole strutture operative.

2) Linee progettuali

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Appropriatezza del setting del ricovero diurno di tipo diagnostica	Riduzione del 10% rispetto al valore 1.7.2014-31.12.2014 del tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico. Il tasso non deve comunque essere superiore al 50%.	- riduzione $\geq 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto - riduzione $\geq 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto - riduzione $< 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto al 50% - riduzione $< 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto	10%

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
		Dato calcolato su: - periodo 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015	
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
ANNO 2014 (luglio-dicembre): 0,86%			
ANNO 2015 (gennaio-dicembre): 0,35%			
Riduzione percentuale: 59,15%			
obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Appropriatezza del setting del ricovero diurno di tipo diagnostica	Attivazione dell'ambulatorio integrato in alternativa al setting del day hospital	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 31/12/2015 sono individuati, e sottoposti all'approvazione regionale, 5 percorsi assistenziali per i quali attivare l'ambulatorio integrato	10%
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
Sono stati elaborati e sono attualmente operativi i percorsi multidisciplinari relativi a:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pazienti con tumore al seno</li> <li>- Pazienti con tumore dello stomaco</li> <li>- Pazienti con tumori testa-collo</li> <li>- Pazienti con tumori del colon retto</li> <li>- Pazienti con sarcomi</li> <li>- Pazienti con melanoma</li> <li>- Pazienti con tumori dell'ovaio.</li> </ul>			
Questi percorsi sono stati oggetto di negoziazione nelle schede di budget 2015 approvate con delibera n. 103 del 21.04.2015 avente per oggetto "approvazione budget 2015". L'evidenza di quanto sopra sarà oggetto di imminente invio in Regione.			

### 3) Prevenzione

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Campagna vaccinale	Incremento del 20%, rispetto al valore della campagna 2014-2015, della copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari. Il tasso non deve comunque essere inferiore al 35%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incremento <math>\geq</math> 20% e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto</li> <li>- incremento <math>\geq</math> 20% e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto</li> <li>- incremento <math>&lt;</math> 20% e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto al 50%</li> <li>- incremento <math>&lt;</math> 20% e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto</li> </ul>	8%
		Dato calcolato su: -campagna vaccinale 2014-2015	
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Percentuale di adesione anno 2014: 8,6% Percentuale di adesione anno 2015: 16% Incremento: 86,05%			

#### 4) Sistemi informativi

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Utilizzo firma digitale	E' obbligatorio l'utilizzo della firma digitale sui referti. La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente: - G2 clinico > 80% - Laboratorio e microbiologia > 95% - Medicina trasfusionale > 90% - Radiologia > 95% - ECG > 80%	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono rispettate le percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti	5%

#### risultato ottenuto al 31.12.2015

- G2 clinico totale: 51,44%
- Laboratorio e microbiologia: 100%
- Medicina trasfusionale: attività AAS5
- Radiologia: 96,73%
- ECG: 99,68% tot. Cardiologia (compresi ECG)

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Nuovo sistema LIS laboratorio	Collaborazione alla realizzazione dell'integrazione sistema centrale Lab, configurazione sportello e configurazione gestore richieste	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 15/12/2015 il sistema è stato integrato	7%

#### risultato ottenuto al 31.12.2015

Il CRO è stato individuato come azienda pilota per l'attivazione del sistema regionale DNLAB (LIS di laboratorio). Il sistema ha raggiunto, già a partire dai primi mesi del 2015, la totale integrazione con le applicazioni di sportello e di gestore richieste. Nel 2015 tutti i reparti eseguono le prenotazioni per gli esami di laboratorio dal Gestore richieste e i medici degli ambulatori usano la ricetta elettronica per la prescrizione. Tutte le richieste a DNLAB arrivano in formato elettronico ed il 100% dei referti sono firmati elettronicamente.

#### 5) Tecnologie e investimenti

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio
Acquisizione tecnologie	1. Acquisizione delle seguenti tecnologie previste a piano: Acceleratore lineare	Predisposizione e trasmissione all'Egas della documentazione per l'avvio della procedura di gara entro il 31.12.2015	10%
	2. Acquisizione delle seguenti tecnologie previste a piano: Sistema mammografico	Predisposizione e trasmissione all'Egas della documentazione	10%

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio
		per l'avvio della procedura di gara entro il 31.12.2015	
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasmesso all'EGAS in data 22.12.2015</li> <li>2. Trasmesso all'EGAS in data 17.11.2015</li> </ol>			

#### 6) EGAS

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Supporto all'attività dell'EGAS	Rispetto dei termini e prescrizioni operative assegnati dall'Egas a supporto dell'attività dell'ente	L'obiettivo si intende raggiunto quanto vengono rispettate le tempistiche e gli impegni presi in Comitato di Indirizzo Egas a supporto delle attività dell'ente. Ai fini della valutazione dell'obiettivo, l'EGAS attesterà il rispetto delle tempistiche e degli impegni assunti.	5,0%
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
Sono state rispettate le tempistiche e gli impegni presi in Comitato di Indirizzo Egas a supporto delle attività dell'ente (individuazione fabbisogni, gruppi di lavoro, documenti tecnici)			

#### 7) Clima interno

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Valutazione del clima interno	Comunicazione e condivisione degli obiettivi aziendale attraverso degli incontri tra Direttore generale e personale	L'obiettivo si intende raggiunto con l'evidenza dell'effettuazione degli incontri entro il 31/12/2015	5,0%
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
<p>Gli incontri dipartimentali di negoziazione e revisione budget rappresentano il momento di comunicazione e diffusione degli obiettivi contenuti nel programma annuale e nel patto del DG. Nel corso del 2015 sono stati inoltre organizzati ulteriori incontri tra la direzione strategica, i direttori di dipartimento, SOC, SOSD, SOSI, le posizioni organizzative e i coordinatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. riunione in data 17.04: piano annuale 2015, consuntivo 2014 e atto aziendale</li> <li>2. riunione in data 10.09: valutazione raggiungimento obiettivi di budget assegnati alla Strutture Operative, valutazione raggiungimento obiettivi regionali, presentazioni di proposte di intervento per risolvere eventuali criticità relative agli obiettivi assegnati</li> <li>3. riunione in data 11.11: presentazione proposta di atto aziendale</li> </ol>			

### 8) Clima esterno

obiettivo aziendale	risultato atteso	Modalità di valutazione	punteggio
Valutazione del clima esterno: esperienza riferita dal paziente	Raccolta dei consensi informati ai pazienti dimessi per l'autorizzazione all'intervista telefonica, con informazione agli stessi delle finalità della valutazione	<p>Adesioni all'intervista telefonica raccolte entro il 31.12.2015 rispetto al numero dei pazienti dimessi.</p> <p>- CRO: 201 adesioni</p> <p>sono esclusi dal conteggio: ricoveri nei reparti di cardiocirurgia pediatrica, nido, cure palliative/hospice, grandi ustioni pediatriche, grandi ustioni, terapie intensive e terapia intensiva neonatale. Sono inoltre esclusi i ricoveri con esito deceduto.</p>	5%
<b>risultato ottenuto al 31.12.2015</b>			
201 adesioni raccolte			

## Indicatori LEA

Tabella Indicatori LEA (DGR 394/2015 - Allegato A)

C1) INDICATORI	Definizione	Standard Obiettivo	ANNO 2014	ANNO 2015
19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤11,35 % (valore regionale)	9,60%	8,36%
24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%	40,48%	40,94%
25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza un regime ordinario	≤ 0,32	0,85	0,8

### 3. Attività di ricovero

L'attività di ricovero ordinario registra un incremento del numero di ricoveri (+1,30%) rispetto al 2014, con particolare riferimento a quelli chirurgici. Il valore tariffato e la complessità della casistica trattata non evidenziano variazioni significative.

L'attività in regime di day hospital è stata invece caratterizzata, in continuità con il 2014, da un progressivo trasferimento del day hospital medico verso un più appropriato setting assistenziale, con conseguente contrazione sia del numero di ricoveri ciclici medici (-10,02%) sia di quelli di 1 giorno (-87,7%).

L'Istituto è riuscito comunque a mantenere complessivamente una buona attrazione extra-regionale (50%).

Numero dimessi				
per regime di ricovero	2014	2015	Var.	Var. %
Ordinari	3.962	4.013	51	1,30%
Day hospital	3.430	2.807	-623	-18,02%
<b>TOTALI</b>	<b>7.392</b>	<b>6.820</b>	<b>-572</b>	<b>-7,70%</b>

Numero dimessi ricovero ordinario				
per tipologia di DRG	2014	2015	Var.	VAR %
CHIRURGICI	2.296	2.462	51	7,23%
MEDICI	5.096	4.358	-623	-14,48%
<b>TOTALI</b>	<b>7.392</b>	<b>6.820</b>	<b>-572</b>	<b>-7,74%</b>

Numero Day Hospital - per tipologia DRG e per tipo di degenza				
D.R.G. medico	2014	2015	Var.	Var. %
Day hospital ciclo	2.130	1.913	-217	-10,02%
Day hospital 1 G.	608	75	-533	-87,70%
D.R.G. chirurgico				
Day surgery	206	295	89	43,20%
altri day hospital	486	524	38	7,80%
<b>TOTALI</b>	<b>3.430</b>	<b>2.807</b>	<b>-623</b>	<b>-18,20%</b>

Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico (fonte piano controlli)				
	2013	2014	2015	Var. %
dh diagnostico/dh	30,32%	12,27%	0,35%	-97,15%

Percentuali dimessi per provenienza paziente	2014	2015
Regionali	47,94%	50,00%
extra-regionali	52,06%	50,00%

Complessità casistica attività di ricovero ordinario				
	2014	2015	Var.	Var. %
Indice di case mix	1,14	1,11	-0,03	-2,63%
Peso medio DRG	1,36	1,33	-0,03	-2,21%

Valore DRG (tariffe FVG di fascia B)				
per regime di ricovero	2014	2015	Var.	Var. %
ORDINARI	€17.098.076	€16.939.138	(€158.937)	-0,90%
DH	€8.628.153	€8.529.616	(€98.537)	-1,10%
<b>TOTALI</b>	<b>€25.726.229</b>	<b>€25.468.754</b>	<b>(€257.474)</b>	<b>-1,00%</b>

#### 4. Attività specialistica ambulatoriale per esterni

L'attività ambulatoriale è stata, nel suo complesso, contraddistinta da un aumento del numero di prestazioni di specialistica per esterni (+8,03%) e del valore tariffato (6,57%). In particolare si osserva un aumento dell'attività riferita alla branca della radioterapia e dei laboratori.

	numero prestazioni		Valore		variazione 2015-2014	
	2014	2015	2014	2015	numero	valore
ALTRE PRESTAZIONI	45.662	49.424	€899.638	€951.438	3.762	€51.800
ANESTESIA	133	65	€1.450	€744	(68)	(€706)
CARDIOLOGIA	5.937	5.662	€229.915	€220.394	(275)	(€9.521)
CHIRURGIA GENERALE	3.176	2.607	€150.548	€227.654	(569)	€77.106
CHIRURGIA PLASTICA	63	450	€788	€14.939	387	€14.151
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLO	1.744	2.073	€69.941	€83.219	329	€13.278
DERMOSIFILOPATIA	1.545	1.292	€13.765	€11.564	(253)	(€2.201)
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	4.132	4.206	€4.000.292	€4.026.209	74	€25.917
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	23.838	23.926	€2.304.209	€2.220.323	88	(€83.886)
ENDOCRINOLOGIA	763	786	€27.621	€28.453	23	€832
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	6.599	6.322	€569.244	€550.006	(277)	(€19.238)
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	229.265	251.676	€2.698.162	€3.215.312	22.411	€517.150
NEFROLOGIA	2.343	2.624	€46.384	€51.992	281	€5.608
NEUROCHIRURGIA	4	14	€527	€1.844	10	€1.317
NEUROLOGIA	2	2	€40	€40	0	€0
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	5	21	€96	€374	16	€278
ONCOLOGIA	2.194	2.338	€546.577	€308.182	144	(€238.395)
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22	13	€606	€114	(9)	(€492)
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.270	2.518	€63.514	€68.205	248	€4.691
OTORINOLARINGOIATRIA	477	942	€15.607	€30.963	465	€15.356
PNEUMOLOGIA	2.599	2.891	€31.783	€36.378	292	€4.595
PSICHIATRIA	1.445	1.268	€35.587	€31.193	(177)	(€4.394)
RADIOTERAPIA	52.981	57.227	€7.945.030	€8.865.979	4.246	€920.949
UROLOGIA	135	106	€7.673	€5.935	(29)	(€1.738)
<b>TOTALE</b>	<b>387.334</b>	<b>418.453</b>	<b>€19.658.997</b>	<b>€20.951.454</b>	<b>31.119</b>	<b>€1.292.457</b>

## 5. Attività scientifica

Attività di ricerca	Anno 2014	Anno 2015
Numero pubblicazioni	227	227
Impact factor normalizzato	964,9	1.048,8

## 6. Personale strutturato

Forza Lavoro al 31 dicembre	Anno 2014	Anno 2015
Ruolo sanitario	387,64	384,50
Ruolo professionale	2	2,09
Ruolo tecnico	136,72	131,87
Ruolo amministrativo	64,25	64,05
<b>totali</b>	<b>590,61</b>	<b>582,51</b>

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

## Personale interinale

Forza Lavoro al 31 dicembre	Anno 2014	Anno 2015
Ruolo sanitario	3,36	6,34
Ruolo tecnico	3,6	3,03
Ruolo amministrativo	6,83	10,66
<b>totali</b>	<b>13,79</b>	<b>20,03</b>

## 7. Conto Economico

Conto Economico		Importi: Euro			
SCHEMA DI BILANCIO		Anno 2014	Anno 2015	VARIAZIONE 2015/2014	
				Importo	%
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	90.970.692	103.834.088	12.863.396	14,14%
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE	(84.048.500)	(93.326.988)	(9.278.488)	11,04%
	Acquisti di beni	(27.627.260)	(28.984.975)	(1.357.715)	4,91%
	Acquisti di servizi sanitari	(5.963.513)	(5.853.893)	109.620	-1,84%
	Acquisti di servizi non sanitari	(7.526.758)	(8.103.400)	(576.642)	7,66%
	Manutenzione e riparazione	(3.818.654)	(4.663.162)	(844.508)	22,12%
	Godimento di beni di terzi	(483.749)	(414.108)	69.641	-14,40%
	Costi del personale	(31.857.883)	(30.976.795)	881.088	-2,77%
	Oneri diversi di gestione	(1.296.569)	(1.060.396)	236.173	-18,22%
	Ammortamenti	(5.006.444)	(4.875.881)	130.563	-2,61%
	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	(34.171)	(97.679)	(63.508)	185,85%
	Variazione delle rimanenze	(359.124)	(225.809)	133.315	-37,12%
	Accantonamenti	(74.375)	(8.070.890)	(7.996.515)	10751,62%
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	(349.781)	(326.908)	22.873	-6,54%
E)	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	1.362.548	5.686.750	4.324.202	317,36%
Y)	IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	(2.318.432)	(2.515.139)	(196.707)	8,48%
	UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	5.616.527	13.351.803	7.735.276	137,72%

L'Istituto ha chiuso il Bilancio di esercizio 2015 con un utile di € 13.351.803.-.

Durante l'esercizio, l'Istituto ha orientato le proprie politiche sanitarie/scientifiche e gestionali al perseguimento dell'equilibrio di bilancio ponendo particolare attenzione, nello svolgimento del proprio operato, alla verifica della compatibilità e della sostenibilità dei costi con le risorse economiche a disposizione e ad un oculato utilizzo dei fondi finalizzati.

L'assegnazione del finanziamento ministeriale per la ricerca corrente è stata comunicata con nota work flow del 3.12.2015 e successivamente integrata con nota in data 14.03.2016.

L'utile realizzato non è la conseguenza di un mancato utilizzo di parte delle risorse assegnate ma viene adeguatamente dettagliato:

<b>Aggregato</b>	<b>Euro</b>
Differenza tra valore della Produzione e costi della produzione	10.507.100
Proventi/oneri finanziari	-326.908
Proventi e oneri straordinari	5.686.750
Imposte	-2.515.139
<b>UTILE ESERCIZIO 2015</b>	<b>13.351.803</b>

Riassumendo la gestione caratteristica contribuisce a formare utile per € 7.991.961.-, mentre la differenza rappresenta il saldo della gestione finanziaria e delle poste straordinarie.

E' importante sottolineare che nel corso del 2015 si è rilevata una ripresa dell'attività regionale anche dovuta all'effetto sull'intero anno della conclusione dei lavori sul blocco degenze avvenuta nel 2014. Infatti dall'esame del bilancio si evince un incremento nelle prestazioni verso aziende della Regione di € 1.953.451.-.

Rileva inoltre il finanziamento riconosciuto per la distribuzione diretta dei farmaci che nel 2014 non era previsto e, pur venendo conseguentemente meno la fatturazione diretta, comporta un incremento consistente della voce per € 3.415.249.-.

Relativamente all'attività extraregionale iscritta nel bilancio 2014 (riferimento attività dell'anno 2012) si registra un incremento complessivo di € 632.465.- che concorre a formare la quota dell'utile 2015. Nel bilancio d'esercizio 2015 è iscritta per vincolo normativo la mobilità extraregionale validata riferita all'attività del 2013.

E' importante sottolineare, nel rispetto del principio della competenza economica, che l'attività extraregionale nel 2015 ha registrato un calo - rispetto all'anno 2013 iscritto a bilancio - di oltre € 1.100.000.- pertanto l'effetto sul risultato d'esercizio sarebbe di segno contrario. Questa incongruenza temporale influirà sul bilancio di Previsione dell'esercizio 2017, mentre i costi per la realizzazione di tale attività sono imputati nel bilancio 2015.

Altro aspetto rilevante è il consistente decremento del costo del personale dovuto a molteplici fattori tra i quali il rinvio/dilazionamento dell'espletazione di procedure concorsuali previste in fase di preventivo e non realizzate per il fisiologico assestamento determinato dal rinnovo della direzione strategica, fatta eccezione per il Direttore Scientifico, e per il rinvio dell'assegnazione delle SOC vacanti visto l'adempimento della predisposizione del nuovo atto aziendale previsto da provvedimenti regionali.

Per la gestione finanziaria va detto che pur presentando saldo negativo ha incidenza quasi nulla sull'utile d'esercizio in quanto trattasi sostanzialmente degli interessi per il Mutuo stipulato con la Cassa Depositi e Prestiti per la realizzazione del Campus. Tali oneri sono completamente finanziati da un contributo regionale esposto correttamente nell'apposita sezione.

La gestione straordinaria è determinata in parte dai Proventi per donazioni e altre liberalità, da altri proventi diversi e per la maggior parte dalle insussistenze del passivo.

Le insussistenze del passivo, declinate e descritte dettagliatamente nella nota integrativa a cui si rinvia, sono il risultato della ricognizione straordinaria dello Stato Patrimoniale effettuata nel rispetto del processo di armonizzazione dei bilanci in base alla disciplina prevista dal D.Lgs.118/2011 e come indicato dalla Direzione Centrale Salute. La ricognizione dei debiti con l'evidenza della presenza di una quota insussistente era già stata notificata alla Direzione Centrale con diverse note, tra le quali la nota prot.n.21995/C del 2.12.2006 e da ultimo la nota dell'Ente prot. 8855/B del 9 giugno 2014 in occasione della ricognizione straordinaria effettuata su tutte le poste dello Stato Patrimoniale al 31.12.2013.

L'Istituto con queste operazioni ha determinato i debiti certi e i fondi rischi effettivi nel rispetto delle indicazioni ricevute dalla Direzione Centrale.

E' importante evidenziare che la presente posta rappresenta un "una tantum", una posta eccezionale che pertanto deve essere estrapolata dalle valutazioni sull'attività di assistenza e ricerca dell'Istituto e non può incidere sulla determinazione dei finanziamenti che saranno assegnati all'Istituto nel 2017.

## 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 2014	31 dicembre 2015
Costi della produzione	86.308.430	93.326.988
Totale ricavi	92.490.968	109.571.795
<b>C.R.O.</b>	<b>93,32%</b>	<b>85,17%</b>

### 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 2014	31 dicembre 2015*)
Totale costo del personale	39.560.648	30.976.795
Totale ricavi	92.490.968	109.571.795
<b>C.R.O.</b>	<b>42,77%</b>	<b>28,27%</b>

\*) costo del personale: 2014 comprende tutte le collaborazioni, il 2015 è solo il personale a ruolo

**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 2014	31 dicembre 2015
Totale ammortamento attrezzature sanitarie	2.453.207	2.223.450
Totale ricavi	92.490.968	109.571.795
<b>C.R.O.</b>	<b>2,65%</b>	<b>2,03%</b>

**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 2014	31 dicembre 2015
Totale acquisti di beni e servizi	39.145.077	42.942.268
Totale ricavi	92.490.968	109.571.795
<b>C.R.O.</b>	<b>42,32%</b>	<b>39,19%</b>

**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 2014	31 dicembre 2015
Totale costo materiale sanitario	26.276.383	27.828.558
Totale ricavi	92.490.968	109.571.795
<b>C.R.O.</b>	<b>28,41%</b>	<b>25,40%</b>

## 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 2015 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. predisposizione della proposta di schede di budget 2015 da parte della direzione strategica e svolgimento degli incontri di negoziazione tra la direzione strategica e le strutture operative aggregate per dipartimento nelle giornate del 31 marzo e 2 aprile 2015;
2. predisposizione delle schede di budget da parte della direzione strategica;
3. predisposizione da parte delle direzioni delle schede di budget delle strutture/uffici delle tecnostutture sanitaria, scientifica e amministrativa e delle funzioni di staff del Direttore Generale (nel mese di aprile);
4. trasmissione con nota prot. 7092/CG delle schede ai responsabili di budget con invito a restituirne copia della documentazione inviata:
  - scheda di budget firmata dal responsabile di struttura e dai referenti organizzativi infermieristici e tecnici
  - modello di presa visione firmato dai dirigenti e dai coordinatori;
5. presa atto conclusione del percorso di definizione del budget 2015 (delibera del direttore generale n. 103 del 21.04.2015).

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 2015.

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).

In continuità con il budget 2014, sono stati previsti due obiettivi che rappresentano la precondizione 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.

Nel corso dell'anno sono stati individuati e assegnati alle varie strutture operative/direzioni/dipartimenti gli obiettivi correlati alle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2015 nell'ambito delle aree prioritarie individuate dalla Regione e i progetti relativi allo svolgimento di attività ritenute di particolare rilievo aziendale (accordi sindacali sottoscritti in data 30.11.2015 per il comparto e in data 29.01.2016 per la dirigenza medica e SPTA).

## **4.2 Percorso di monitoraggio degli obiettivi/progetti**

### **Verifiche intermedie schede di budget**

Nel corso del 2015 è stato garantito un monitoraggio infrannuale degli obiettivi di budget incentivati. Gli scostamenti sono stati analizzati dalla Direzione Strategica con i responsabili delle Strutture Operative. In particolare nelle giornate del 18,22,23 e 24 settembre, si sono tenuti gli incontri di monitoraggio e revisione di budget delle strutture operative dei vari dipartimenti come previsto dal documento "percorso di budget 2015". Durante questi incontri sono stati proposti sia nuovi obiettivi sia variazioni ad obiettivi/indicatori/risultati attesi già presenti nelle schede di budget. Il monitoraggio al 30.09.2015 delle schede di budget delle strutture/uffici delle direzioni ha evidenziato la necessità di apportare delle modifiche a taluni obiettivi contenuti nelle schede di budget. Il monitoraggio infrannuale del budget 2015 e le proposte motivate sono state esaminate dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance in data 03.11.2015 (verbale n. 10) e approvate con deliberazione del direttore generale n. 245 del 26.11.2015.

### **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 2015.

Il processo di validazione delle risultanze da parte dell'OIVP si è concluso in data 23 giugno 2016. Complessivamente tutte le strutture/dipartimenti/direzioni hanno avuto una valutazione superiore all'85%, 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 relative 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 precondizione per accedere ai sistemi di incentivazione. Non vi sono graduazioni ulteriori di valutazione all'intero di un giudizio positivo complessivo.

Per l'anno 2015 la valutazione della performance individuale del personale del comparto si è conclusa in data 23 giugno 2016 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 in programma nel mese di luglio.

Aviano, 29 giugno 2016

Il Direttore Generale

Dott. Ing. Mario Tubertini

