

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

## **ANNO 2017**

## **INDICE**

IL CONTESTO Pag. 5

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

1. La programmazione regionale: la predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL) Pag. 12

2. Il monitoraggio della gestione Pag. 13

### IL CICLO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

1. Sistema premiante e gestione per budget Pag. 45

2. Monitoraggio degli obiettivi Pag. 47

3. Valutazione finale dei risultati raggiunti Pag. 48

La presente relazione ha lo scopo di illustrare i risultati di performance ottenuti dall'Azienda nel corso del 2017.

La presente relazione viene redatta coerentemente con quanto previsto dall'art. 10 del decreto legislativo n.150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance, prevista dal D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

La performance è un concetto centrale che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda, la performance va misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve, quindi, a una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,

3. rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

Conseguentemente i processi d'individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale sia di singola struttura operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale (articolo 10, comma 1, lett a), D.lgs. n. 150/2009), effettuata secondo le procedure ed i criteri *concordati* con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato, nonché concorre alla valutazione professionale di competenza del Collegio Tecnico.

La redazione della Relazione costituisce:

- il completamento del ciclo della performance con la verifica, e la conseguente validazione, della comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f, del decreto 150/2009);
- il documento che consente il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso al sistema premiante.

## II CONTESTO

Il territorio dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) coincide con la provincia di Pordenone ed ha un'estensione di 2.273 kmq, pari al 29% della superficie regionale.

La popolazione residente al 1/1/2017, in base ai dati ISTAT, ammonta a 312.051 abitanti, e risulta essere in calo rispetto all'anno precedente (312.794 abitanti).

La composizione per età dei residenti al 1/1/2017 risulta essere così strutturata per fasce di età:

Fasce d'età	N.	%
0-14	42.815	13,7
15-64	196.616	63,0
65-w	72.620	23,3
<b>Totale residenti</b>	<b>312.051</b>	<b>100,0</b>

I principali fenomeni demografici che hanno caratterizzato il territorio dell'AAS5 dagli anni '90 ad oggi sono l'invecchiamento della popolazione residente e l'immigrazione dall'estero.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno demografico senza precedenti nella storia che interessa gran parte dei Paesi industrializzati ed è causato principalmente dalla riduzione della natalità e dall'aumento della durata della vita.

La speranza di vita alla nascita nel 2016 in provincia di Pordenone risulta di 81,1 anni nei maschi e di 86,4 anni nelle donne, in ulteriore aumento negli ultimi anni, sia pure con un rallentamento rispetto ai decenni precedenti.

L'invecchiamento della popolazione è dovuto anche ai bassi tassi di fecondità e al calo della natalità. Il numero medio di figli per donna è sceso a 1,48 e l'età media della madre al parto è salita a 31,7 anni. Il numero di nati è diminuzione. Si è passati infatti da 3.160 nati nel 2009, pari ad un tasso di 10,2 nati per mille residenti a 2.452 nati nel 2016, pari ad un tasso di 7,8 nati per mille residenti.

Gli indicatori demografici mostrano un aumento delle fasce economicamente non produttive (giovannissimi e anziani) rispetto a quelle considerate produttive. L'indice di dipendenza, che indica il rapporto tra la popolazione di età inferiore ai 15 anni e superiore ai 64 anni e la popolazione compresa nell'intervallo tra 15 e 64 anni, è arrivato a 58,7%. Questo significa che la popolazione in età attiva, ha "in carico" una quota molto importante di popolazione inattiva.

L'indice di vecchiaia, che indica il rapporto tra popolazione con età superiore a 64 anni e popolazione con età inferiore a 15, è arrivato a 169,6 nel 2017.

Anche in questa provincia, pertanto, si sta affermando uno squilibrio generazionale, con una percentuale di ultra 64enni del 23,3% e le proiezioni demografiche mostrano un ulteriore aumento nei prossimi decenni.

Negli anni '90 e nel primo decennio degli anni duemila si è verificato un rilevante movimento migratorio dall'estero. Il picco del numero di stranieri residenti si è toccato nel 2010 con oltre 36.000 unità. Al 1.1.2017 la popolazione straniera residente in provincia è di 31.380, in calo rispetto all'anno precedente (32.438).

### **Lo stato di salute della popolazione**

I dati di mortalità vengono comunemente utilizzati come macro indicatori dello stato di salute di una popolazione, dato che le statistiche di mortalità rappresentano la più diffusa fonte di informazione disponibile e comparabile sui problemi di salute.

I tassi standardizzati (per età) di mortalità in provincia di Pordenone sono in costante riduzione dagli anni '90, con alcune oscillazioni annuali.

Nel 2016 sono morte 3.025 persone residenti in provincia di Pordenone, pari ad un tasso grezzo di mortalità di 9,7 per 1.000 residenti, inferiore rispetto al 2015. Il tasso di mortalità standardizzato per età risulta in calo nell'ultimo decennio. L'AAS5, inoltre, ha un tasso standardizzato di mortalità più basso della media regionale.

Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Tra i 15 ed i 29 anni la principale causa di morte è rappresentata dai traumatismi in entrambi i sessi. Con l'aumento dell'età la proporzione di decessi attribuibili ai traumatismi diminuisce mentre la proporzione dovuta ai tumori aumenta fino ai 75 anni nei maschi e fino ai 65 anni nelle femmine. Oltre i 75 anni in entrambi i sessi prevalgono i decessi attribuibili al sistema circolatorio.

Il quadro epidemiologico provinciale è caratterizzato da un'elevata prevalenza di malattie cronico-degenerative, patologie che hanno un lungo decorso senza sostanziali prospettive di guarigione e che richiedono un elevato fabbisogno di assistenza.

Il 42% delle donne e il 36% degli uomini dichiara di essere affetta/o da almeno una malattia cronica. Il 24,5% delle donne e il 16,7% degli uomini risultano affetti da almeno 2 patologie croniche.

La percentuale di persone affette da malattie croniche aumenta con l'età e supera il 50% già prima dei 60 anni. Considerando la composizione per età nella provincia di Pordenone si stima che circa 125.000 siano affette da almeno una malattia cronica e circa 67.000 da almeno due patologie.

Tra le malattie croniche più diffuse vi sono inoltre l'artrosi e l'artrite che si stima colpiscono in provincia di Pordenone circa 52.000 persone e l'osteoporosi che interessa oltre 24.000 persone.

L'ipertensione colpisce circa 57.000 residenti, le malattie cardiache circa 13.000 e la bronchite cronica circa 18.000.

Dai dati disponibili nei sistemi informativi correnti è possibile stimare la prevalenza in provincia di Pordenone di alcune patologie croniche come BPCO, scompenso cardiaco e diabete. Per quanto riguarda il diabete, sono disponibili i dati del registro regionale diabetici, che rileva circa 21.000 casi prevalenti. Più della metà dei casi di diabete interessa la popolazione con più di 64 anni.

L'effetto dell'invecchiamento della popolazione ha un impatto anche sull'incidenza dei tumori, considerato che circa la metà dei tumori insorge in persone di 70 anni e oltre. Inoltre, l'aumento della sopravvivenza per molti tumori ha portato negli ultimi decenni ad un considerevole numero di casi prevalenti, ossia del numero di persone in vita con una pregressa diagnosi di tumore. Si stima che circa il 4% della popolazione residente abbia avuto nella sua vita una diagnosi di tumore e questo comporta un fabbisogno assistenziale legato inizialmente alla diagnosi e alle terapie e in seguito al follow up clinico e strumentale e al trattamento di eventuali recidive.

### **L'organizzazione aziendale**

Con decreto del Direttore Generale n. 100 del 1 marzo 2016 è stato adottato l'atto aziendale dell'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) nonché il percorso attuativo.

L'AAS5 svolge la propria attività secondo i seguenti principi di funzionamento:

1. l'organizzazione ed il funzionamento si basano sul principio della distinzione delle funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dalle funzioni gestionali-tecnico-amministrative e sanitarie;
2. la Direzione strategica definisce le strategie e le politiche aziendali, sulla base della pianificazione regionale; esercita le funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
3. le Strutture operative aziendali esercitano le funzioni gestionali operative e gestiscono, in piena autonomia, l'attività sanitaria o amministrativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nell'ambito delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite;
4. il processo di aziendalizzazione si fonda sulla dipartimentalizzazione, ossia sullo sviluppo dei processi di integrazione strutturale e funzionale, tramite l'aggregazione delle strutture sanitarie e

tecnico/amministrative, complesse e semplici a valenza dipartimentale, secondo macro aree di funzioni omogenee necessarie al perseguimento degli obiettivi aziendali;

5. l'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali si ispira ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, secondo i dettami del D. Lgs. nr. 165/01 e del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, compatibilmente alla complessità aziendale espressa anche in termini di funzioni attribuite e di prestazioni erogate;
6. il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia e appropriatezza è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
7. l'azienda promuove la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie adottando nel proprio modello organizzativo quanto previsto dalla Legge 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale 16 maggio 2007 n. 10.

L'AAS5 adotta il seguente modello organizzativo :

1. articolazione in strutture operative e piattaforme assistenziali deputate a garantire i livelli essenziali di assistenza e in strutture di supporto alle attività di erogazione dei LEA.
2. I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono erogati da strutture/servizi:
  - A) Aziendali:
    - a prevalente valenza territoriale, che assicurano l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro e l'assistenza distrettuale, in conformità agli artt. 14 e seguenti della L.R. 17/2014;
    - ospedaliera, che assicurano l'assistenza ai pazienti affetti da patologie a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché la gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso.
  - B) Privati accreditati.
3. Le funzioni di supporto sono assicurate dalle strutture/servizi di Staff della Direzione Strategica nonché dalle strutture/servizi della Direzione Amministrativa e Sanitaria, secondo i rispettivi ambiti di competenza .
4. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.
5. I dipartimenti clinici ospedalieri aggregano le strutture complesse e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero "S. Maria degli Angeli" di Pordenone e del Presidio Ospedaliero di "S. Vito al Tagliamento e Spilimbergo", secondo un modello già consolidato e ispirato alla massima



integrazione dei professionisti e alla migliore valorizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.).

6. Alle piattaforme organizzative è assegnato il governo delle risorse professionali secondo le aree definite dalla legge 251/2000 e L.R. 10/2007. Sono gestite in autonomia da un coordinatore di piattaforma, di una delle professioni sanitarie o tecniche, con incarico di posizione organizzativa o di dirigenza in base alla complessità della piattaforma e alle risorse disponibili. Il responsabile di piattaforma fa capo gerarchicamente al direttore di dipartimento e funzionalmente al coordinamento delle professioni sanitarie e tecniche. In relazione alla complessità delle risorse gestite la piattaforma può assumere la connotazione di S.C., S.S. o di posizione organizzativa.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile ed opportuno, nella attribuzione e nella delega esplicita di poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

L'area della Direzione Amministrativa è articolata in due dipartimenti: il dipartimento tecnico e quello amministrativo.

L'area della Direzione Sanitaria è articolata in:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA)
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO).

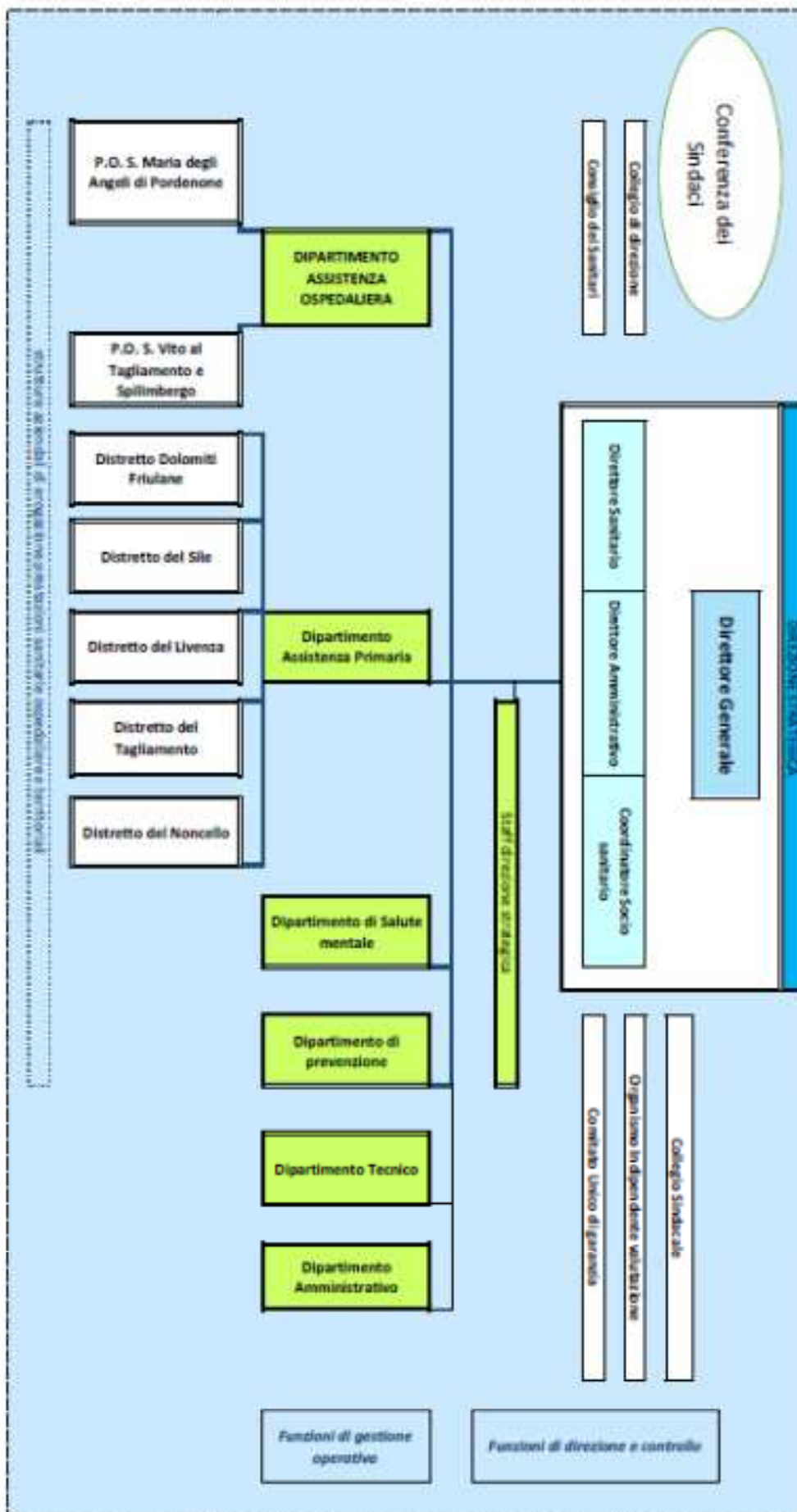
Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in :

- 5 distretti
- Neuropsichiatria infantile
- Dipartimento delle Dipendenze
- Rete delle Cure Intermedie
- Rete cure palliative e Hospice.

Il Dipartimento Assistenza Ospedaliera (DAO) è articolato in 2 presidi:

- Presidio ospedaliero di Pordenone – hub di primo livello
- Presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento – Spilimbergo – spoke

L'organigramma è il seguente:



## IL CICLO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

### 1. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE: LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE (PAL)

Il PAL 2017 è stato redatto in coerenza con le Linee per la Gestione per l'anno 2017 (DGR n.2550/2016) e contiene l'evidenza dei livelli attuativi programmati all'interno dell'Azienda in un'ottica di continuità con l'anno 2016 assicurando i necessari raccordi tra il percorso di programmazione attuato ed il grado di conseguimento/consolidamento delle diverse linee di attività poste dalla Direzione Centrale.

Relativamente al Bilancio preventivo, il documento è stato predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del SSR nell'anno 2017 (DGR n.2550/2016) e alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. 20996/P del 27.12.2016, secondo lo schema e le disposizioni del D. Lgs n. 118/2011.

Documento di riferimento per gli obiettivi aziendali per l'anno 2017:

- ❖ Decreto del Direttore Generale n. 751 del 30/12/2016 “Adozione del Piano Attuativo Locale (PAL) e del bilancio preventivo per l'anno 2017”

Il Piano attuativo locale (PAL) 2017 esplicita a livello aziendale le progettualità riguardanti:

- la prevenzione (screening regionali, allattamento al seno, etc);
- il governo clinico e sicurezza delle cure;
- la programmazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- ulteriori obiettivi regionali (tempi di attesa, riorganizzazione di alcune linee di lavoro sia di ambito sanitario che di supporto).

Il PAL evidenzia inoltre le strategie inerenti la gestione del personale sia in termini di rispetto dei vincoli che di consistenza della dotazione organica, di copertura degli incarichi e di modalità per l'esternalizzazione dei servizi.

Il documento è composto da:

- a) programma annuale;
- b) bilancio economico preventivo annuale 2017 composto da:
  - conto economico preventivo gestione sanitaria;

- conto economico preventivo gestione servizi sociali in delega;
- conto economico preventivo consolidato;
- rendiconto finanziario preventivo
- c) nota illustrativa;
- d) conto economico preventivo dei Presidi ospedalieri;
- e) programmazione del personale;
- f) tabelle LEA.

## **2. IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE**

In base all'introduzione della Legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015 "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti", all'art. 34 relativo al sistema contabile:

1. Gli enti del Servizio sanitario regionale applicano le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al titolo II del decreto legislativo 118/2011.
2. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia con decreto del Direttore centrale può fornire indicazioni contabili di dettaglio per gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al decreto legislativo 118/2011.

Il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articola in:

- a) controllo quadrimestrale;
- b) controllo annuale.

La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia fornisce agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni operative ai fini del controllo sia quadrimestrale che annuale.

### Controllo quadrimestrale della gestione:

Il Direttore generale adotta e trasmette alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia il primo e il secondo rendiconto quadrimestrale rispettivamente entro il 31 maggio ed entro il 30 settembre dell'anno di riferimento. I rendiconti quadrimestrali riguardano esclusivamente tutti gli aspetti della gestione dell'attività sanitaria degli enti del Servizio sanitario regionale ed evidenziano l'andamento gestionale, i risultati ottenuti e gli eventuali scostamenti, in particolare sotto il profilo della programmazione economica, rispetto al piano attuativo.

La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia utilizza i rendiconti al fine di controllare quadrimestralmente l'andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo e propone alla Giunta regionale gli eventuali interventi correttivi.

La Giunta regionale approva il primo e il secondo rendiconto quadrimestrale, con il relativo rendiconto consolidato regionale, rispettivamente entro il 31 luglio ed entro il 30 novembre dell'anno di riferimento.

#### Controllo annuale

Il controllo annuale è volto a:

- a) verificare i risultati di ciascun ente del Servizio sanitario regionale e del Servizio sanitario regionale nel suo complesso;
- b) predisporre gli opportuni interventi correttivi per perseguire la coerenza tra gli obiettivi assegnati e le azioni intraprese in relazione alla pianificazione e programmazione regionale;
- c) rendere pubblici i risultati della gestione.

Gli strumenti per il controllo annuale sono in particolare, come disciplinati dal decreto legislativo 118/2011:

- a) il bilancio di esercizio degli enti del Servizio sanitario regionale;
- b) il bilancio del Servizio sanitario regionale consolidato.

Il Direttore generale adotta, entro il 30 aprile di ogni anno, il bilancio di esercizio dell'azienda ed il rendiconto finanziario annuale corredati della relazione del Collegio sindacale e li trasmette entro quindici giorni alla Conferenza dei sindaci ed alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, per la successiva approvazione da parte della Giunta Regionale.

#### **IL RISULTATO DELLA GESTIONE : IL BILANCIO DI ESERCIZIO**

Il bilancio di esercizio è corredato della relazione sulla gestione, redatta dal Direttore generale, che esplicita, motiva e commenta i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi, ai costi ed agli oneri dell'esercizio (la relazione è stata redatta secondo le direttive regionali).

Il Bilancio d'esercizio 2017 è stato approvato con decreto n. 349 del 30.04.2018, ed evidenzia i risultati raggiunti sia di carattere sanitario che economico.

La gestione economica del Bilancio Sanitario 2017 dell'AAS n.5 chiude con un risultato di utile di esercizio di 3.342.166 euro, che dimostra il pieno raggiungimento dell'obiettivo economico stabilito per il 2017.

L'esercizio 2017 è stato caratterizzato da vicende economiche di segno contrapposto rappresentate nei rendiconti quadrimestrali, ove hanno pesato principalmente le seguenti variabili e fattori produttivi: il fatturato e la fuga per mobilità in ambito regionale, l'iscrizione a bilancio della mobilità extraregionale secondo le regole del D.Lgs. 118/11, l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, i minori costi per i farmaci oncologici in conseguenza al trasferimento della funzione al CRO, i rimborsi per il c.d. pay back sui farmaci ad alto costo (specialmente per la cura dell'epatite C) e infine le economie rispetto alla manovra di assunzioni determinate dalle difficoltà di reperimento del personale dirigenziale sanitario e dalle tempistiche di assunzione per il personale sanitario del comparto, nonostante le n. 67 procedure concorsuale espletate.

Dal primo rendiconto economico infrannuale 2017 elaborato sulla base delle tabelle di attività trasmesse dalla Direzione Centrale Salute, il dato di attrazione si manteneva in linea con il preventivo 2017, mentre il dato della fuga per i ricoveri in proiezione annua aumentava rispetto al valore del preventivo e quindi del valore finanziato, di oltre 1.900.000 euro.

La differenza dipendeva dallo scarto tra il tasso programmato teorico di ospedalizzazione del 125 per 1000, corrispondente al valore finanziato di € 34.334.593, con la stima effettuata dalla Direzione Centrale per il 1° rendiconto, di un valore di fuga per ricoveri di residenti di questa Azienda verso altre Aziende del SSR di 36.249.404 euro.

A questo delta negativo si aggiungevano la proiezione ancora parziale della spesa farmaceutica convenzionata, che dopo i primi 4 mesi dell'anno rimaneva al di sopra del valore del finanziamento 2017, e la stima prudenziale sull'andamento dei beni sanitari, specialmente a carico dei vaccini e di determinati medicinali, concludendo con una perdita stimata per fine esercizio di € - 2.549.785.

La proiezione economica negativa costringeva l'Azienda ad elaborare un Piano di rientro, su richiesta della stessa DCS, per aggredire il 50% della perdita stimata.

Il piano di rientro era incentrato sul monitoraggio dei consumi dei beni sanitari sopra indicati e soprattutto sul recupero della fuga regionale, tenuto conto fra l'altro dell'introduzione del nuovo tariffario regionale e della classificazione di alcune prestazioni di ricovero da day hospital diagnostico a day service con conseguente riduzione delle tariffe.

L'implementazione del piano di rientro nei mesi successivi al primo quadrimestre, il costante monitoraggio sulle principali voci di costo a bilancio e dall'altro lato, la difficoltà di incrementare l'organico come da Piano attuativo, hanno determinato nei mesi successivi un contenimento complessivo di costi, consentendo all'Azienda di ripristinare l'equilibrio economico già in prossimità della redazione del 2° rendiconto quadrimestrale.

L'adozione del 2° rendiconto è stata però posticipata al 30/11 al fine di tenere conto dell'integrazione di finanziamento in conto esercizio a favore delle Aziende del SSR, avvenuta con DGR 2336 del 22.11.2017.

In quella sede il finanziamento pro capite di AAS5 è stato incrementato di € 3.955.952 con la precisazione che la variazione al finanziamento non teneva conto delle ricadute economiche del passaggio di funzioni tra AAS5 e CRO, regolazione economica che le Aziende avrebbero dovuto gestire in sede di chiusura del bilancio 2017.

Inoltre in sede di redazione del 2° rendiconto '17 la DCS ha comunicato gli importi da iscrivere a sopravvenienze attive per l'erogazione <una tantum> da Regione sui saldi mobilità extra regionale ante 2016.

Tutto ciò giustificava il risultato economico positivo della 2° rilevazione quadrimestrale di euro 4.828.138 in netta contrapposizione al precedente rendiconto.

Le ulteriori variazioni di segno positivo rispetto ad allora sono imputabili:

- all'ottimo risultato del farmaceutica convenzionata, caratterizzata da un andamento particolarmente favorevole negli ultimi mesi dell'anno, tale da attestare un costo consuntivo che si pone al di sotto del valore del vincolo operativo del 2017;
- al minore costo dei medicinali specialmente per il farmaco di nuova introduzione "Epclusa" che ha originato note di accredito di notevole valore economico che sono state contabilizzate, come da indicazioni ministeriali, direttamente in diminuzione del costo "*medicinali*";
- alla diminuzione dei consumi di farmaci in DPC; agli altri rimborsi registrati per il "pay back" sui farmaci antiepatite, di importo superiore alle previsioni; all'aggiornamento definitivo dei valori di attrazione e fuga regionale ed extraregionale.

Rispetto al 2° rendiconto la variazione di segno negativo è dovuta sostanzialmente alla regolazione finanziaria verso il CRO, in attuazione a quanto disponeva la DGR 2366/2017, per cui le partite economiche relative al passaggio delle funzioni di oncologia e cardiologia andavano considerate come poste infragruppo nella chiusura 2017.

L'accordo valorizza in euro 2.485.132 l'importo da trasferire a favore del CRO, in attesa di calcolare il saldo e l'eventuale conguaglio in occasione del 1° rendiconto 2018. L'importo è contabilizzato sul conto 305.100.700.600.90 "Altri rimborsi verso Aziende del SSR" che determina la variazione 2017/2016 sul gruppo "Rimborsi" nel Conto Economico sintetico.



Con riferimento al 2° rendiconto si dà atto dell'ulteriore variazione per l'adeguamento al fondo rischi (che il report non considerava), in relazione allo stato del contenzioso in atto nei confronti del personale dipendente, e alla richiesta di pagamento del premio INAIL per presunta malattia professionale di un ex dipendente.

Confrontando il Valore della Produzione - Contributi d'esercizio - consuntivo sul preventivo, la variazione è consistente e dipende, oltreché dall'integrazione del finanziamento pro-capite sopra descritta, dall'assegnazione finale delle attività di natura "sovraziendale" tra cui il contributo per il rinnovo CCNL personale dipendente, di pari importo iscritto tra i costi sul conto specifico, il contributo che finanzia gli accordi regionali per i Medici di Medicina Generale, PLS e Specialisti (in parte oggetto di restituzione alla Regione come da indicazioni per la chiusura) e il contributo verso altri soggetti pubblici della Regione (Egas) per la quota di conguaglio mobilità extraregionale 2015/2013 di € 1.690.615.

Si aggiungono contributi per attività sovraziendali di diversa natura, che sono risultati superiori al valore di previsione o che si possono valorizzare solo in sede di bilancio consuntivo.

Si conferma il trend storico dei ricavi propri, sicuramente per la voce del Ticket ma anche sui ricavi c.d. operativi, costituito soprattutto dalle fatturazioni per ricoveri di pazienti stranieri e cittadini statunitensi, nonché per prestazioni di specialistica ambulatoriale ove si registrano le fatturazioni di rimborso verso Aziende sanitarie extraregionali per le prestazioni della PMA.

A completamento di quanto sopra relazionato per i medicinali, si rileva quanto segue.

A consuntivo si registrano maggiori costi rispetto al preventivo a carico dei Dispositivi medici, sui quali era stata calcolata la riduzione 3% prevista dal vincolo specifico, evidenziandone fin da subito la difficoltà di mantenimento.

Per i vaccini il trend iniziale si è leggermente assestato durante l'anno, ma la previsione a bilancio è risultata sicuramente sottostimata.

I costi di acquisto per beni non sanitari si sono confermati in linea con la previsione, come rilevato nelle rendicontazioni economiche periodiche. Il trend di consumo di questo gruppo di beni va considerato assieme al global service di manutenzione apparecchiature sanitarie, che comprende anche i materiali consumabili.

Gli acquisti di servizi per la Medicina generale sono registrati a costo di competenza 2017 e debito verso personale per i costi maturati sugli accordi regionali siglati nel 2017 e non ancora liquidati, mentre la parte eccedente è iscritta a debito verso Regione per la restituzione.

Per le prestazioni di assistenza riabilitativa e integrativa i costi consuntivi si attestano in linea con le previsioni.

I principali servizi appaltati non sanitari si sono mantenuti perfettamente in linea con il budget 2017; invece sono risultati superiori al preventivo i costi per i trasporti in emergenza e i trasporti secondari, in corrispondenza dell'avvenuto ampliamento dei servizi.

I costi per manutenzioni edili e impiantistiche hanno superato, sia pur lievemente, i corrispondenti costi del 2015, posti come vincolo operativo dalle linee di gestione 2017 per interventi urgenti ed altre attività manutentive non procrastinabili in materia di sicurezza.

Per i noleggi sono state confermate le proiezioni infrannuali e in generale i valori del preventivo.

I costi consuntivi del Personale 2017 sono rispettosi del vincolo operativo specifico.

Si precisa che tutti gli accantonamenti per competenze e oneri maturate a favore del personale dipendente e convenzionato e non pagate alla data del 31.12.2017 sono stati calcolati dalla competente struttura aziendale e registrati a bilancio tra i debiti verso personale.

La circostanza che la gestione 2017 si sia chiusa in utile di esercizio, ha consentito l'iscrizione a bilancio della quota integrativa ai fondi di produttività e risultato prevista dalla vigente disciplina contrattuale; detti fondi sono stati pertanto incrementati della quota massima dell'1% del monte salari.

Nella tabella sottostante viene altresì riportato il raffronto tra la manovra programmata nel bilancio preventivo 2017 con la manovra realizzata rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012 (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

			Manovra 2017 programmata		Manovra 2017 realizzata				Differenza			
			dipendenti	interinali	dipendenti al 31.12.2017	CESSATI ANNO 2017	ASSUNTI ANNO 2017	interinali al 31.12.2017	DO 31.12.2017	dipendenti	interinali	
MEDV	SANM	Medici	569	0	543	52	59	0	543	-26	0	
		Odontoiatri	0	0	1	0	1	0	1	1	0	
		Psicologi Equiparati	2	0	1	1	0	0	1	-1	0	
		Veterinari	24	0	24	0	0	0	24	0	0	
		<b>SANM Totale</b>	<b>595</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>53</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>-26</b>	<b>0</b>	
<b>MEDV Totale</b>			<b>595</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>53</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>569</b>	<b>-26</b>	<b>0</b>	
CDIR	AMM	Direttori Amministrativi	14	0	14	0	0	0	14	0	0	
		<b>AMM Totale</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
	PRO	Avvocati E Procuratori Legali	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Ingegneri	6	0	6	0	0	0	6	0	0	
		Architetti	1	0	0	1	0	0	0	-1	0	
	<b>PRO Totale</b>			<b>8</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	
	SANA	Biologi	15	0	14	0	2	0	14	-1	0	
		Chimici	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Dirigenti Sanitari	6	0	4	0	0	0	4	-2	0	
		Farmacisti	10	0	9	2	1	0	9	-1	0	
		Fisici	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Psicologi	33	0	29	3	0	0	29	-4	0	
	<b>SANA Totale</b>			<b>66</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>-8</b>	<b>0</b>
	TEC	Analista	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
		Sociologi	2	0	1	0	0	0	1	-1	0	
Statistico		1	0	2	0	0	0	2	1	0		
<b>TEC Totale</b>			<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>CDIR Totale</b>			<b>92</b>	<b>0</b>	<b>83</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>83</b>	<b>-9</b>	<b>0</b>	
CALT	Coll. Amm.-Professionale Esperto	DS	23	0	24	3	2	0	24	1	0	
		D	53	0	48	3	2	0	48	-5	0	
		C	95	1	92	5	4	1	93	-3	0	
		BS	21	0	22	2	1	0	22	1	0	
	Coadiutore Amministrativo Esperto	B	114	10	119	6	6	9	128	5	-1	
		A	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
	<b>AMM Totale</b>			<b>307</b>	<b>11</b>	<b>306</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>316</b>	<b>-1</b>	<b>-1</b>
	SANA	Coll. Prof. San. Esperto	DS	84	0	84	6	1	0	84	0	0
		Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psic. dell'Eta' Evolutiva	D	5	0	4	1	1	0	4	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. dell'Educ. e Riab. Psic. e Psicossociale	D	2	0	1	0	0	0	1	-1	0
		Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	D	6	0	5	1	0	0	5	-1	0
		Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Logopedista	D	21	0	21	0	3	0	21	0	0
		Coll. Prof. San. - Fisioterapista	D	89	0	89	3	8	0	89	0	0
		Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	D	8	0	6	2	0	0	6	-2	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. della prevenz.nell'Amb.e nei Luoghi di L	D	42	0	41	1	1	0	41	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	D	71	2	65	3	3	1	66	-6	-1
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	D	105	0	104	2	4	0	104	-1	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	D	4	0	4	1	1	0	4	0	0
		Coll. Prof. San. - Tecn. della Fis. Card.e Perf. Cardiovascolare	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	D	4	0	4	0	0	0	4	0	0
		Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	D	1	0	1	0	0	0	1	0	0
		Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	64	0	53	8	5	6	59	-11	6
		Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	D	19	0	17	4	1		17	-2	0
		Coll. Prof. San. - Infermiere	D	1381	10	1349	68	105	6	1355	-32	-4
		Coll. Prof. San. - Dietista	D	8	0	9	0	2	0	9	1	0
		Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	D	59	0	56	7	4	0	56	-3	0
		Infermiere Psichiatrico Esperto	C	2	0	2	0	0	0	2	0	0
		Puericultrice Esperta	C	12	0	12	0	0	0	12	0	0
		Infermiere Generico Esperto	C	50	0	45	15	0	0	45	-5	0
	<b>SANA Totale</b>			<b>2039</b>	<b>12</b>	<b>1974</b>	<b>122</b>	<b>139</b>	<b>13</b>	<b>1987</b>	<b>-65</b>	<b>1</b>
	TEC	Coll. Tecnico - Prof. Esperto	DS	3	0	3	0	0	0	3	0	0
		Coll. Prof. Assistente Sociale	D	16	0	17	1	2	0	17	1	0
		Coll. Tecnico - Prof.	D	15	2	15	0	2	1	16	0	-1
		Assistente Tecnico	C	7	0	5	1	0	0	5	-2	0
		Programmatore	C	2	0	2	0	0	0	2	0	0
		Op. Tecnico Specializzato Esperto	C	34	0	30	4	0	3	33	-4	3
		Op. Tecnico Coord. Spec. Esperto	C	6	0	6	0	0	0	6	0	0
		Operatore Tecnico Specializzato	BS	40	0	40	0	2	0	40	0	0
		Operatore Socio San.	BS	566	3	592	30	92	0	592	26	-3
		Operatore Tecnico	B	79	4	76	8	1	8	84	-3	4
		Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza	B	10	0	8	3	0	0	8	-2	0
		Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economali)	A	13	1	13	2	0	0	13	0	-1
		Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	A	43	0	42	5	0	0	42	-1	0
	<b>TEC Totale</b>			<b>834</b>	<b>10</b>	<b>849</b>	<b>54</b>	<b>99</b>	<b>12</b>	<b>861</b>	<b>15</b>	<b>2</b>
<b>CALT Totale</b>			<b>3180</b>	<b>33</b>	<b>3129</b>	<b>195</b>	<b>253</b>	<b>35</b>	<b>3164</b>	<b>-51</b>	<b>2</b>	
<b>Totale complessivo</b>			<b>3867</b>	<b>33</b>	<b>3781</b>	<b>254</b>	<b>316</b>	<b>35</b>	<b>3816</b>	<b>-86</b>	<b>2</b>	

Lo scostamento complessivo tra la manovra programmata e quella realizzata rispetto al personale dipendente è pari a - 86 unità. Le maggiori differenze in negativo riguardano le figure dirigenziali (mediche e s/p/t/a) con uno scostamento complessivo di - 35 unità, per le quali come precedentemente rappresentato, non si è riusciti a garantire il turn over in particolare con riferimento

alle discipline di difficile acquisizione, nonché le figure infermieristiche ed ostetriche con uno scostamento complessivo di – 43 unità legato anche alla tempistica di assunzione. Per quanto concerne invece le figure di supporto all'assistenza (oss) e la figura di coadiutore amministrativo si evidenzia uno scostamento positivo rispettivamente di + 26 unità e di + 5 unità legato, quest'ultimo, all'acquisizione di unità ex L. 68/1999 e s.m.i. Le ulteriori differenze sono da collegarsi alla normale dinamica del personale e alla tempistica connessa alle procedure di reclutamento che troveranno in parte risposta nel corso dell'anno 2018.

Le componenti straordinarie 2017 attive derivano principalmente dal riparto dei saldi di mobilità extraregionale 2016 e ante 2016 eccedenti gli importi iscritti a bilancio dell'Azienda per attrazione e fuga extraregionale: si tratta di quote di maggiore finanziamento 2017 che sono stati ripartiti dalla Regione in base alla popolazione pesata al 31.12.2015 di ciascuna Azienda regionale, e contabilizzati tra le sopravvenienze attive per € 2.073.912, sui conti indicati dalla Direzione Centrale Salute.

## **ATTIVITA' SVOLTA**

### Atto aziendale

Nel corso del 2017 l'Azienda ha proseguito nel processo di attuazione del nuovo assetto che dovrà concludersi nell'arco di un triennio dalla data di adozione dello stesso, ovvero entro il 28.02.2019.

In particolare nel 2017 si è proceduto a:

- Trasferimento dall'IRCS Centro di riferimento oncologico di Aviano delle funzioni di Cardiologia oncologica con decorrenza 01.01.2017 e delle funzioni di Microbiologia e Virologia con decorrenza 01.10.2017
- Trasferimento all'IRCS Centro di riferimento oncologico di Aviano delle funzioni di Oncologia con decorrenza 01.01.2017.
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale
  1. Attivazione della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" a decorrere dal 14.12.2016
  2. Conferimento incarico di Responsabile S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" a seguito dell'espletamento delle procedure interne di selezione a decorrere dal 13.02.2017
  3. Contestuale soppressione della preesistente S.S. "Hospice".
- Dipartimento Chirurgia specialistica
  1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017
  2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:

- S.C. Otorinolaringoiatria Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Otorinolaringoiatria PN)
- S.C. Otorinolaringoiatria San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Otorinolaringoiatria S. Vito)
- S.C. Oculistica (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Oculistica)
- S.C. Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Chirurgia Maxillo -facciale e Odontostomatologia)

3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate.

➤ Dipartimento Medicina specialistica

1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017

2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:

- S.C. Pneumologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Pneumologia)
- S.C. Nefrologia e dialisi (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Nefrologia e dialisi)
- S.C. Neurologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Neurologia)
- S.C. Dermatologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Dermatologia)
- S.C. Riabilitazione Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina Riabilitativa PN - Sacile)

3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate

4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.

➤ Dipartimento Ortopedico traumatologico e riabilitativo

1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017 ;

2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:

- S.C. Ortopedia e traumatologia Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Ortopedia e Traumatologia PN)
- S.C. Ortopedia e traumatologia San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Ortopedia e traumatologia S. Vito - Spilimbergo)
- S.C. Chirurgia della mano (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Chirurgia della mano e microchirurgia)
- S.C. Riabilitazione San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina riabilitativa S. Vito - Spilimbergo)

3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate

4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.
- Soppressione Dipartimento Neurologia e Medicina Riabilitativa con decorrenza 01.02.2017.
  - Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016: I modifica definitiva (decreto n. 97 del 03.02.2017).
    1. In particolare: inserimento della SOC Medicina Nucleare nell'impianto strutturale del Dipartimento medicina dei servizi e conseguenti modifiche alla struttura del Dipartimento e ai relativi profili.
  - Dipartimento Medicina dei Servizi
    1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale – 27.03.2017
    2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:
      - S.C. Medicina nucleare (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina nucleare. Struttura mantenuta ad esaurimento giusto decreto n. 97 del 03.02.2017 di modifica definitiva all'Atto aziendale)
      - S.C. Radiologia Pordenone - Sacile (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Radiodiagnostica PN)
      - S.C. Radiologia San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Radiodiagnostica S. Vito, Spilimbergo/Maniago)
      - S.C. Laboratorio di analisi (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Patologia clinica)
      - S.C. Microbiologia e virologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Microbiologia clinica e virologia)
      - S.C. Anatomia patologica (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Anatomia e istologia patologica)
      - S.S.D. Genetica medica (che esita dalla riorganizzazione della S.S.D. Citogenetica e biologia molecolare)
      - S.S.D. Immunologia e allergologia (che esita dalla riorganizzazione della S.S.D. Allergologia e immunologia clinica)
    3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate
    4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.
    5. Soppressione del Dipartimento diagnostica per immagini previsto nei precedenti atti aziendali
    6. Soppressione del Dipartimento di Medicina di laboratorio previsto nei precedenti atti aziendali
    7. Soppressione della S.S.D. medicina di laboratorio S. Vito prevista nei precedenti atti aziendali

8. Mantenimento della S.C. Radiologia interventistica e del relativo incarico dirigenziale, prevista nei precedenti atti aziendali, fino al 28.02.2019, termine ultimo per l'applicazione del nuovo Atto aziendale.
- Disattivazione e soppressione S.S.D. Day Hospital prevista nei precedenti atti aziendali nell'ambito del Dipartimento di medicina interna dell'ex A.O.S.M.A – 01.02.2017.
  - Disattivazione e soppressione S.C. Accredimento e qualità prevista nei precedenti atti aziendali nell'ambito della Direzione Sanitaria di ex A.S.S. n. 6 – 10.04.2017.
  - Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale
    1. Individuazione profilo di ruolo per i Direttori di Distretto (DC 413/2017);
    2. Attivazione strutture operative territoriali (dalla data di successivo conferimento degli incarichi dirigenziali di Direttore di Distretto) a:
      - Distretto delle Dolomiti Friulane
      - Distretto del Sile
      - Distretto del Tagliamento
      - Distretto del Livenza
      - Distretto del Noncello
    3. Espletamento procedure per l'affidamento degli incarichi interni di Direttore di Distretto.
  - Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016 e s.m.i.: seconda modifica definitiva (decreto n. 536 del 09.08.2017). In particolare:
    - Istituzione della S.S.D. “Gestione giuridico amministrativa del patrimonio immobiliare” presso il Dipartimento amministrativo
    - Collocamento in staff alla Direzione Generale della S.S.D. “Ufficio legale e assicurazioni” prima afferente al Dipartimento amministrativo.
  - Direzione Generale
    1. Attivazione della S.S.D. “Progettazione e realizzazione nuovo ospedale di Pordenone” dal 02.08.2017
    2. Attribuzione dell'incarico di Responsabile della S.S.D. “Progettazione e realizzazione nuovo ospedale di Pordenone” dal 01.11.2017 e contestuale soppressione della S.S. “Nuovo ospedale” articolazione interna della Direzione Amministrativa
    3. Svolgimento procedura avviso pubblico per conferimento incarico direzione S.C. “Gestione prestazioni sanitarie”
    4. Attivazione della S.C. “Gestione prestazioni sanitarie” dalla data di successivo conferimento dell'incarico dirigenziale di direttore di S.C;
    5. Individuazione profilo di ruolo per Responsabile S.S.D. “Ufficio legale e assicurazioni”.

- Dipartimento tecnico
  1. Individuazione profilo di ruolo per Direttore S.C. “Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi”, attivazione S.C., attribuzione dell’incarico di Direttore “Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi” dal 01.11.2017
  2. Soppressione delle preesistenti S.C. “Approvvigionamento e logistica” e S.C. “Provveditorato economato”
  3. Attivazione “Dipartimento tecnico” e conferimento incarico di Direttore del “Dipartimento tecnico” dal 15.12.2017.
- Dipartimento Amministrativo
  1. Individuazione profilo di ruolo per:
    - Direttore S.C. “Affari generali”
    - Responsabile S.S.D. “Gestione giuridico-amministrativa del patrimonio immobiliare”
  2. Attivazione S.S.D. “Gestione giuridico-amministrativa del patrimonio immobiliare” e avvio procedure per l’attribuzione dell’incarico.
- Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016 e s.m.i.: terza modifica (decreto di proposta n. 818 del 30/11/2017) che prevede:
  - 1) Direzione generale
    - Attribuzione della S.C. “Gestione prestazioni sanitarie” alla Direzione sanitaria. Restano confermati contenuto e funzioni.
  - 2) Area del coordinamento sociosanitario
    - Modifica della denominazione della struttura e del profilo in Direzione dei Servizi Sociosanitari ai sensi della L.R. 31/17 in Organigramma, Atto aziendale e Allegato E)
    - Modifica dei servizi e delle funzioni in Organigramma e nella parte descrittiva dell’Atto aziendale.
  - 3) Istituzione del dipartimento delle dipendenze all’interno del dipartimento assistenza primaria aziendale (DAPA)
    - Istituzione Dipartimento delle Dipendenze
    - Inserimento della macrostruttura nell’assetto del DAPA e formulazione del relativo profilo di ruolo
    - Articolazione del Dipartimento delle Dipendenze in 2 strutture complesse:
      - S.C. “Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 1”
      - S.C. “Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 2”
    - e formulazione dei relativi profili di ruolo.



- 4) Modifiche ricomprese all'interno del dipartimento assistenza ospedaliera (DAO)
- Istituzione S.S.D. "Programmazione e gestione dei blocchi operatori" e adozione del relativo profilo di ruolo.
- a) Dipartimento emergenza e cure intensive (DECI)
- Ricollocazione nel DECI della S.C. "Anestesia e Rianimazione 2 PN" dal Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria
  - Spostamento della S.C. "Cardiologia P.O. PN" (ora S.C. "Cardiologia Pordenone"), che transita all'istituendo Dipartimento Fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare.
- b) Dipartimento di medicina interna e specialistica (DMIS)
- Unificazione del Dipartimento di Medicina Interna e del Dipartimento di Medicina Specialistica:

Sono aggregate nel DMIS le seguenti strutture:

- S.C. "Medicina interna PN"
- S.C. "Medicina interna S. Vito"
- S.C. "Medicina interna Spilimbergo"
- S.C. "Pneumologia"
- S.C. "Dermatologia"
- S.C. "Nefrologia e dialisi"
- S.S.D. "Endocrinologia e malattie del metabolismo"

Transitano all'istituendo Dipartimento Fisiopatologia Cardio-cerebro-vascolare le seguenti strutture:

- S.C. "Cardiologia San Vito-Spilimbergo"
- S.C. "Neurologia"
- S.C. "Riabilitazione PN"
- S.S.D. "Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica".

c) Dipartimento fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare

- Istituzione del Dipartimento verticale e adozione del relativo profilo

Inserimento nel Dipartimento delle seguenti strutture:

- S.C. "Cardiologia P.O. PN" (ora S.C. "Cardiologia Pordenone") proveniente dal DECI
- S.C. "Cardiologia San Vito-Spilimbergo" proveniente da DMIS

- S.C. “Neurologia” proveniente da DMIS
- S.C. “Riabilitazione PN” proveniente da DMIS
- S.S.D. “Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica” proveniente da DMIS
- Parziali modifiche ai profili di ruolo
- Istituzione della S.S.D. “Vasculopatie periferiche non chirurgiche” e adozione del relativo profilo.

d) Dipartimento di chirurgia generale

- Cambio di denominazione da Dipartimento di Chirurgia generale e Medicina perioperatoria a Dipartimento di Chirurgia Generale
- Transito della S.C. “Anestesia e Rianimazione 2 PN” al DECI.

e) Dipartimento materno infantile

- Istituzione della S.C. “Procreazione medicalmente assistita” e adozione del relativo profilo
- Istituzione della S.S.D. “Assistenza domiciliare, terapia del dolore e cure palliative pediatriche” e adozione del relativo profilo.

Rispetto alla modifica di Atto aziendale proposta in via preliminare con il decreto n. 818 del 30.11.2017, trasmesso alla DCSISSPSF con nota prot. n. 84827/PEC del 1.12.2017, l’Azienda provvederà con l’adozione definitiva dell’atto alle seguenti modifiche/integrazioni:

- trasformazione della S.C. “Rete delle cure intermedie” in S.C. “Rete delle cure intermedie e palliative – Hospice” nella quale andrà a convergere anche la S.S.D. “Rete cure palliative e Hospice”
- modifica della denominazione della S.C. “Procreazione medicalmente assistita” in S.C. “Medicina e Chirurgia della Fertilità”;
- trasformazione della SSD “Ufficio legale e assicurazioni” in S.C. “Ufficio legale e assicurazioni” nel rispetto del nuovo numero massimo di strutture complesse previste per le funzioni di staff e di line

Gli ulteriori passaggi della progressiva attuazione dell’Atto riguarderanno:

- in primis il conferimento degli incarichi di Direttore di Distretto
- il completamento dell’attivazione delle strutture non ancora avviate ed attribuite afferenti ai due Dipartimenti Amministrativo e Tecnico;

- l'attivazione e le conseguenti operazioni di conferma o attribuzione dei Dipartimenti e delle Strutture Aziendali Complesse e Semplici di Dipartimento previste nell'Allegato A) Organigramma allegato all'Atto non ancora attivate per il definitivo consolidamento della nuova organizzazione;

In linea con le modifiche all'attuale assetto, vengono costantemente ridefinite l'articolazione e l'assegnazione del personale afferente alle diverse articolazioni aziendali e aggiornati i sistemi di gestione dei dati secondo il nuovo modello.

L'Azienda nel 2018 sarà altresì impegnata:

- nel percorso di individuazione e graduazione degli incarichi dirigenziali (Strutture semplici e incarichi professionali) anche di Dipartimento, al fine di completare l'assetto organizzativo aziendale e di darne progressiva attuazione;
- nel percorso di approvazione delle Piattaforme assistenziali, posizioni organizzative e coordinamenti e nella loro progressiva attuazione per il personale del comparto ;
- nel percorso di adozione dei Regolamenti propedeutici all'attuazione dei punti precedenti.

#### Semplificazione attività amministrativa

In un'ottica del più generale processo aziendale di semplificazione, economicità e razionalizzazione delle procedure e attività vanno particolarmente evidenziati:

- tra i vari regolamenti aziendali quello sui flussi documentali in funzione del completamento del processo di accreditamento delle strutture sanitarie aziendali (approvato nel 2017) e quello in fase di approvazione relativo all'accesso alla documentazione AAS 5;
- l'avvio di un servizio interno di informazione normativa tramite e-mail (Legalmail), avente ad oggetto la normativa nazionale, quella regionale e i provvedimenti della Regione FVG, Ministero Salute, Dipartimento Funzione Pubblica, Garante Privacy, ANAC. Il servizio è organizzato per aree di interesse e prevede un supporto anche a richiesta per l'approfondimento di tematiche di particolare rilevanza;
- è stato avviato e proseguirà nel 2018, secondo le indicazioni regionali, il coordinamento dei rapporti convenzionali con i principali fornitori di prestazioni di riabilitazione (in specie con la Fondazione "Bambini e Autismo" e con l'Associazione "La Nostra Famiglia" onlus), che hanno sede nel territorio aziendale ma con bacino di utenza che coinvolge l'intero territorio regionale, con la finalità di snellire i rapporti con i fornitori rendendoli più tempestivi, omogenei e meglio

coordinati anche nei percorsi autorizzativi e valutativi, nell'interesse di un miglior servizio all'utenza.

### Nuovo sito internet

Nel corso del 2017 si è sviluppata la progettazione del nuovo sito internet dell'AAS n. 5, attraverso tavoli di lavoro diretti da Insiel, che hanno condotto all'individuazione del "modello" a supporto della comunicazione web funzionale alla rappresentazione della nuova azienda AAS5, che ingloba la componente territoriale e quella ospedaliera, con evidenza dei punti di forza e di debolezza dei portali attualmente gestiti, identificazione dei correttivi/miglioramenti da apportare sull'ambiente redazionale e sul front end e revisione dell'architettura informativa.

Un punto di debolezza dei due portali in uso è quello di agganciare la maggioranza delle informazioni all'organigramma, rendendo estremamente difficoltosa la navigazione ai fini della ricerca di uno specifico servizio (modello scatole cinesi). Il modello proposto consentirà di evidenziare le strutture di interesse per il cittadino in modo da consultarle senza accedere all'intero albero gerarchico e di poter visualizzare la modulistica per le finalità del servizio e non per organigramma.

Il layout grafico visivo di riferimento per il nuovo portale è rispettoso dei dettami AGID, della nuova immagine coordinata regionale e delle norme in materia di accessibilità e usabilità. Il design responsive permette la consultazione del portale con ogni tipo di dispositivo e risoluzione video. Ispirandosi alle linee guida di design per i siti web della Pubblica Amministrazione, la progettazione segue il paradigma "mobile first", ovvero pensata prima per i dispositivi mobili e successivamente per desktop. In questo modo si ha subito l'evidenza di quelle che sono le informazioni utili e indispensabili e quelle che possono essere definite superflue e/o ridondanti.

A dicembre 2017 Insiel ha reso disponibile l'ambiente redazionale di back office e il front end della nuova piattaforma.

### Referti on line

Dal mese di aprile 2017 l'Ufficio relazioni con il pubblico ha contribuito in modo efficace all'implementazione della richiesta di consegna dei referti on line, attraverso una consistente campagna informativa. Particolare cura è stata dedicata all'allestimento della sezione dedicata al referto on line sul sito internet dell'Azienda e alla predisposizione di materiale informativo vario (bigliettini da consegnare in mano agli utenti e/o da inserire nelle buste contenenti i referti inviati a domicilio, brochure, avvisi, cartelli).

## Il nuovo Ospedale

La realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone e la ristrutturazione dell'Ospedale di San Vito al Tagliamento hanno richiesto il costante coinvolgimento della componente professionale sanitaria nella identificazione delle soluzioni progettuali che meglio potessero rispondere alle esigenze di salute della popolazione, all'applicazione di nuovi modelli organizzativi e all'utilizzo di nuove tecnologie e al comfort degli assistiti.

## Attività territoriale

Nel 2017 il neocostituito DAPA "Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale" ha svolto un ruolo centrale per realizzare quanto sotto descritto.

### I DISTRETTI

- a. Nel corso del 2017 i distretti hanno proseguito le attività di gestione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale. Sul versante organizzativo sono state individuate le Medicine di Gruppo Integrate. Al 31 dicembre sono state attivate 21 medicine di gruppo, per un totale di 166 MMG, mentre altre 3 medicine di gruppo sono in attesa di attivazione. Il totale è di 24 medicine di gruppo con un bacino di utenza di circa 250.000 abitanti.
- b. Due CAP (Cordenons e San Vito al T.) sono operativi. È stato definito, in accordo con la rappresentanza sindacale della medicina generale, un accordo quadro (DDG n° 655 del 9/10/2017) che regola il funzionamento del CAP. Ha preso il via anche una sperimentazione di gestione integrata psicologo/MMG delle persone con disturbi mentali comuni (DMC) all'interno dei due CAP già operativi.  
Prossimo all'attivazione anche il CAP di Sacile, mentre non è stato possibile attivare il CAP di Maniago a seguito dell'impossibilità di realizzare, per mancanza di finanziamenti, alcuni lavori di adeguamento della struttura per accogliere i MMG che hanno fatto richiesta di partecipare all'attività. Tali lavori saranno eseguiti nel 2018.
- c. Per quanto riguarda le attività previste nell'AIR MMG 2017, i risultati raggiunti sembrano essere (alla luce dei dati preliminari) positivi per tutti gli argomenti dell'accordo ovvero diabete, partecipazione agli screening regionali, vaccinazioni dell'adulto e obiettivi di governo clinico. Gli eventi formativi realizzati, in collaborazione con l'Ordine dei medici e degli odontoiatri della Provincia di Pordenone, sia come formazione sul campo (5 giornate nel corso dell'anno) che come giornate formative, hanno trattato i seguenti temi: antimicrobial stewardship, contrasto alla contenzione, uso di farmaci psicotropi nella depressione, patologie iatrogene, rete delle emergenze, cure palliative nell'adulto e pediatriche.

- d. Per quanto riguarda le attività dell' ADI (infermieristiche e riabilitative) è aumentato il numero dei pazienti presi in carico con documentazione completa e intensità assistenziale minima di primo livello (CIA $\geq$  0,14).
- e. Sul versante riabilitativo il personale dei servizi distrettuali ha partecipato alla formazione per la costituzione di team di riabilitazione cardio-pneumologica domiciliare, alle azioni previste dal PDTA Ictus, oltre che alle attività del Gruppo Integrato Neuromuscolare (GIN) ed alla definizione di un PDTA ospedale-territorio per la gestione della Sclerosi Multipla. Quattro distretti hanno avviato, in collaborazione con strutture private, almeno una esperienza di AFA (attività fisica adattata).
- f. Di pari passo è proseguita l'attività, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di prevenzione degli incidenti domestici attraverso l'identificazione dei rischi in un campione di abitazioni.
- g. Nelle Residenze per Anziani non autosufficienti di tutto il territorio aziendale è proseguita l'attività di audit, volta al monitoraggio delle procedure di ingresso (gestione liste d'attesa), presenza ospiti, corretta compilazione della scheda di valutazione Val Graf e attuazione dei piani di miglioramento annuali. Particolare attenzione è stata data alla corretta gestione del magazzino farmaci e presidi presenti in ogni struttura. Grande impulso è stato dato al programma di contrasto alla contenzione nei luoghi di cura e nelle strutture convenzionate.
- h. Sono proseguite le attività di coinvolgimento della donna nel periodo post-partum, allo scopo di favorire corretti stili di vita, promuovere l'allattamento al seno e le vaccinazioni pediatriche, oltre che mantenere le usuali attività di sostegno alla genitorialità. Inoltre è stato dato il via ad una serie di incontri con la popolazione sul tema della salute della donna in età post-fertile.

## LA RETE DELLE CURE INTERMEDIE

La SC Rete delle Cure Intermedie ha raccolto la mission di garantire una unica e integrata regia per tutte le strutture intermedie aziendali (SIP di Sacile, POpS di Maniago, RSA di Azzano X°, RSA di Pordenone, RSA di Roveredo in Piano, RSA di Sacile ed RSA di S. Vito al Tagliamento) inserite nel sistema dell'Assistenza Primaria territoriale.

- a. Nel corso del 2017 si è provveduto a meglio definire e in dettaglio declinare la struttura della “delicata” rete delle Cure Intermedie e delle Cure Palliative-Hospice e a predisporre un accordo integrativo regionale per superare alcuni aspetti di fragilità del modello organizzativo legati alla integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale nella rete.
- b. Si è conclusa con successo la seconda parte della sperimentazione nella Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) di Sacile, in grado di garantire la gestione a breve-medio termine di pazienti provenienti dalle UU.OO. per acuti (Medicina, Neurologia, Chirurgia, ecc.), affetti da

- pluripatologie e da problemi clinici non stabilizzati, che richiedono una competente e continua sorveglianza medica h24 ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero, ma che non sono tali da giustificare una permanenza in reparti per acuti (rischio «intermedio»).
- c. Nel corso dell'anno, si è inoltre tentato di ricondurre i “tradizionali” moduli funzionali prevalenti, storicamente utilizzati dal sistema SIASI nella classificazione dei malati accolti nelle RSA, ai tre livelli assistenziali (di base, medio e riabilitativo) previsti dalla Linee Guida per la Gestione delle RSA (DGR n° 2151 del 29/10/2015).
  - d. Infine, è stato avviato e completato il complesso percorso di accreditamento istituzionale delle RSA di Pordenone, Sacile, Roveredo, Azzano X, S. Vito al T. e dell'Hospice di S. Vito al Tagliamento.

## LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E L'HOSPICE

La SSD Rete delle Cure Palliative e Hospice assicura la gestione del malato in fase avanzata e terminale, sia a livello residenziale che territoriale.

L'Hospice di San Vito è una struttura residenziale si prende cura delle persone in fase terminale, offrendo assistenza in ricovero temporaneo ai malati affetti da patologie progressive in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia più possibile o comunque risulti inappropriata, anche sotto il profilo bioetico.

I malati sono, nella grande maggioranza, di tipo oncologico, presi in carico sempre più precocemente, non solo per la gestione della fase terminale, ma anche nella logica di un intervento integrato e concordato con gli specialisti oncologi.

- a. Nel 2017, la SSD “Rete delle Cure Palliative-Hospice” è cresciuta sia dal punto di vista del numero di malati presi in carico, sia in struttura che a domicilio, che come attività alternative. Attraverso l'Associazione “Amici dell'Hospice Il Gabbiano” sono state avviate le attività di pet therapy, di musicoterapia e di campane tibetane.
- b. È sensibilmente aumentata la presenza dei volontari e, assieme al Progetto Giovani di San Vito al Tagliamento, sono stati introdotti, accompagnati da volontari e da psicologi, i ragazzi desiderosi di conoscere la realtà dell'Hospice e di avvicinarsi culturalmente alla realtà della fase finale della vita.
- c. Sono proseguite le attività formative per il personale operante in Hospice e per il personale infermieristico dei Distretti.

- d. Proseguono anche le attività informative alla popolazione che nel 2018 avranno un importante incremento, con serate dedicate all'informazione sulle tematiche della fine della vita e sulla recente legge per le dichiarazioni anticipate di trattamento.

#### LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (NPI)

- a. A recepimento della DGR n° 668 del 7 aprile 2017 (“I disturbi del comportamento alimentare: percorso diagnostico terapeutico assistenziale”), si è proceduto al consolidamento della rete di offerta attraverso l'attività a regime degli ambulatori dedicati a minori e adulti con DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari). È stato presentato alla Direzione strategica aziendale un documento congiunto NPI-DSM-Pediatria-CDA per la definizione della presa in carico dei DCA negli adulti e nei minori, distinta per i diversi livelli di intensità assistenziale (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e per l'organizzazione di attività per post-acuti minori presso la SC Pediatria e Neonatologia di Pordenone.
- b. Durante il 2017, la SC NPI ha partecipato ai tavoli regionali per la stesura del nuovo Piano della Salute Mentale, in particolare per la definizione della rete regionale dei servizi NPIA e l'attivazione dei Centri Diurni delle NPIA.
- c. Presso la sede della NPI di Pordenone, nel mese di ottobre 2017, è stato possibile avviare alcune attività diurne rivolte a un gruppo di adolescenti che presentano disturbi psicopatologici di tipo internalizzante (grave ritiro sociale con abbandono scolastico, tentato suicidio/gravi condotte autolesionistiche, disturbo depressivo e bipolare). Come definito dai LEA del 18/03/2017 art. 32, l'assistenza semiresidenziale garantisce interventi terapeutico riabilitativi, intensivi ed estensivi, multi professionali, complessi e coordinati, rivolti a minori con disturbo neuropsichico, per i quali non vi è indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita. Le attività attualmente proposte sono: psicoterapia individuale, laboratorio relazionale di gruppo, attività di orientamento, apprendimento scolastico, creativo-espressivo, fisioterapia, colloqui con i genitori.
- d. A recepimento della DGR n° 434 del 13/03/2017 “Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva”, la SC NPI ha proposto alla Direzione strategica aziendale un progetto di riorganizzazione delle attività di diagnosi e cura presso la NPI, che nell'ottobre 2017 è stato avviato e che ha come obiettivo principale l'intercettazione e la presa in carico precoce del bambino affetto da disturbo dello spettro autistico, secondo l'Early Start Denver Model.
- e. La SC NPI ha partecipato a numerose attività progettuali, promosse e sviluppate attraverso l'integrazione operativa dei servizi socio-sanitari, della scuola e del terzo settore, che si svolgono



annualmente all'interno dei vari territori di riferimento e che hanno come principale obiettivo l'intercettazione precoce del disagio/disturbo in età evolutiva.

- f. Infine, particolare interesse ed attenzione hanno assunto iniziative finalizzate alla riduzione del ricorso a strutture residenziali, spesso extraregionali, per i minori con disturbi neuropsichiatrici. Saranno rivisti i criteri di accesso dei minori presso le strutture residenziali di tipo terapeutico e ridefiniti i requisiti di qualità previsti per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine.

## IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Di seguito e sinteticamente, le linee di lavoro qualificanti agite dal Dipartimento delle Dipendenze nel 2017:

- a. Trattamento dei problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive: proseguite le prese in carico con modalità concordate e condivise sia ambulatoriali, sia residenziali, ricorrendo alle strutture accreditate convenzionate. Si sono stretti i rapporti con l'associazione "Ragazzi della Panchina".
- b. Trattamento dei problemi alcol correlati: proseguite tutte le attività in essere validate per la presa in carico di soggetti con alcol dipendenza e incentivati gli incontri con le associazioni del territorio che trattano i problemi alcol correlati strutturando il "sistema alcol" nel territorio dell'AAS5, costituito dal Servizio pubblico, ACAT, Alcolisti Anonimi, con interventi coordinati sul territorio.
- c. Trattamento della Dipendenza da Gioco d'Azzardo (DGA): consolidate le modalità operative per la presa in carico di soggetti con DGA in accordo con gli altri Servizi della Regione e consolidate le intese con alcuni Comuni per l'applicazione della legge Regionale sul Gioco d'Azzardo.
- d. Consolidamento della rete di presa in carico di soggetti minorenni multiproblematici (Progetto Prometeo).
- e. Presa in carico di soggetti in regime carcerario: valutazione diagnostica e definizione di percorsi terapeutici in accordo con i Servizi di provenienza.
- f. Individuazione di equipe specifica per la gestione dei problemi infettivologici delle persone in carico, in stretto accordo con gli epatologi dell'AAS5.
- g. Consolidamento della "Montagna terapia", come strumento terapeutico riabilitativo innovativo per tutti i soggetti in carico.
- h. Avviata la formazione su ICF (Classificazione Internazionale della Funzionalità) dipendenze, per acquisire competenze rispetto a tale strumento di valutazione, validato a livello internazionale.

## IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione ha il compito di proporre ed attuare politiche sanitarie atte a migliorare il benessere del singolo ed ella collettività, oltre che di ridurre i rischi sanitari derivanti dagli ambienti di vita e di lavoro.

Nel corso del 2017, oltre a svolgere le normali attività di servizio proprie del Dipartimento, sono state sviluppate alcune linee di lavoro che si listano di seguito, in sintesi.

- a. È stata implementata l'attività di collaborazione con ARPA FVG nella valutazione di impatto sulla salute di nuovi insediamenti produttivi o già presenti nel territorio, specie per quanto riguarda la Zona Industriale di Maniago, il Cementificio di Fanna e la Mistral di Spilimbergo, mediante analisi su matrici biologiche e studi epidemiologici. Sarà formalizzata la collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico di TERAMO, referente nazionale per l'analisi di diossine e derivati.
- b. È proseguita la partecipazione a EpiAmbNet (progetto CCM del Ministero della Salute), come previsto dal Macro Obiettivo 8.2 del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, con l'obiettivo di sviluppare modelli, relazioni istituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico e soddisfare i bisogni di conoscenza sull'epidemiologia ambientale di medici, pediatri, operatori SSN e ARPA.
- c. È proseguita, in collaborazione con ARPA FVG, l'attività di monitoraggio delle fonti di approvvigionamento idrico dell'atrazina e derivati, nonché delle sostanze perfluoroalchiliche.
- d. Sono state poste in essere azioni tese a migliorare la copertura vaccinale, alla luce di quanto previsto dalla L.117/2017, anche mediante campagne di informazione il più possibile vicine al territorio.
- e. È stata favorita, nell'ambito del progetto Piccole Produzioni Locali e della sua possibile evoluzione, la collaborazione con l'esperienza delle Fattorie Sociali, soprattutto con l'attività progettuale prevista nell'UTI delle Valli e delle Dolomiti Friulane.
- f. È stato implementato il progetto di ricerca "Prodotti finiti Fvg", riguardante i sistemi di contabilità per i servizi di prevenzione, proposto da AAS5 quale Ente capofila con la collaborazione delle altre Aziende sanitarie della Regione e della Scuola Superiore di Studi Universitari Sant'Anna di Pisa.
- g. È proseguita la collaborazione con il Ministero della Salute per il Progetto Task Shifting, centrato su un modello di integrazione di competenze tra figure professionali e non (professioni sanitarie, mediche, cittadini), valorizzandole all'interno di gruppi multidisciplinari con la finalità

di meglio raggiungere gli obiettivi di salute mediante l'utilizzo più efficiente delle risorse disponibili e l'integrazione dei saperi, delle culture e dei valori.

## IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Di seguito si listano gli obiettivi che hanno particolarmente impegnato gli operatori e che hanno qualificato l'attività del Dipartimento nel corso del 2017.

- a. Sviluppo della attività del Centro Disturbi Alimentari attraverso la partecipazione al tavolo tecnico regionale, alla realizzazione del documento progettuale “percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale multidisciplinare per i disturbi del comportamento alimentare” realizzato in sinergia con la NPI, alla progettazione di un Centro Diurno dedicato agli adolescenti con Disturbo Alimentare e/o problematiche psicopatologiche presso la Pediatria dell'Ospedale di Pordenone, in collaborazione con questa e la NPI, e il rafforzamento degli organici del CDA attraverso la acquisizione di un medico psichiatra, di una dietista e di due figure infermieristiche; per quanto riguarda il contributo del DSM alla linea 3.3.10 “Salute mentale in età evolutiva”, oltre alle azioni citate, è stato identificato il contenuto delle iniziative in area adolescenziale quale parte delle attività della SSD “riabilitazione, adolescenza e disabili”.
- b. Miglioramento della collaborazione con i MMG nella presa in carico dei soggetti con disturbi comuni (ansia e depressione) secondo il modello “stepped care”, per il quale sono stati organizzati dei corsi di formazione in tutti i distretti, che hanno registrato una forte partecipazione dei MMG.
- c. Prosecuzione dell'attività presso la REMS e della azione di prevenzione di nuovi ingressi; collaborazione al progetto per la realizzazione della REMS definitiva.
- d. Conclusa la collaborazione con la DCS per la realizzazione del Piano regionale Salute Mentale e per la stesura del documento/progetto di prevenzione del suicidio in carcere.
- e. Proseguite le attività formative, in particolare quelle relative alla adozione degli strumenti idonei alla valutazione degli esiti, e quelle orientate al rafforzamento della collaborazione con i servizi di NPI e SerD.
- f. E' stato adottato il modello di progettazione delle attività riabilitative attraverso il “budget di salute”.
- g. Sono state adottate le idonee misure organizzative, rafforzate le competenze e agiti gli strumenti di analisi e conoscenza per fronteggiare la modificazione qualitativa della domanda, orientata maggiormente verso situazioni acute o con problematiche comportamentali e di interesse giudiziario.

## Attività ospedaliera

La struttura dell'offerta dei presidi ospedalieri di AAS5 si è caratterizzata, nel corso del 2017, per alcuni macro ambiti di intervento:

- a. il consolidamento e l'affinamento del modello dipartimentale tracciato dall'atto aziendale in vigore dal 01.03.2016, oggetto di modifiche anche recentemente approvate dalla DCS, finalizzate ad una maggiore aderenza all'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera
- b. l'attuazione delle disposizioni derivanti dagli atti di programmazione regionale, che hanno definito il transito di funzioni da e verso l'IRCCS CRO di Aviano (Oncologia medica e Cardiologia oncologica) e le linee di alta integrazione per la Medicina di Laboratorio, esitate – fatta salva l'attività svolta per la ricerca - nella attribuzione della funzione di Microbiologia e Virologia all'AAS5 e nella partizione condivisa delle linee analitiche della patologia clinica
- c. la partecipazione alla definizione e l'attuazione di quanto previsto dalle reti di patologia coordinate dalla DCS, in particolare per quanto riguarda le patologie neurologiche, cardiologiche, reumatologiche e, più in generale, delle malattie rare, con l'attribuzione del coordinamento regionale in ambito oculistico e urologico (per la cistopatia interstiziale)
- d. l'implementazione dei livelli di integrazione con la Casa di Cura Policlinico S. Giorgio, in particolare per quanto riguarda la garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e la gestione dei ricoveri internistici da Pronto Soccorso
- e. l'integrazione tra i presidi ospedalieri aziendali, con:
  - redistribuzione delle attività chirurgiche per livelli di complessità
  - condivisione di percorsi diagnostico terapeutici
  - potenziamento della offerta specialistica nelle sedi spoke
  - adozione di modelli organizzativi per la gestione armonica del paziente internistico
- f. la costante integrazione con il territorio, in particolare con la rete delle strutture intermedie per una appropriata presa in carico del paziente in ingresso e uscita dall'ospedale e con i MMG ed i PLS, per favorire l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni, secondo criteri condivisi di priorità clinica.

L'analisi dei principali indicatori di performance dei presidi evidenzia una sostanziale corrispondenza dei risultati conseguiti dalle diverse strutture dei presidi ospedalieri aziendali alle indicazioni regionali.

I volumi delle prestazioni ambulatoriali sono complessivamente aumentati (+8%), mentre il numero dei ricoveri ordinari risulta pressoché costante, con un trend incrementale per la medicina interna

generalista, e quello dei ricoveri diurni presenta una discreta riduzione, quale effetto della contrazione dei DH medici utilizzati impropriamente per indagini diagnostiche (19.3% negli adulti).

Il tasso di ospedalizzazione (125 per mille) e la degenza media risultano stabili (PO Pordenone 6.26 gg e PO San Vito Spilimbergo 5.93 gg).

I ricoveri ospedalieri per BPCO e scompenso cardiaco sono entro gli standard richiesti, così come la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti  $\geq 65$  anni e l'indicatore sul fenomeno dei ricoveri potenzialmente evitabili.

L'attività operatoria ha subito un incremento, con redistribuzione di attività tra le diverse sedi e la concentrazione della chirurgia oncologica su Pordenone, aperta alla circolazione dei professionisti.

E' stato garantito, anche grazie alla realizzazione di nuove modalità gestionali, il mantenimento degli standard per il trattamento della frattura di femore entro 48H ( $> 70\%$  presso il PO di Pordenone) e per i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.

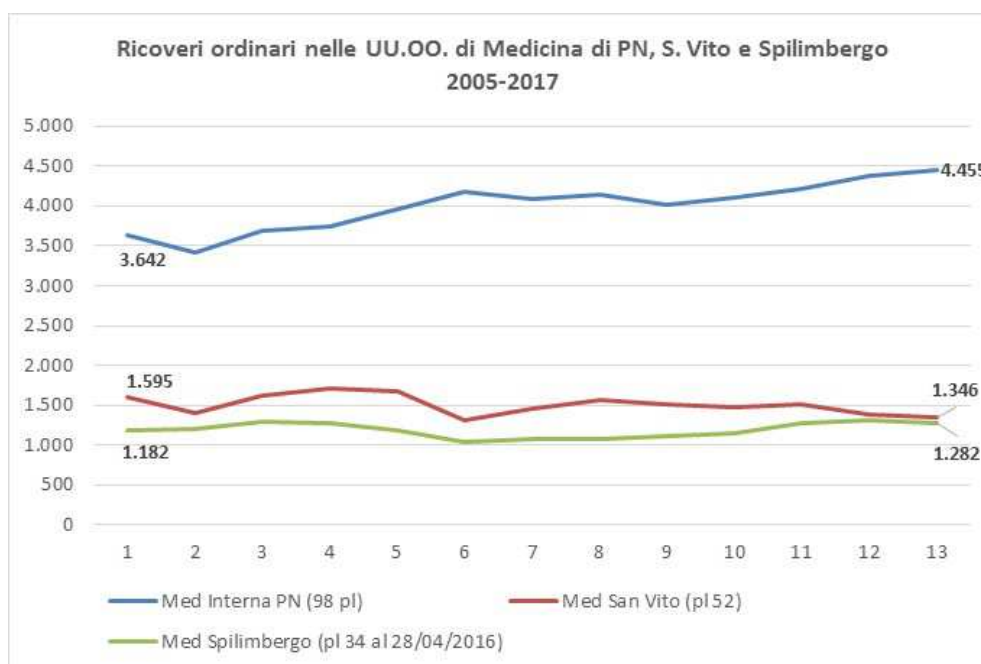
Il numero degli accessi in PS è sostanzialmente stabile (n. 113.461 per l'intera Azienda), con uno shift da codice bianco a codice verde di circa 3.000 accessi, fatto che giustifica, almeno in parte, il mancato raggiungimento degli obiettivi sui tempi medi di gestione dei codici verdi.

Nel corso del 2017 si è proceduto al consolidamento di funzioni di recente attivazione. In particolare sono state rafforzate le equipe della gastroenterologia e della chirurgia vascolare, con attivazione dei posti letto per le due specialità, e della infettivologia, coerentemente con le indicazioni regionali e per adeguare l'offerta alle esigenze dei presidi.

Inoltre, è stata formalizzata l'equipe di reumatologia, con la strutturazione di una offerta ambulatoriale e di consulenza per interni.

ANNO 2017	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
PPI Maniago	2.200	844	196	11	0	3.251
P.S. Pediatrico	2.428	12.794	1.269	68	0	16.559
P.S. Pordenone	13.360	24.949	11.801	1.141	2	51.253
PPI Sacile	3.842	2.752	690	38	0	7.322
P.S. San Vito	8.290	12.164	3.122	176	0	23.752
P.S. Spilimbergo	<b>4.823</b>	<b>4.779</b>	<b>1.593</b>	<b>128</b>	<b>1</b>	<b>11.324</b>
<b>TOTALE AAS n° 5</b>	<b>34.943</b>	<b>58.282</b>	<b>18.671</b>	<b>1.562</b>	<b>3</b>	<b>113.461</b>

Area di ricovero per acuti	Ricoveri anno 2016			Ricoveri anno 2017		
	Ordinari	DH	Totali	Ordinari	DH	Totali
Area Chirurgica	14.109	3.422	<b>17.531</b>	13.713	2.947	<b>16.582</b>
Area Medica	16.044	1.530	<b>17.549</b>	16.299	1.210	<b>17.509</b>
<b>TOTALE AAS n° 5</b>	<b>30.153</b>	<b>4.952</b>	<b>35.080</b>	<b>30.012</b>	<b>4.157</b>	<b>34.091</b>



L' Azienda ha avviato nel 2017 un impegnativo, condiviso e ineludibile cambio di rotta nella misurazione della performance, a partire dalle strutture ospedaliere.

In questa logica, si è data l'obiettivo di sviluppare un programma diffuso e partecipato per la valutazione delle attività, valutazione orientata soprattutto alla misura degli esiti delle cure, attraverso la produzione di report strutturati discussi e con le strutture di produzione. I report hanno preso in esame:

- l'attività in regime di ricovero (fonte SDO) e ambulatoriale (fonte SIASA), con attrazione e fuga
- l'attività di Pronto Soccorso
- alcuni indicatori rinvenibili in PNE AGENAS e nel programma "Bersaglio" messo a punto dalla Suola Sant'Anna di Pisa








- la qualità della codifica delle SDO, requisito fondamentale per la tenuta dei sistemi di valutazione.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo/esito/volume analizzati, le principali criticità emerse sono:

- i volumi di attività complessivi e la dispersione per alcune tipologie di ricoveri e interventi chirurgici
- i ricoveri ripetuti per patologie croniche nei reparti medici
- i tempi di attesa e i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

Di seguito si fornisce un esempio parziale di report riferito ad un centro di responsabilità.

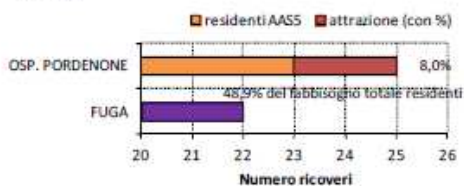
#### CHIRURGIA

	OFFERTA	CAPACITÀ ATTRATTIVA	FUGA
<b>RICOVERI</b>			
<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>			
<b>NOTE</b>	Riduzione del numero di ricoveri a Pordenone rispetto al 2015	Non emergono percentuali alte nei ricoveri e nell'ambulatoriale ad eccezione degli interventi su ano e stoma a S.Vito (da rivedere nel 2017)	Ernie e varici al S.Giorgio e mammelle maligne al CRO. In aumento la fuga extra-regionale per le varici in regime ambulatoriale (da rivedere nel 2017)
<b>ESITI</b>		Bassi volumi per alcuni interventi oncologici (da rivedere nel 2017)	

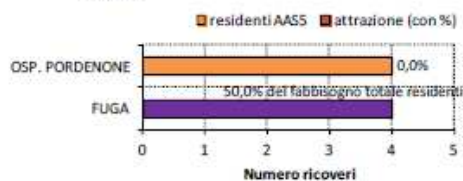


## ESITI

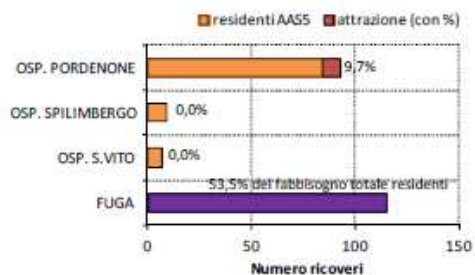
**Riparazione aneurisma non rotto: volume di ricoveri**



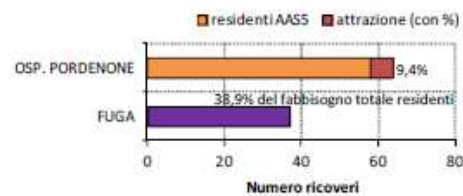
**Riparazione aneurisma rotto: volume di ricoveri**



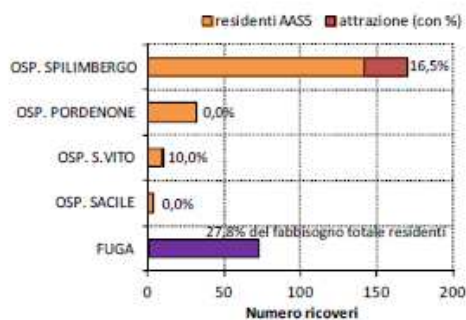
**Rivascolarizzazioni carotidee mediante stenting o angioplastica: volume di ricoveri**



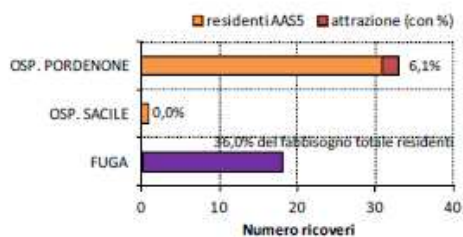
**Rivascolarizzazioni carotidee mediante endoarterectomia: volume di ricoveri**



**Interventi di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri**

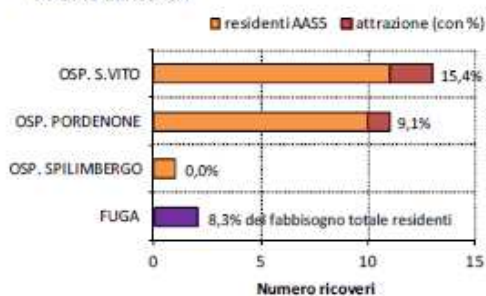


**Rivascolarizzazioni degli arti inferiori: volume di ricoveri**

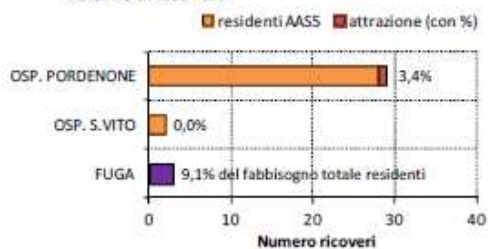




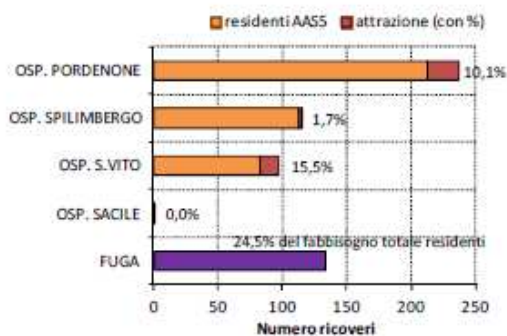
**Appendicectomie pediatriche laparoscopiche: volume di ricoveri**



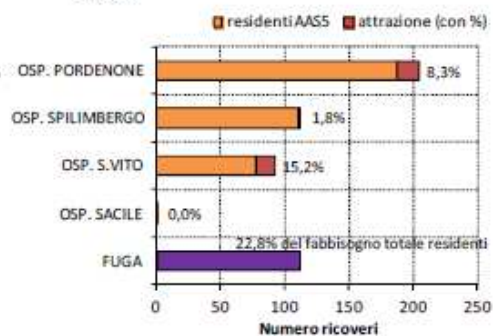
**Appendicectomie pediatriche laparotomiche: volume di ricoveri**



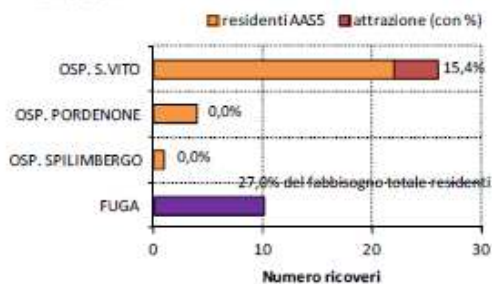
**Colecistectomie totali: volume di ricoveri**



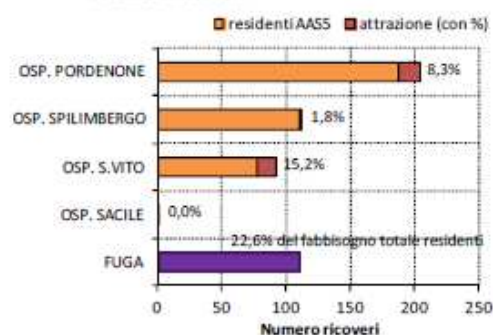
**Colecistectomie laparoscopiche: volume di ricoveri**



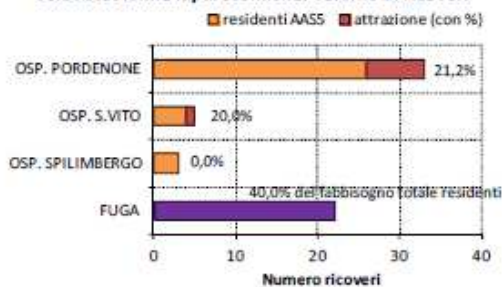
**Colecistectomie laparoscopiche DS/DH: volume di ricoveri**



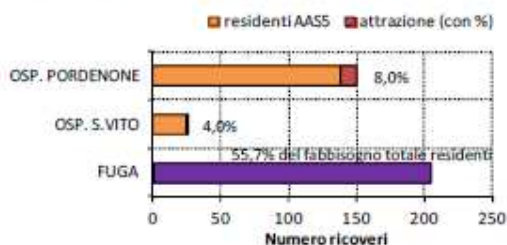
**Colecistectomie laparoscopiche ordinari: volume di ricoveri**



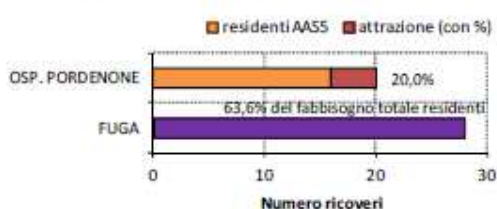
**Colecistectomie laparotomiche: volume di ricoveri**



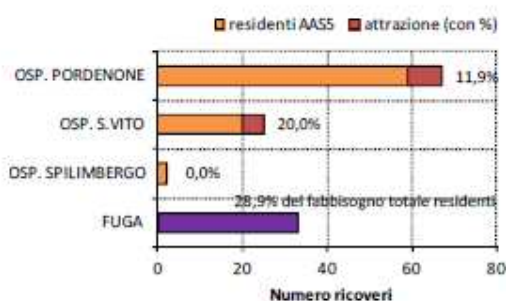
**Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella femminile: volume di ricoveri**



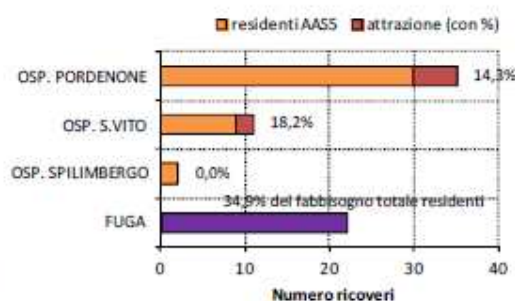
**Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: volume di ricoveri**



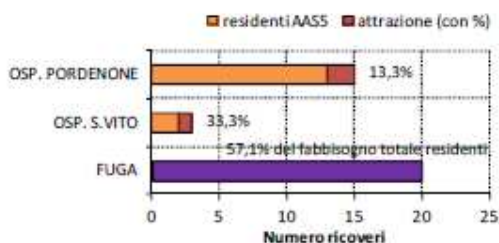
**Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: volume di ricoveri**



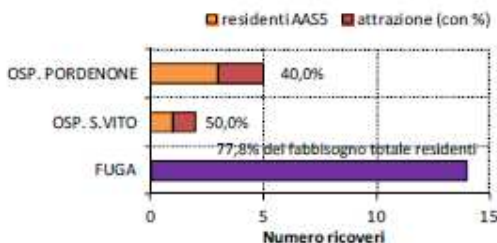
**Interventi chirurgici per tumore maligno del colon in laparoscopia: volume di ricoveri**



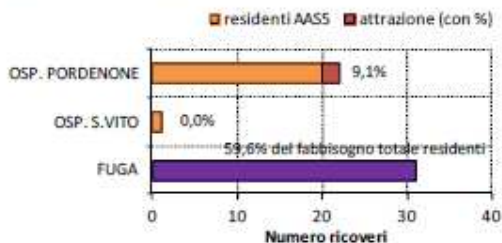
**Interventi chirurgici per tumore maligno del retto: volume di ricoveri**



**Interventi chirurgici per tumore maligno del retto in laparoscopia: volume di ricoveri**



**Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: volume di ricoveri**



**Interventi chirurgici per tumore maligno della colecisti: volume di ricoveri**





In particolare si registrano ottime performance per gli screening oncologici, per i tempi di attesa per chirurgia oncologica (tumori al colon retto, al polmone, all'utero e alla mammella), per la somministrazione di farmaci a brevetto scaduto o presenti nella lista di trasparenza.

Buoni risultati si rilevano anche per le cure palliative, il consumo di farmaci oppioidi, la gestione delle patologie croniche, l'area pediatrica e materno-infantile.

Si conferma inoltre la buona performance per quanto riguarda l'appropriatezza dei ricoveri medici e chirurgici e l'ottimo valore dell'indice di performance di degenza media per ricoveri acuti medici.

Il dato relativo all'indice di performance dei ricoveri chirurgici (che risulterebbe avere una performance scarsa) è in corso di verifica da parte del MeS, in quanto sono state rilevate delle incongruenze nei dati.

Gli indicatori relativi all'equilibrio patrimoniale finanziario e al costo sanitario procapite mostrano risultati molto buoni.

Tra gli indicatori critici si conferma anche nel 2017 l'appropriatezza nell'uso dei servizi di diagnostica per immagini, in particolare della risonanza magnetica muscolo-scheletrica negli anziani .

Un altro ambito che rimane critico, nonostante sia in miglioramento rispetto al 2016, è la copertura vaccinale. Restano basse le coperture per morbillo, parotite, rosolia, quelle per papilloma virus e per antipneumococco. Buona invece la copertura per varicella.

# IL CICLO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

## 1. SISTEMA PREMIANTE E GESTIONE PER BUDGET

La LR 49/1996 prevede che l'Azienda attui una modalità operativa basata sulla gestione per budget. Questo meccanismo operativo consente l'attribuzione di obiettivi e di risorse ai centri di responsabilità aziendali in un'ottica di traduzione operativa delle linee programmatiche definite dalla Amministrazione Regionale. Al fine di realizzare efficaci azioni di contenimento della spesa vengono attribuiti dalla Direzione Amministrativa i budget di risorsa alle articolazioni organizzative che si occupano dell'acquisizione delle stesse. I budget di risorsa sono oggetto di monitoraggio costante e continuativo da parte della Direzione Amministrativa per il tramite la Struttura Programmazione e Controllo.

A valle del percorso di predisposizione del PAL la Direzione Aziendale ha predisposto, avvalendosi della Struttura Programmazione e Controllo, le schede di budget dei diversi centri di attività aziendali.

La gestione per budget rappresenta lo strumento per il collegamento del sistema premiante alle attività in relazione alle risorse destinate alla produttività collettiva per il comparto ed alla retribuzione di risultato per la dirigenza e ulteriori progettualità.

Gli obiettivi incentivati sono finalizzati: all'incremento dell'efficienza quali/quantitativa del sistema ed all'ottimizzazione dei fattori di produzione; al miglioramento dell'efficacia del sistema (outcome sull'utenza interna ed esterna) garantendo adeguati standard di qualità; al miglioramento e all'evoluzione organizzativa dei servizi, anche in funzione dell'adeguamento ai nuovi strumenti tecnologici.

Le intese locali prevedono le seguenti tipologie di obiettivi:

- a) generali
- b) specifici
- c) strategici

Obiettivi generali coinvolgono tutto il personale dirigente e comparto.

Obiettivi specifici coincidono di norma con gli obiettivi di cui alle intese sulle RAR.

Obiettivi strategici coincidono di norma con gli obiettivi a valenza strategica per la Direzione Generale e possono essere individuali o di equipe e sono identificati direttamente dal Direttore Generale, anche al di fuori del percorso di budget.



Nel 2017, al fine di collegare la performance organizzativa con quella individuale, è stato approvato il regolamento per la corresponsione della retribuzione di risultato per la dirigenza e alla produttività collettiva e miglioramento dei servizi per il comparto (sottoscritto il 26/9/2017 Area del Comparto, il 24/10/2017 Area della Dirigenza Medica e Veterinaria ed Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) che prevede la corresponsione della quota integrativa attribuita ai dipendenti in relazione alla valutazione dell'apporto individuale degli stessi alla realizzazione dell'obiettivo, avuto riguardo ai seguenti elementi:

- a) il grado di raggiungimento dell'obiettivo
- b) l'apporto individuale del singolo (dirigente o personale del comparto) nel conseguimento degli obiettivi
- c) l'esercizio di funzioni gestionali per i dirigenti responsabili.

La valutazione è effettuata dal Responsabile e si articola su quattro livelli per l'attribuzione di un numero crescente di quote economiche:

- a. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è in linea con responsabilità, abilità e competenze di base previste per il profilo di appartenenza. A questo livello corrisponde l'erogazione della quota base senza ulteriori quote integrative.
- b. l'apporto individuale nell'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un sufficiente grado di collaborazione, impegno e disponibilità in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore a quello del punto a). A questo livello corrisponde una quota economica integrativa.
- c. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza, risolvendo spesso le criticità operative non routinarie, in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore al punto b). L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un buon grado di collaborazione e di impegno. A questo livello corrispondono due quote economiche integrative.
- d. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è eccellente, posto che riesce a massimizzare la propria produttività, autoregolandola in funzione degli obiettivi specifici e delle priorità complessive. Nella realizzazione delle attività rispetta sempre i tempi, garantendo un servizio/prodotto quali-quantitativamente apprezzabile, superiore a quello dei punti precedenti. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo

piena e costante collaborazione nonché elevato impegno. A questo livello corrispondono tre quote economiche integrative.

Il valutato può presentare istanza di ricorso avverso la valutazione entro 15 giorni dalla presa visione della scheda. Nell'istanza dovrà specificare chiaramente gli aspetti della valutazione oggetto di ricorso e le motivazioni. Durante il procedimento di ricorso può chiedere di farsi assistere da un rappresentante sindacale o da altra persona di fiducia. Competente per la valutazione di 2<sup>a</sup> istanza è l'Organismo Indipendente di Valutazione, che procede, di norma, nella prima seduta utile successiva alla richiesta del valutato. Il procedimento di ricorso deve risultare a verbale e deve tenere conto delle motivazioni del valutato e del valutatore.

Per direttori di Dipartimento, Distretto, S.C., S.S.D. l'attribuzione della quota integrativa è collegata al rispetto del budget economico assegnato ed agli obiettivi gestionali.

## **2. MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI**

La S.C. Programmazione e Controllo ha svolto, nel corso dell'anno, il monitoraggio delle schede di budget con frequenza:

- mensile per l'andamento dei costi dei beni di consumo e degli indicatori di attività con pubblicazione nel sito aziendale;
- semestrale per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi generali assegnati nelle schede di budget;
- almeno un incontro con tutte le SOC per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi generali assegnati nelle schede di budget.

I dati prestazionali vengono resi disponibili (con periodicità anche mensile in alcuni casi) anche attraverso il sito intranet aziendale.

Alcuni indicatori vengono monitorati sia a livello regionale che aziendale (es. completezza della cartella endoscopica, screening).

### **3. VALUTAZIONE FINALE DEI RISULTATI RAGGIUNTI**

A livello aziendale, si è anche in attesa del “Relazione annuale sullo stato di attuazione del programma consolidato del Servizio sanitario regionale – Anno 2017” rappresentante i risultati aziendali raggiunti e della valutazione regionale del Direttore Generale (obiettivi di Patto DGR 774/2017).

A livello di articolazione aziendale, ad ogni Responsabile è stato chiesto di documentare le attività realizzate in attuazione degli obiettivi affidati. La struttura Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management ha realizzato una attività istruttoria di analisi delle azioni intraprese e dei risultati conseguiti, propedeutica alla verifica del raggiungimento degli obiettivi collegati al sistema premiante di competenza dell’OIV.

La valutazione degli obiettivi della SOC Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management è proposta dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria all’OIV.

Nella tabella seguente è evidenziato il grado di raggiungimento delle singole articolazioni organizzative.



## VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET 2017

	Obiettivi di budget 2017	Proposta di valutazione	
Dipartimento	SCHEDA	COMPARTO	DIRIGENZA
<b>DIP CARDIOLOGICO</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Cardiologia PN		100%
	SC Cardiologia SV		100%
	SSD Cardiologia Riabilitativa		100%
<b>Dip MATERNO INFANTILE</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Ostetricia e ginecologia PN		88.75%
	SC Ostetricia e ginecologia SV		85%
	SC Pediatria e neonatologia PN		95%
	SC Pediatria SV		100%
	SSD Procreazione medicalmente assistita		100%
<b>DIP MEDICINA INTERNA</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Medicina interna PN		100%
	SC Medicina interna Spilimbergo		100%
	SC Medicina interna San Vito		100%
	SSD Diabetologia		90%
<b>DIP MEDICINA SPECIALISTICA</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Dermatologia		1000%
	SC Nefrologia e dialisi		95%
	SC Neurologia		100%
	SC Pneumologia		90%
	SC Medicina Riabilitativa PN Sacile		100%
<b>DIP CHIRURGIA GENERALE</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Chirurgia Pordenone		83.75%

	SC Urologia		86.11%
	SC Chirurgia San Vito		95%
	SC Gastroenterologia		100%
	SC Anestesia e rianimazione 2 PN		94.11%
	SSD Chirurgia vascolare		95%
<b>DIP CHIRURGIA SPECIALISTICA</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Chirurgia Maxillo facciale		100%
	SC Oculistica		86.18%
	SC ORL PN		100%
	SC ORL SV		100%
<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Anestesia e Rianimazione SV		95%
	SC Rianimazione e T.I. PN		87.5%
	SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza PN		95%
	SC Pronto soccorso e medicina d'urgenza SV		90%
	SSD Organizzazione dei blocchi operatori aziendali	100%	
<b>DIPARTIMENTO MEDICINA DEI SERVIZI</b>	<b>Dipartimento</b>	100%	100%
	S.C. Anatomia patologica		100%
	SC Laboratorio Analisi		100%
	SC Medicina Nucleare		100%
	SC Microbiologia Clinica e Virologia		100%
	SC Radiologia interventistica		90%
	SC Radiodiagnostica PN		100%
	SC Radiologia SV SP		100%
	SSD Genetica Medica		100%

	SSD Immunologia e Allergologia		100%
<b>DIP MEDICINA TRASFUSIONALE</b>	Dipartimento trasfusionale		100%
<b>DIP ORTOPEDICO TRAM E RIAB</b>	Dipartimento	100%	100%
	SC Chirurgia della mano		87.5%
	SC Ortopedia e Traumatologia PN		84%
	SC Ortopedia e Traum.SV SP		91.25%
	SC Medicina Riabilitativa SV SP		100%
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	Direzione Sanitaria + SS Formazione	100%	100%
	SC Direzione medica PN	100%	100%
	SC Direzione medica SV SP	100%	100%
	SC Assistenza farmaceutica	100%	100%
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>	<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>	100%	100%
	SC Approvvigionamenti e Logistica	100%	100%
	SC Provveditorato e economato	100%	-
	SC Affari Generali e Legali	100%	100%
	SC Gestione e Sviluppo personale dipendente e convenzionato	100%	100%
	SC Manutenzione patrimonio edilizio strutture ospedaliere	100%	100%
	SC Innovazione e Gestione Tecnologiche	100%	100%
	SC Gestione Economica e Fiscale	100%	100%
	SC Manutenzione patrimonio edilizio strutture territoriali	100%	100%
	SC Affari Generali e Legali ex AOSMA	100%	100%
<b>STAFF</b>	SC Programmazione e controllo ex ASS6	100%	100%
	SC P.C.Q.A.R.M.	100%	100%
	SS Servizio di Prevenzione e Protezione	100%	100%
<b>DAPA</b>	<b>DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE</b>		100%

	SC RETE CURE INTERMEDIE	100%	100%
	Distretto EST	100%	100%
	Distretto NORD	100%	95%
	Distretto OVEST	100%	100%
	Distretto SUD	100%	100%
	Distretto URBANO	100%	100%
	Dipartimento per le Dipendenze	100%	100%
	SC Neuropsichiatria Infantile	100%	95%
	SSD RETE CURE PALLIATIVE	100%	100%
<b>PREVENZIONE</b>	Dipartimento di PREVENZIONE	100%	100%
	SOC Ambienti di Lavoro		100%
	SOC Ambienti di Vita		100%
	SOC Igiene degli alimenti di origine animale		100%
	SSD igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche		100%
	SOC Sanità animale		100%
DSM	Dipartimento di Salute Mentale	100%	100%
	S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA AREA NORD	100%	100%
	S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA AREA SUD	100%	100%
	S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA AREA URBANA	100%	100%
	SPDC	100%	100%
DSS	Coordinamento Socio Sanitario	100%	100%

La valutazione relativa all'apporto dei singoli per l'anno 2017 si è articolata come segue:

<b>comparto</b>	
quota attribuita	n. dipendenti
A	161
B	330
C	2047
D	679
<b>Totale complessivo</b>	<b>3217</b>

<b>dirigenza medica e veterinaria</b>	
quota attribuita	n. dipendenti
A	36
B	37
C	319
D	95
<b>Totale complessivo</b>	<b>487</b>

<b>dirigenza SPTA</b>	
quota attribuita	n. dipendenti
A	1
B	2
C	58
D	5
<b>Totale complessivo</b>	<b>66</b>

<b>direttori DIP.TO/S.C./DISTRETTO/S.S.D.</b>	
quota attribuita	n. dipendenti
0	
100%	76
<b>Totale complessivo</b>	<b>76</b>

Si precisa che n 4 dipendenti hanno effettuato ricorso