



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

3 Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli

Relazione sulla Performance

Anno 2019

Sommario

Premessa	3
1. Analisi del contesto	5
1.1 Il contesto interno - L'Amministrazione	5
1.2 Il contesto esterno di riferimento	5
2. Principali risultati raggiunti.....	7
3.3 Risorse umane	8
3.4. Risorse economiche.....	10
3.5. Costi pro-capite	11
4. Misurazione e valutazione della performance	12
4.1. La performance organizzativa	12
4.1.1 Gli obiettivi annuali dell'AAS3	13
4.1.2. Performance organizzativa complessiva	20
4.2. Misurazione e valutazione della performance individuale	22
5. Il processo di misurazione e valutazione 2019.....	22
6. Le segnalazioni dei cittadini.....	24
7. Collegamento con il Piano triennale di prevenzione della corruzione	25
8. Conclusioni	25

Premessa

Il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ha introdotto la valutazione del ciclo della performance nel settore pubblico. Come noto, la previsione normativa individua nel PIANO DELLA PERFORMANCE il documento operativo con cui le Pubbliche Amministrazioni definiscono i propri obiettivi e nella RELAZIONE SULLA PERFORMANCE il documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati e alle risorse impiegate.

Il PIANO DELLA PERFORMANCE dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli - Collinare – Medio Friuli", di seguito AAS3, è stato approvato con decreto del Commissario straordinario n. 65 del 29.03.2019.

Nel Piano sono esplicitate le linee di indirizzo strategiche e gli obiettivi da perseguire nel periodo di riferimento in coerenza con le Linee per la gestione annuale adottate dalla Giunta Regionale per la gestione del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Nel 2019 il ciclo della performance ha subito delle modifiche in virtù della LR 27/18 di revisione dell'Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, sia in termini di tempistiche (la programmazione regionale si è conclusa il 31 marzo e non il 31 dicembre), sia in termini di documenti, dato che l'AAS 3 non poteva predisporre un piano triennale della performance, a causa della sua prevista cessazione per il 2020.

La RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019 rappresenta l'esito dell'attività svolta dall'AAS3 ed evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'esercizio di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione. La relazione è predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b) del decreto legislativo n.150 del 27.10.2009 ed è elaborata sulla scorta degli indirizzi metodologici recati dal Dipartimento della Funzione Pubblica con le linee guida n. 3/2018 ed utilizzando le informazioni di dettaglio contenute nel decreto del Direttore generale n. 515 del 29.05.2020 di approvazione del Bilancio di esercizio 2019, di cui costituisce una sintesi.

Il Piano ed i documenti collegati al ciclo di gestione annuale della performance sono pubblicati sul sito web istituzionale nella sezione dedicata dell'area "Amministrazione Trasparente".

http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/amministrazione_trasparente/06_performance

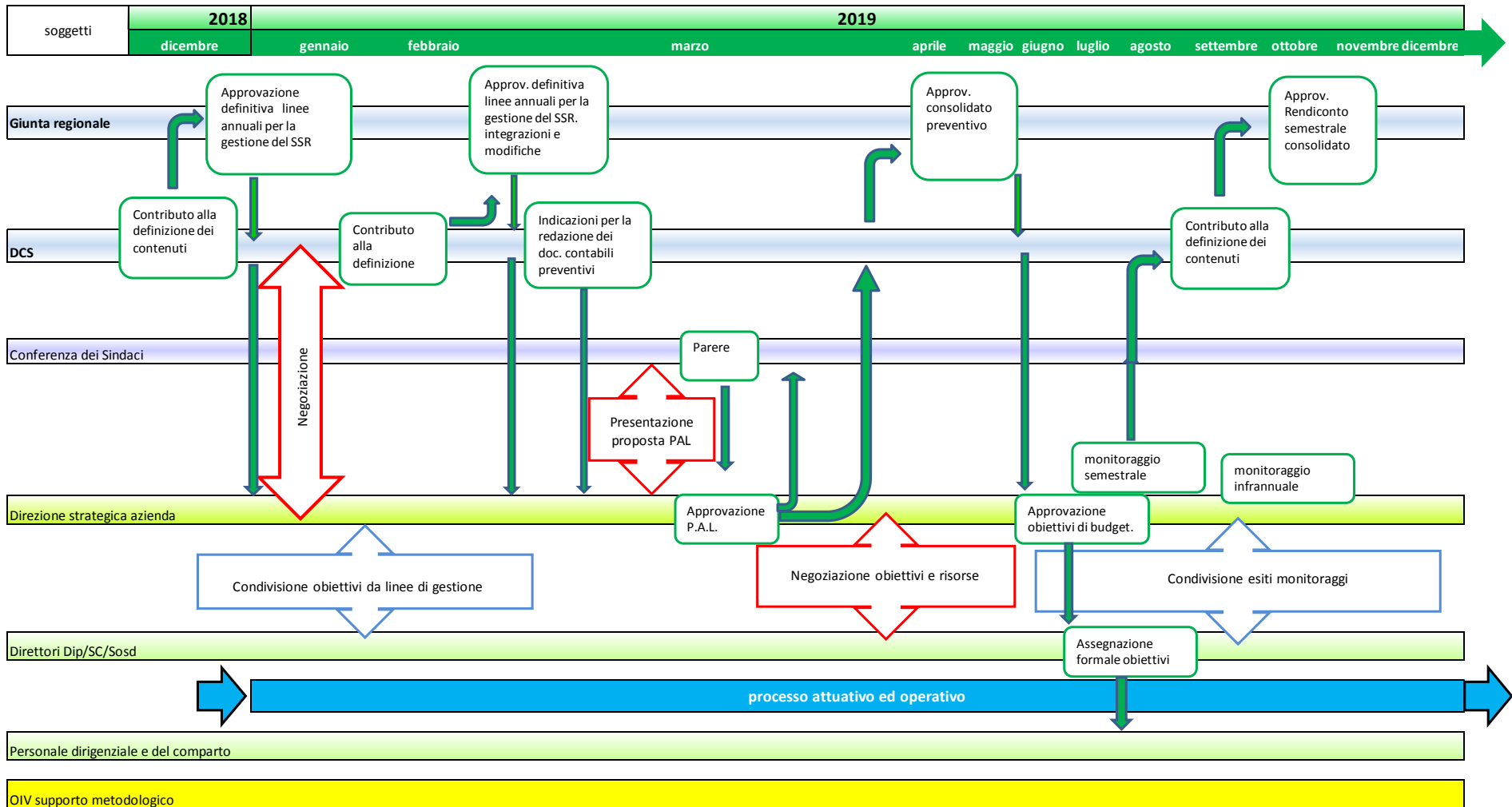
/

Si premette che il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è disciplinato dalla legge regionale 10.11.2015 n. 26 recante "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti" che prevede per gli Enti del SSR:

- programmazione economica annuale (art. 41);
- controllo quadrimestrale ed annuale (art. 42);
- gestione per budget (art. 43).

Nella tabella che segue si schematizzano le fasi principali del processo programmatico e gestionale con evidenza delle interazioni tra i vari soggetti coinvolti.

Ciclo della performance anno 2019



1. Analisi del contesto

1.1 Il contesto interno - L'Amministrazione

L'AAS3 è cessata il 31.12.2019, per effetto di quanto disposto dalla L.R. 27/2018, che ha ridisegnato l'Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale. A partire dal 2020 l'AAS3 è confluita nella nuova Azienda "ASU Friuli Centrale", che riunisce tutti i territori della ex provincia di Udine, acquisendo le risorse economiche e patrimoniali, nonché le risorse professionali di competenza e conoscenza presenti nelle organizzazioni preesistenti.

La Direzione dell'Azienda è stata affidata ad un Commissario straordinario, con un incarico annuale, coadiuvato da tre Vicecommissari con funzione rispettivamente di Direttore Sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Sociosanitario.

L'Azienda si articola nelle seguenti macro strutture organizzative che assicurano l'erogazione dei servizi alla cittadinanza:

Direzione strategica e servizi di supporto
Distretto 1- Carnia
Distretto 2 - Gemonese - Canal del Ferro - Val Canale
Distretto 3 – Sandanielese
Distretto 4 – Codroipese
Dipartimento di prevenzione
Dipartimento di salute mentale
Area dipartimentale delle dipendenze
Presidio ospedaliero San Daniele del Friuli – Tolmezzo
Presidio ospedaliero per la salute di Gemona

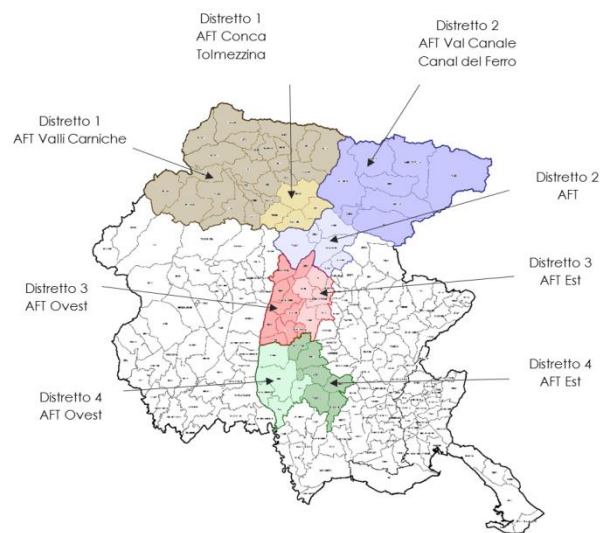
Nel 2019 la gestione è stata caratterizzata dal mantenimento dei modelli organizzativi in essere prima dell'avvio della riforma sanitaria prevista dalla L.R. 27/2018, sia per l'assistenza ospedaliera, sia per quella territoriale, con i risultati che verranno descritti nel documento.

La struttura organizzativa aziendale è consultabile sul sito internet aziendale al link <https://aas3.sanita.fvg.it/>, mentre la descrizione dettagliata delle dotazioni e dei volumi è presente nella Relazione sanitaria allegata al Bilancio, già presente nel portale della performance.

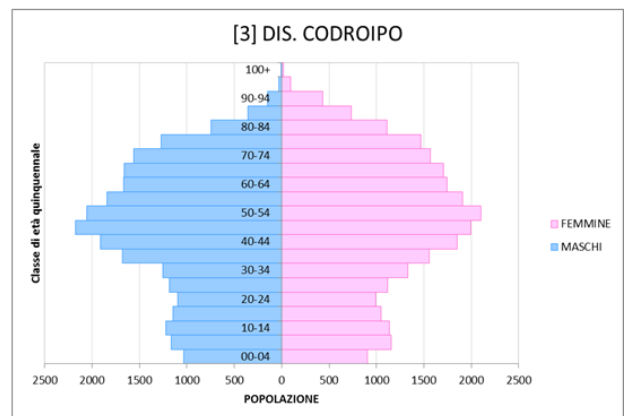
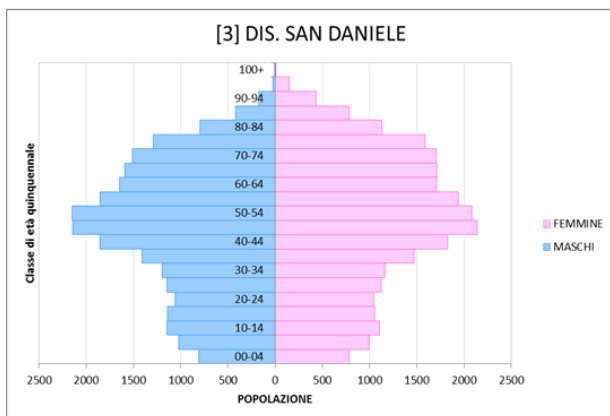
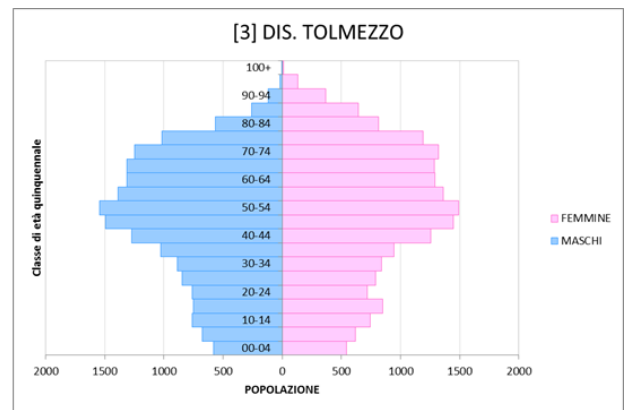
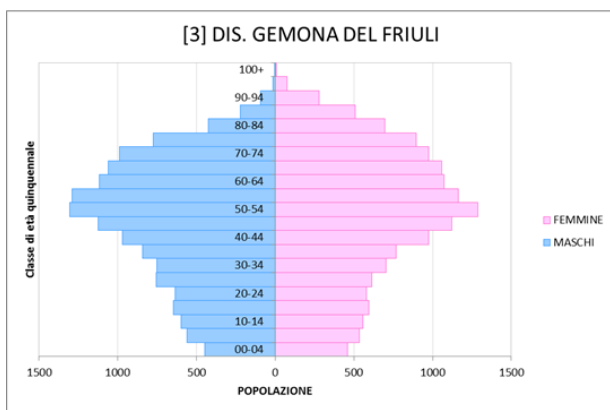
1.2 Il contesto esterno di riferimento

L'azienda su un territorio di 3.175 Km², circa il 40% del territorio regionale e circa il 63% di quello afferente alla provincia di Udine. La popolazione complessiva è di 168.060 abitanti (al 31/12/2018, fonte: Portale SISR), distribuiti in 68 comuni, suddivisi in 4 distretti.

Distretto	popolazione residente	incidenza	Comuni
Distretto 1 - Carnia	37.552	22%	28
Distretto 2 - Gemonese- Canal del Ferro-Val Canale	29.395	17%	14
Distretto 3 - Sandanielese	50.127	30%	15
Distretto 4 - Codroipese	50.986	30%	11
totale	168.060	100%	68



La distribuzione della popolazione per fasce d'età e sesso nei 4 Distretti è la seguente:



Si rileva un progressivo invecchiamento della popolazione di riferimento. Nel 2018 la popolazione over 65 incideva per il 26,62% e nel 2019 si attesta al 27,04%, per contro i minori di anni 14 nel 2018 erano pari al 11,68% e nel 2019 sono pari al 11,46%.

Per quanto attiene le esenzioni ticket, si rileva un decremento degli esenti per motivi di reddito ed un aumento degli esenti per altri motivi (oltre 900 unità) rispetto all'anno precedente. Complessivamente l'incidenza degli esenti nel 2018 era pari al 41,87%. Nella tabella che segue si dà evidenza del dato 2019.

Esenti ticket	2018	2019
- per motivi di reddito	38.837	37.602
- per altri motivi	31.878	32.859
Totale esenti	70.715	70.461
<i>Incidenza esenti sul totale della popolazione residente</i>	<i>41,87%</i>	<i>41,93%</i>

2. Principali risultati raggiunti

La manovra gestionale ed operativa nel 2019 si è ispirata ai seguenti **principi**:

- garantire l'erogazione dei Livelli essenziali dell'assistenza sanitarie e socio-sanitaria
- far sì che l'organizzazione vada incontro ai cittadini e non viceversa
- declinare nel proprio contesto le indicazioni programmatiche individuate dalla Giunta regionale per l'anno 2019 con le Linee per la gestione 2019
- perseguire l'equilibrio economico e finanziario
- utilizzare gli indicatori di performance e di esito disponibili a livello nazionale, come strumento di autoanalisi e riposizionamento organizzativo e professionale.
- affrontare i problemi delle persone in modo integrato, cercando alleanze anche con altre istituzioni che insistono nella comunità locale.

Rispetto ai **risultati** raggiunti, si ribadisce che nel 2019 l'Azienda ha lavorato in continuità con le **progettualità** aziendali e regionali avviate negli anni precedenti.

Nel 2019 si rilevano comunque le seguenti nuove linee di lavoro:

- la rivisitazione di alcuni contesti di cura, quale la sede di Gemona, con la revisione degli spazi delle Degenze intermedie polifunzionali, per la costituzione delle SUAP (Speciali Unità per l'Assistenza Protratta)
- l'avvio della progettualità per attivare le degenze riabilitative dell'IMFR Gervasutta.
- la sede ospedaliera di San Daniele è stata oggetto di lavori per la miglior distribuzione logistica di spazi e risorse, con l'attivazione della week surgery al quarto piano e il mantenimento delle degenze a maggior decorso al terzo piano.

Nel paragrafo Obiettivi annuale sono rappresentati i principali indicatori monitorati nella programmazione aziendale e regionale

3.3 Risorse umane

La programmazione delle risorse umane per l'anno 2019 è stata redatta secondo le prescrizioni contenute nelle Linee per la gestione del SSR, approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 2514 del 28 dicembre 2018, e nelle indicazioni per la redazione dei documenti contabili 2019, trasmesse dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità con nota prot. n. 3362 del 5 febbraio 2019.

Detti documenti riportano le misure di contenimento della spesa del personale e, più precisamente, il tetto di spesa del personale per il 2019, che non avrebbe dovuto superare il costo registrato in sede di secondo rendiconto infrannuale 2018, proiettato al 31 dicembre 2018 e diminuito dell'1%.

La riduzione dei costi richiesta alla Azienda per il 2019 è di poco inferiore al milione di euro. Ciò ha consentito unicamente di privilegiare le assunzioni a garanzia della continuità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, per quanto riguarda la dirigenza, di recuperare le perdite precedenti.

In particolare, si è perseguito costantemente l'obiettivo di superare il precariato mediante la riduzione della consistenza del personale a tempo determinato. La proporzione si attesta intorno al 3% del personale complessivo.

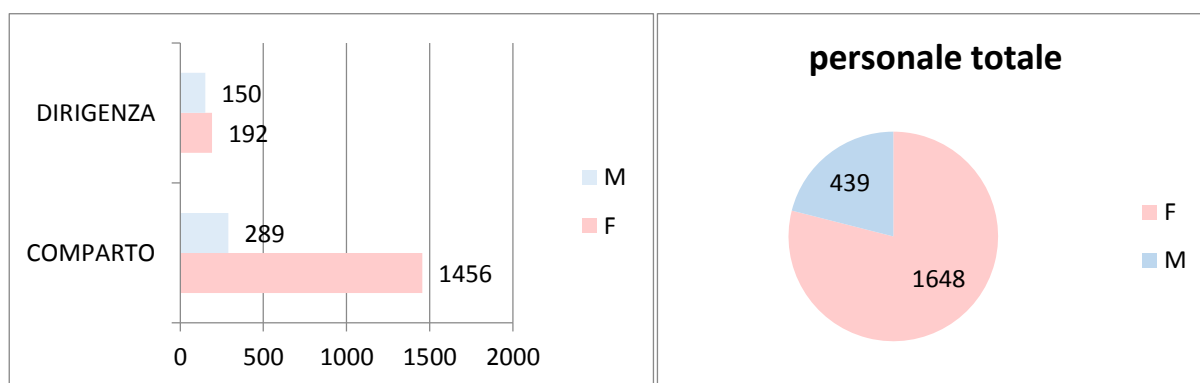
Dotazione organica	Forza al 31.12.2016	Forza al 31.12.2017	Forza al 31.12.2018	Forza al 31.12.2019
Dirigenza				
Ruolo sanitario	331	332	326	329
Ruolo professionale	3	2	2	3
Ruolo tecnico	3	2	2	1
Ruolo amministrativo	8	8	8	9
Totale dirigenza	345	344	338	342
Comparto				
Ruolo sanitario	1.104	1.109	1.124	1.073
Ruolo professionale				-
Ruolo tecnico	483	505	513	516
Ruolo amministrativo	154	155	164	156
Totale comparto	1.741	1.769	1.801	1.745
Totale complessivo	2.086	2.113	2.139	2.087
Scostamento % rispetto anno precedente		1,3%	1,2%	-2,5%

Nella tabella che segue si sintetizza il dato riferito al personale dipendente – gestione sanitaria – distinto per funzione:

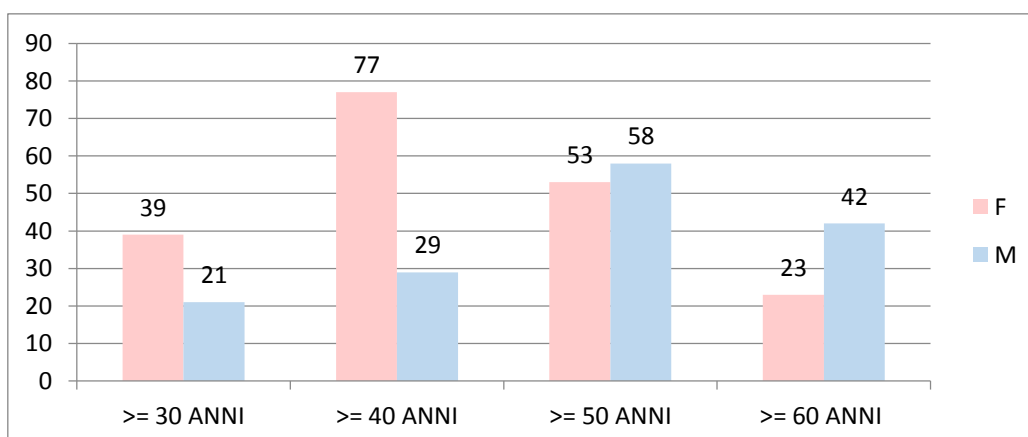
Funzione	Area	Unità	Incidenza
prevenzione - cura - riabilitazione - servizi al cittadino	Dirigenza Comparto	333 1.582	92%
supporto alle strutture operative	Dirigenza Comparto	9 163	8%
TOTALE		2.087	100%

La dotazione organica del personale dipendente risulta costituita prevalentemente da personale femminile come si evince nei grafici seguenti.

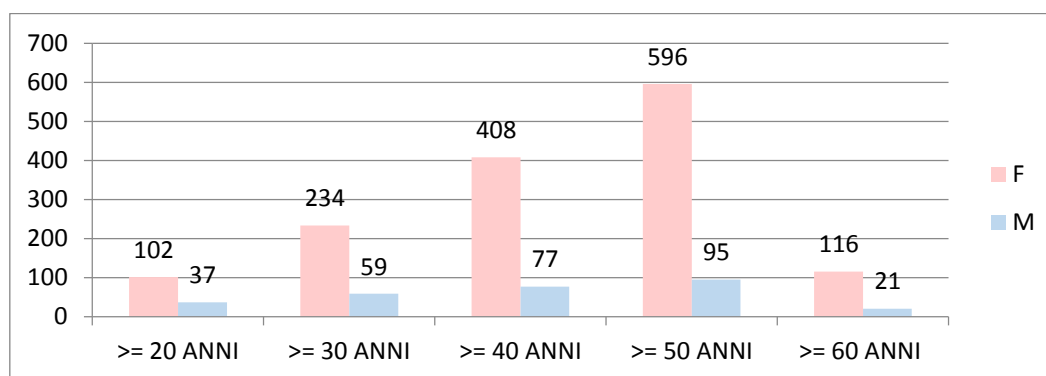
Composizione organico



Nel grafico che segue si evidenzia la distribuzione della dotazione organica della dirigenza per fasce di età e sesso. L'età media dei dirigenti maschi è superiore ai 52 anni, l'età media delle dirigenti di sesso femminile è superiore ai 47 anni. Appare evidente che l'accesso alla dirigenza negli ultimi decenni vede più frequente il sesso femminile.



Per quanto attiene il personale del comparto la distribuzione per fasce di età e sesso è la seguente:



L'età media del personale maschile del comparto è superiore a 44 anni, l'età media del personale femminile è superiore a 47 anni.

L'azienda oltre al personale in rapporto di dipendenza si avvale anche del sotto indicato personale in regime di convenzione, operante a livello territoriale:

Tipologia di personale	unità		
	2017	2018	2019
Medici di base	127	119	114
Pediatrati di libera scelta	15	15	15
Medici di continuità assistenziale	18	14	13
Specialisti convenzionati	29	29	30

3.4. Risorse economiche

Di seguito si riporta uno schema di sintesi del conto economico dell'azienda riferito all'esercizio 2019 con evidenza delle variazioni rispetto all'anno precedente. L'incremento delle risorse a disposizione di 11,36 ml di € rispetto all'anno precedente è dovuto in massima parte ad un incremento dei finanziamenti regionali.

Bilancio Sanitario			variazione 2019/2018		
voce	2019	2018	importo	%	
A	Valore della produzione	358.408.328	347.047.814	11.360.514	3,27%
B	Costi della produzione	349.565.157	337.430.639	12.134.518	3,60%
	Differenza tra A e B	8.843.171	9.617.175	- 774.004	77,72%
C	Proventi e oneri finanziari	2257	341	1916	561,88%
D	Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0
E	Proventi e oneri straordinari	- 606.205	- 2.188.816	1.582.611	-72,30%
	Risultato prima delle imposte (A-B-C-D-E)	8.239.223	7.428.700	810.523	10,91%
Y	Imposte sul reddito d'esercizio	7.133.893	7.072.803	61.090	0,86%
	utile d'esercizio	1.105.330	355.897	749.433	210,58%

Sul versante dei costi l'aumento è si spiega principalmente con :

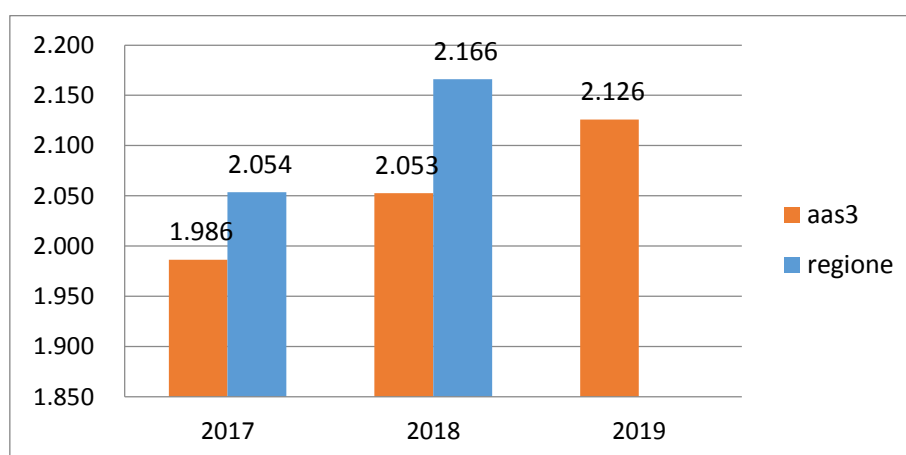
- l'aumento dell'acquisto di beni sanitari (+6,3 mln), in particolare costo farmaci ad alto costo per le antiemofiliche, per le terapie antineoplastiche e per il trattamento della sclerosi multipla

- l'incremento della mobilità extraregionale, nonché dell'addebito del costo dei farmaci in file F (+1,7 mln)
- dinamiche di mobilità intraregionale (nel 2019 minor mobilità ospedaliera, -2.5 mln, ma maggior mobilità ambulatoriale, +2,9 mln)
- incremento dell'acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria (2,3 mln) per la maggior parte attribuibile al convenzionamento nel corso del 2019 di ulteriori posti letto presso le strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti ed RSA pubbliche, nonché a maggiori costi relativi alla fuga extraregionale ed ai servizi legati alla tossicodipendenza
- aumento di attività di trasporto sanitario (+0,61 mln), in particolare nei trasporti primari per l'attivazione di numerose postazioni territoriali di pronto soccorso/emergenza;

La gestione dei fattori produttivi ha consentito comunque di chiudere l'esercizio in utile.

3.5. Costi pro-capite

Come si evince dal grafico seguente, dove viene rappresentata l'analisi dei costi pro capite relativi al triennio 2017/2019 per l'Azienda, si può notare un incremento della spesa pro capite nel 2019 rispetto agli anni precedenti. Il costo pro capite 2019 si attesta sostanzialmente in linea con il costo pro capite regionale rilevato nell'anno precedente.



La popolazione presa a riferimento è la "popolazione secca" alla data del 31.12 di ciascun anno secondo i dati riportati nelle linee di gestione. Per l'anno 2019 non sono ancora disponibili i dati relativi alla spesa pro capite regionale, atteso che non sono stati ancora adottati i provvedimenti di consolidamento del bilancio regionale 2019.

4. Misurazione e valutazione della performance

La misurazione e la valutazione della performance nell'AAS 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" (decreto 351 dd 02.11.2016) ha la finalità complessiva di favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascuno, sia che si tratti di Centro di Responsabilità, di setting assistenziale o di singolo individuo apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa a cadenza annuale tramite due strumenti operativi:

- il processo di budget attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa/collettiva
- la valutazione individuale attraverso la quale si intende valorizzare la performance individuale.

Oltre gli strumenti sopra elencati l'AAS3 ha utilizzato altre due leve di valorizzazione della performance legate al perseguimento di obiettivi strategici di rilevanza aziendale e obiettivi strategici di rilevanza regionale.

FONDO PRODUTTIVITA'/RISULTATO			RAR (Obiettivi)
Quota Collettiva	Quota Individuale	Quota Strategica di rilevanza aziendale	
Correlata alla <i>performance organizzativa</i> come raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura in cui si è inseriti, durante il processo di budget. La sua valutazione dipende dal raggiungimento degli obiettivi di budget	Correlata alla <i>performance individuale</i> come misura delle capacità relazionali, professionali ed eventualmente gestionali del singolo operatore all'interno dell'organizzazione di riferimento. La valutazione avviene da parte del proprio superiore gerarchico e tiene conto degli obiettivi individuali assegnati.	Riservata ad incentivare obiettivi di rilevanza strategica che la Direzione Stategica decide di assegnare al singolo operatore o all'equipe.	Riservata ad incentivare obiettivi secondo le regole previste dall'intesa regionale.

4.1. La performance organizzativa

La valutazione della Performance organizzativa/collettiva opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Atto Aziendale.

E' oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti:

- nell'ambito del processo di Budget e tra questi sono indentificati quelli incentivati ai fini della retribuzione accessoria di tutti gli operatori, in funzione del contratto collettivo di riferimento;

- nell'allocazione delle risorse aggiuntive regionali (RAR) per il raggiungimento di obiettivi rilevanza strategica regionale, previsti nell'intesa regionale annuale. Il processo di assegnazione si sovrappone al percorso di budget;

- nell'assegnazione da parte della Direzione della quota strategica per il raggiungimento di obiettivi rilevanza strategica aziendale. Tali obiettivi possono essere definiti e assegnati durante il Budget oppure in momenti successivi nel corso dell'anno anche per far fronte ad esigenze impreviste.

I riferimenti specifici ai contratti integrativi sono rinvenibili nell'apposita sezione di amministrazione trasparente:

http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/amministrazione_trasparente/04_personale/contattazione_integrativa-s.html

4.1.1 Gli obiettivi annuali dell'AAS3

Di seguito si riportano i risultati raggiunti rispetto alle principali progettualità regionali e di aderenza agli indicatori Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Riduzione del tasso ospedalizzazione standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		125 ,00°/ ..	122,50 °/ ..	125 ,00°/ ..
risultato	AAS3	118,86 °/ ..	121,71 °/ ..	119,25 °/ ..

% pazienti (>65 anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario. Standard obiettivo ospedali spoke		anno		
		2017	2018	2019
		> 80%	> 80%	> 80%
numeratore	n. ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il pz sia stato operato entro 48 h in regime ordinario	183	154	157
denominatore	n. di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	226	198	200
risultato	AAS3	80,97%	77,78%	78,50%
risultato	media Regione	71,10%	70,68%	n.d.

% dei parti cesarei standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		< 20%	< 20%	< 20%
numeratore	dimissioni con parto cesareo primario	175	163	171

denominatore	tot. dimissioni x parto con nessun pregresso cesareo	1.192	1.187	1.078
risultato	AAS3	14,66%	13,73%	15,86%
risultato	media Regione	17,24%	15,56%	n.d.

rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		0,32	0,32	0,32
numeratore	n. dimissioni in degenza ordinaria con DRG "inappropriato"	2.491	2.455	2.322
denominatore	n. dimissioni in degenza ordinaria con DRG non "inappropriato"	12.166	11.995	11.757
risultato	AAS3	0,21	0,21	0,20
risultato	media Regione	0,28%	n.d.	n.d.

% Ricoveri con DRG CH in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 38%	≥ 38%	≥ 38%
numeratore	n. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario	5.642	5.339	5.377
denominatore	n. complessivo di dimessi in regime ordinario	13.470	13.277	12.984
risultato	AAS3	41,88%	40,21%	41,41%
risultato	media Regione	42,70%	n.d.	n.d.

% ricoveri adulti in DH medico per acuti con finalità diagnostica standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		< 30%	< 28%	< 20%
numeratore	n. ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100	68	76	90
denominatore	n. ricoveri per acuti in DH medico	583	553	553
risultato	AAS3	11,66%	13,72%	16,28%
risultato	media Regione	28,51%	n.d.	n.d.

% ricoveri pediatrici in DH medico per acuti con finalità diagnostica standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		< 50%	< 42%	< 40%
numeratore	n. ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100	16	10	11
denominatore	n. ricoveri per acuti in DH medico	45	36	31
risultato	AAS3	35,56%	27,78%	35,48%
risultato	media Regione	54,24%	n.d.	n.d.

Aumentare la % dei pz registrati al PS con codice verde visitati entro 1h rispetto al tot. Pz in cod. verde standard obiettivo ospedali spoke		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
numeratore	n. pz visitati entro 1 h	15.021	15.842	16.326
denominatore	totale pazienti in codice verde	20.989	22.572	24.713
risultato	AAS3	71,57%	70,18%	66,06%
risultato	media Regione	58,11%	59,52%	59,42%

Aumentare la % dei pz registrati al PS con codice verde non inviati al ricovero che permangono in PS meno di 4 h standard obiettivo ospedali spoke		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
numeratore	n. pz non inviati al ricovero con 4 h permanenza in PS	13.189	15.842	16.192
denominatore	totale pazienti in codice verde	15.697	22.572	19.021
risultato	AAS3	84,02%	84,92%	85,13%
risultato	media Regione	76,00%	73,02%	74,16%

Specialistica ambulatoriale: tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche x 1000 res. (≥ 65 anni)		anno		
		2017	2018	2019
		≤ 24	≤ 24	≤ 24
numeratore	n. accessi RM muscolo scheletriche pz ≥ 65 anni, relativi ai residenti nelle AASx 1000 (selezione sulle RM muscolo scheletriche 88.94.1; 88.94.2 - si considerano le prestazioni erogate da pubblico e privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse). Fonte SIASA	843	868	749
denominatore	popolazione ≥ 65 anni	44.301	44.973	45.439
risultato	AAS3	19,00	19,46	16,48
risultato	media Regione	26,07%	24,80%	26,03%

Specialistica ambulatoriale: incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (antiipertensivi)		anno		
		2017	2018	2019
		≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%
numeratore	n. confezioni farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in convenzione x 100			
denominatore	n. confez. Farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale			
risultato	AAS3	30%	36,81%	36,77%
risultato	media Regione	37,93%	37,89%	38,06%

Specialistica ambulatoriale: consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica		anno		
		2017	2018	2019
		25 up pro cap	25 up pro cap	25 up pro cap
numeratore	n. unità posologiche di IPP erogate			
denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio pesata			
risultato	AAS3	30,04	30,80	30,78
risultato	media Regione	28,75	27,80	28,50

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
numeratore	N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) per: Difterite-tetano, Antipolio, Antiepatite B			
denominatore	coorte nati			
risultato	AAS3			
	Difterite-tetano	91,43%	93,10%	92,99%
	Antipolio	91,43%	93,10%	92,99%
	Antiepatite B	90,03%	92,50%	92,68%

Vaccinazioni raccomandate MPR standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
numeratore	N. soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) per: morbillo, parotite e rosolia			
denominatore	coorte nati			
risultato	AAS3	85,83%	90,50%	92,16%

Vaccinazione raccomandata contro influenza nell'anziano standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
numeratore	N. soggetti di età => 65 anni vaccinati per influenza			
denominatore	coorte dei soggetti di età => 65 anni residenti			
risultato	AAS3	53,20%	57,40%	61,10%

Costo-pro capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 85	≥ 85	≥ 85
numeratore	costo pro capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro modello LA voce 19999	13.983.000	9.277.000	11.380.094
denominatore	popolazione residente	168.877	168.899	168.060
risultato	AAS3	82,80	54,9	67,7

Tutela della salute nei luoghi di lavoro % di unità controllate sul totale di unità da controllare standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%
numeratore	n. aziende oggetto di ispezioni			
denominatore	n. aziende con almeno 1 dipendente + n. aziende artigiane con + di 1 artigiano		329	
risultato	AAS3	2,50%	5,00%	5,90%

Sanità animale: % di allevamenti controllati per TBC bovina standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%
numeratore	n. allevamenti oggetto di ispezioni	57	52	64
denominatore	n. allevamenti da controllare	55	50	50
risultato	AAS3	103,60%	104,00%	128,00%

Sanità animale: % di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%
numeratore	n. allevamenti oggetto di ispezioni	159	199	284
denominatore	20% degli allevamenti programmati	141	144	274
risultato	AAS3	105,70%	138%	104%

Sanità animale: % di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%
numeratore	n. capi oggetto di ispezioni	1.440	1.282	1.428
denominatore	≥ 98% del 10% dei capi		1.063	1.050
	capi di riferimento		10.631	10.496
risultato	AAS3	100%	120,60%	136,05%

Sanità animale: % di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%
numeratore	n. aziende controllate	20	20	20
denominatore	≥ 98% del 3% delle aziende	18	19	20
risultato	AAS3	111,10%	105,26%	100,00%

Salute degli alimenti: % dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%
numeratore	n. campioni analizzati	114	120	104
denominatore	n. campioni da analizzare	114	120	105
risultato	AAS3	100,00%	100,00%	99,05%

Salute degli alimenti: % delle unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 20%	≥ 20%	≥ 20%
numeratore	n. unità controllate	300		
denominatore	n. unità registrate	2.756		
risultato	AAS3	10,90%	15,00%	6,00%

Tasso ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i prevention Quality Indicators (Pqis) standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≤ 115	≤ 115	≤ 115
fonte	SISSR Infrastruttura direzionale			
risultato	AAS3	109,93	99,24	101,24

Assistenza domiciliare: % anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016 standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 3,8%	≥ 3,8%	≥ 3,8%
numeratore	N. anziani trattati in ADI residenti nella regione (si considerano gli assistiti con prese in carico con almeno un accesso nel periodo. Sono inoltre escluse dal carico le prese i carico CIA 0)	1.105	1.303	1.461
denominatore	popolazione anziana residente	44.301	44.613	45.439
risultato	AAS3	2,49%	2,92%	3,22%

Assistenza domiciliare: % anziani ≥ 65 anni seguiti a domicilio standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 4 %	≥ 4 %	≥ 4 %
numeratore	utenti ≥ 65 anni seguiti a domicilio	2.899	2.862	2.725
denominatore	popolazione ≥ 65 anni residente	44.613	44.973	45.439
risultato	AAS3	6,50%	6,36%	6,00%

Assistenza domiciliare: n. medio di accessi pe anziano ≥ 65 anni standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 25,05	≥ 25,05	≥ 25,05
numeratore	n. accessi	73.708	72.942	76.594
denominatore	tot. utenti ≥ 65 anni seguiti a domicilio	2.899	2.862	2.725
risultato	AAS3	25,43	25,49	28,11

Hospice: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore standard obiettivo		anno		
		2017	2018	2019
		≥ 1	≥ 1	≥ 1
numeratore	posti letto in hospice	12	12	12
denominatore	deceduti per tumore	440	588	527
risultato	AAS3 *	2,73	2,04	2,28

(* trattasi di posti letto nei nuclei residenziali per la terminalità)

4.1.2. Performance organizzativa complessiva

Di seguito si riportano gli esiti della performance organizzativa di ciascuna struttura aziendale.

COORDINAMENTO DISTRETTUALE	% raggiungimento performance organizzativa
SOC DISTRETTO 1 TOLMEZZO	87%
SOC DISTRETTO 2 GEMONA	82%
SOC DISTRETTO 3 SAN DANIELE	80%
SOC DISTRETTO 4 CODROIPO	82%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	
SOC CSM 1 TOLMEZZO	82%
SOC CSM 2 GEMONA	85%
SOC CSM 3 SAN DANIELE	82%
SOC CSM 4 CODROIPO	82%
SOSD RESIDENZE	83%
AREA DIPARTIMENTALE DIPENDENZE	93%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
SOC IGIENE PUBBLICA	99%
SOS PREVENZIONE e SICUREZZA negli AMBIENTI di LAVORO	100%
SOS IGIENE degli ALIMENTI e della NUTRIZIONE	100%
SOSD MEDICINA PREVENTIVA DI COMUNITA'	100%
SOC VETERINARIA A-C	100%
SOC VETERINARIA B	100%
COORDINAMENTO SOCIOSANITARIO	100%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	
SOC CHIRURGIA TOLMEZZO	69%
SOC CHIRURGIA SAN DANIELE	65%
SOC ORTOPEDIA TOLMEZZO	88%
SOC ORTOPEDIA SAN DANIELE	73%
SOC OTORINOLARINGOIATRIA	74%
SOSD UROLOGIA	84%
SOSD ENDOSCOPIA	74%
DIPARTIMENTO MEDICO	
SOC MEDICINA TOLMEZZO	62%
SOC MEDICINA SAN DANIELE	75%
SOC ONCOLOGIA	92%
SOC DIALISI	89%
SOC RIABILITAZIONE TOLMEZZO	93%
SOC RIABILITAZIONE SAN DANIELE	85%
DIPARTIMENTO dell'EMERGENZA E MATERNO INFANTILE	
SOC ANESTESIA SAN DANIELE	71%
SOC PRONTO SOCCORSO SAN DANIELE	82%
SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA	82%
SOC PEDIATRIA	91%
DIPARTIMENTO dell' EMERGENZA E PERCORSI OPERATORI	
SOC ANESTESIA TOLMEZZO	89%
SOC PRONTO SOCCORSO TOLMEZZO	79%
SOC RADIOLOGIA	67%
SOC CARDIOLOGIA	86%
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	
SOC FARMACIA	94%

SOS QUALITA ACCREDITAMENTO e RISCHIO CLINICO	100%
SOC SERVIZIO PROFESSIONALE per L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA e OSTETRICA	100%
STAFF alla DIREZIONE SANITARIA	89%
DIPARTIMENTO TECNICO GIURIDICO	
SOC AFFARI GENERALI	100%
SOC GESTIONE RISORSE UMANE	100%
SOC PATRIMONIO MOBILIARE ed IMMOBILIARE	100%
DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	
SOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	100%
SOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA e FISCALE	100%
SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA delle FUNZIONI OSPEDALIERE	100%
SOSD SISTEMI INFORMATIVI	100%
DIREZIONE GENERALE	
SOS PREVENZIONE SICUREZZA e SORVEGLIANZA SANIT. AZIENDALE	100%
SOS RELAZIONI COMUNICAZIONI e FUND RAISING	100%
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	100%
TOTALE AAS3	88%

Progetti a rilevanza strategica regionale (RAR)

	CIAA DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA	CIAA DIRIGENZA SPTA	CIAA COMPARTO
Ambito Ospedaliero	Nr prog assegnati:8 Nr prog raggiunti: 7 Nr prog parzialmente raggiunti: 1		Nr prog assegnati: 4 Nr prog raggiunti: 4
Ambito territoriale	Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1	Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1	Nr prog assegnati: 9 Nr prog raggiunti: 9
Ambito tecnico-amministrativo	Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1	Nr prog assegnati: 2 Nr prog raggiunti: 2	Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1
Progettualità trasversali		Nr prog assegnati: 2 Nr prog raggiunti: 2	Nr prog assegnati: 10 Nr prog raggiunti: 10

Progetti a rilevanza strategica aziendale

	CIAA DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA	CIAA DIRIGENZA SPTA	CIAA COMPARTO
Ambito Ospedaliero	Nr prog assegnati:7 Nr prog raggiunti: 7		Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1
Ambito territoriale	Nr prog assegnati: 4 Nr prog raggiunti: 4		Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1
Ambito tecnico-amministrativo		Nr prog assegnati: 2 Nr prog raggiunti: 2	Nr prog assegnati: 1 Nr prog raggiunti: 1
Progettualità trasversali	Nr prog assegnati: 2 Nr prog raggiunti: 2	Nr prog assegnati: 2 Nr prog raggiunti: 2	Nr prog assegnati: 4 Nr prog raggiunti: 4

4.2. Misurazione e valutazione della performance individuale

La valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale.

Il sistema di valutazione della performance individuale prevede la valutazione individuale da parte del superiore gerarchico secondo le apposite schede, in cui devono essere esplicitate le azioni di miglioramento che costituiscono obiettivo individuale per il ciclo di valutazione dell'anno successivo.

Per i Direttori di SOC i Responsabili di SOSD, i Direttori di Dipartimento è prevista inoltre l'attribuzione di obiettivi individuali definiti all'interno del processo di budget.

Di seguito si sintetizzano gli esiti per tipologia di personale.

PERFORMANCE INDIVIDUALE 2019						
Livello di selettività e grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità (art. 20, comma 2 d.lgs 33/2013)						
PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE						
Comparto	Numero Valutati	Valutazione ≤ 10/25	Valutazione > 10/25 < 18/25	Valutazione ≥ 18/25 < 24/25	Valutazione ≥ 24/25	Punteggio medio aziendale
Categoria A	35	0	1	27	7	21,78
Categoria B	72	1	2	46	23	
Categoria Bs	413	2	22	298	91	
Categoria C	143	1	4	71	67	
Categoria D	1048	3	51	695	299	
Categoria Ds	10	0	0	4	6	
Totale Comparto	Numero Valutati	Valutazione ≤ 14/35	Valutazione > 14/35 < 24/35	Valutazione ≥ 24/35 < 32/35	Valutazione ≥ 32/35	Punteggio medio aziendale
Coordinatori e posizioni organizzative	97	0	0	27	70	32,63
Totale comparto	1818	7	80	1168	563	
%		0,4%	4,4%	64,2%	31,0%	
Dirigenza professionale	Numero Valutati	Valutazione ≤ 15/25	Valutazione > 15/25 < 20/25	Valutazione ≥ 20/25 < 24/25	Valutazione ≥ 24/25	Punteggio medio aziendale
	292	1	81	142	68	21,67
Dirigenza gestionale	Numero Valutati	Valutazione ≤ 21/35	Valutazione > 21/35 < 27/35	Valutazione ≥ 27/35 < 32/35	Valutazione ≥ 32/35	Punteggio medio aziendale
	54	0	0	17	37	32,48
Totale dirigenza	346	1	81	159	105	
%		0,3%	23,4%	46,0%	30,3%	

5. Il processo di misurazione e valutazione 2019

La Struttura Programmazione e Controllo di Gestione è deputata al controllo periodico dello stato di avanzamento dei budget attribuiti ai C.d.R e alla raccolta ed elaborazione delle evidenze attestanti il livello di raggiungimento di risultato degli obiettivi. Contestualmente al percorso di

valutazione della performance organizzativa, la SOC Gestione Risorse Umane si fa promotrice delle valutazioni

La valutazione delle evidenze raccolte viene effettuata, di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo, dal Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Coordinatore Sociosanitario, ognuno per la propria competenza, ovvero da altri soggetti specificatamente identificati in sede di Budget. Il ciclo della performance 2019 ha necessariamente subito delle variazioni legate alla riforma istituzionale in essere, dato che a partire dal 01.01.2020 AAS3 è cessata e con essa:

- gli organi direttivi: un Commissario straordinario, con un incarico annuale, coadiuvato da tre Vicecommissari con funzione rispettivamente di Direttore Sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Sociosanitario. Tutti non rinnovati alla guida della nuova ASU FC, tranne il vicecommissario dei servizi sociosanitari;
- il collegio sindacale
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che si era insediato nel 2017, dato che la normativa non ha previsto una fase liquidatoria.

Questo scenario ha creato un momento di discontinuità all'interno del processo di valutazione del ciclo della performance 2019, dato che tale ciclo sarà necessariamente concluso con l'intervento di un altro organismo (OIV ASU FC, nominato con decreto 625 dd 26.06.2020), per gli ultimi adempimenti del ciclo della performance 2019 legati alla validazione della presente relazione sulla performance.

Nel corso del 2019 è stata effettuata periodica attività di monitoraggio del processo attraverso:

- monitoraggi routinari del controllo di gestione, legati a dati di produzione con cadenza mensile o trimestrale (attività di ricovero, ambulatoriale, tempi di attesa, accessi ai PS, attività delle RSA, dei servizi territoriali, consumi,...). Tali dati sono consultabili da tutti gli operatori dell'Azienda tramite la pubblicazione su un repository interno (T:\Comunicazioni Controllo di Gestione\REPORT)
- monitoraggi ad hoc del controllo di gestione, ovvero analisi di indicatori specifici individuati durante la definizione del budget (es: analisi dimissioni per artroprotesi a seguito di applicazione di Fast track)
- monitoraggio puntuale, durante il mese di ottobre, di tutti gli indicatori del budget e del PAL 2019, sia con indicatori di risultato, che di processo). Tale fase di monitoraggio è esitata nel decreto del Commissario Straordinario n. 259 dd. 31.10.2019 di revisione del budget.

L'Organismo indipendente per la valutazione (OIV) ha costantemente seguito l'andamento del processo nel corso delle riunioni intervenute il:

31.03.2019 - Presentazione e validazione schede budget

30.10.2019 – monitoraggio budget 2019 e validazione proposta di aggiornamento degli obiettivi

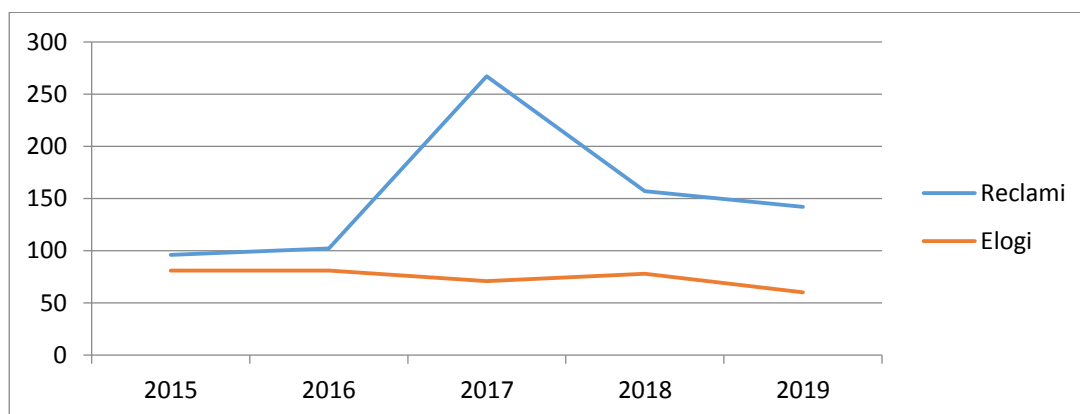
20.12.2019 – valutazioni conclusive di alcuni obiettivi della performance organizzativa (budget, RAR e obiettivi strategici) che risultavano già completati da parte delle strutture.

In data 27.07.2020 è stata presentata all'OIV ASU FC la proposta di Relazione sulla gestione, propedeutica alla stesura da parte dell'OIV della Relazione di accompagnamento al documento di validazione della relazione sulla performance dell'anno 2019.

6. Le segnalazioni dei cittadini

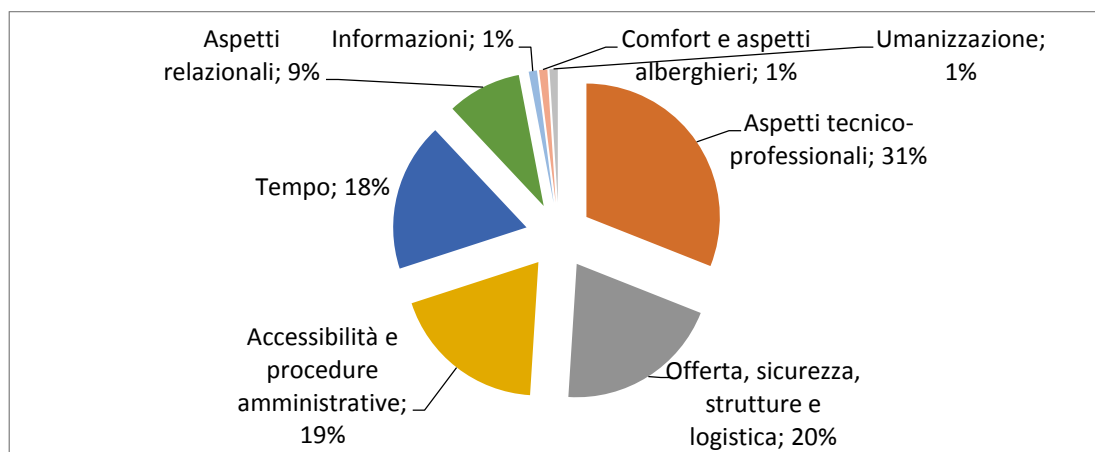
Nel corso del 2019 l'URP ha gestito complessivamente 482 contatti di cui una parte predominante non ha comportato necessità di apertura di apposita istruttoria.

Di seguito si dà evidenza dei contatti che hanno generato una successiva istruttoria:



Dal confronto 2017-2019 emerge che c'è una riduzione dei reclami mentre restano sostanzialmente stabili gli elogi.

Nel grafico che segue si dà evidenza dei reclami distinti per categoria.



I tempi di risposta alle segnalazioni sono mediamente di 15 giorni, a fronte di un tempo massimo di 30 giorni.

7. Collegamento con il Piano triennale di prevenzione della corruzione

Con provvedimento n. 16 in data 29.01.2019 è stato adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021.

Le misure di prevenzione individuate relativamente all'anno 2019 sono state tradotte in obiettivi organizzativi. Attraverso il processo di budget si è realizzato il collegamento con il ciclo di gestione della performance.

Evidenza dell'attività svolta nonché sintesi dello stato di attuazione del piano sono fornite dalla documentazione di seguito indicata, cui si rinvia:

http://www.aas3.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/amministrazione_trasparente/24_altri_contenuti/prevenzione_corruzione/relazione_rpct.html

Tale relazione è stata validata dall'OIV ex AAS3 nella seduta del 20.12.2019.

8. Conclusioni

Nel corso del 2020 l'azione di governo verrà portata avanti in continuità con quanto previsto dalla pianificazione regionale, sia in termini di progettualità, sia per dare attuazione al modello istituzionale e organizzativo previsto per la nuova Azienda.

E' evidente tuttavia che ogni attività nel 2020 sarà condizionata dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, che ha determinato, nel primo semestre 2020, il riorientamento delle attività verso una completa e proattiva attuazione delle misure nazionali e regionali di contrasto al fenomeno, con uno slittamento delle attività ordinarie.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO FALDON

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 05/08/2020 12:06:43

IMPRONTA: 640968A916DAB8893AE98E6E82A24E2087B58C6CE728B1E35648DB2C23F50211
87B58C6CE728B1E35648DB2C23F5021185676DD9F327B5D5F640FE9622E002EB
85676DD9F327B5D5F640FE9622E002EB223C6957398DFBBD82812EA537C2B8F4
223C6957398DFBBD82812EA537C2B8F47A11A63772BDEEB8994CD4154946D1D3

NOME: DENIS CAPORALE

CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X

DATA FIRMA: 05/08/2020 12:38:35

IMPRONTA: 3F8FE0257A633245115DED759635349B99A9AE57B0B8D6ABC894ACB63FCF8376
99A9AE57B0B8D6ABC894ACB63FCF8376B2E0B1ADB900AAD92E2D244269D274DD
B2E0B1ADB900AAD92E2D244269D274DDC1C2107FBFE419E5B3702A68C5879C80
C1C2107FBFE419E5B3702A68C5879C80C3A89B05150B1A0440B47360B156BF15

NOME: LUCA LATTUADA

CODICE FISCALE: LTTLCU57T17F205S

DATA FIRMA: 05/08/2020 16:21:26

IMPRONTA: 64AAC55B7332F3E8333D240003B76C48896E4323851B99D3641F3F3503145D5B
896E4323851B99D3641F3F3503145D5B4E4DB7AFEE54E3B28AA68B2EB5D97E3D
4E4DB7AFEE54E3B28AA68B2EB5D97E3D6E2920586494FCF8000E50F2765C33AC
6E2920586494FCF8000E50F2765C33ACA1A152A44D591CEF1EA5669B3D2AB468

NOME: MASSIMO BRAGANTI

CODICE FISCALE: BRGMSM58P17I155G

DATA FIRMA: 05/08/2020 18:57:30

IMPRONTA: 8DB0AEC4FA584861B3BC960D5D85841CB85D090A349FBAD6509E0EF2BEB8417D
B85D090A349FBAD6509E0EF2BEB8417D636506F7549F30B034A8B43698247021
636506F7549F30B034A8B43698247021DCC0312CFAA7D5F833123F2DDC14001C
DCC0312CFAA7D5F833123F2DDC14001C514187DFFAEB64EF919A9EFCBA058637