

S.C. CONTROLLO DI GESTIONE - 639 REG.DEC.

OGGETTO: approvazione della relazione sulla performance anno 2019 della cessata A.A.S. n. 2 “Bassa Friulana – Isontina”

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
GIULIANO ISONTINA**

**DECRETO
DEL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE**

L'anno **duemilaventi**
il giorno sedici del mese di LUGLIO

**IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Eugenio Possamai**

Nominato con decreto n. 533 dd. 19 giugno 2020

OGGETTO: approvazione della relazione sulla performance anno 2019 della cessata A.A.S. n. 2
“Bassa Friulana – Isontina”

Visto che, ai sensi di quanto disposto dall’art. 10, comma 1, lettera b), con D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le Amministrazioni Pubbliche sono tenute a redigere e pubblicare annualmente, sul sito istituzionale, entro il 30 giugno, la «Relazione annuale sulla performance», approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo indipendente di valutazione (OIV) che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate, con rilevazione degli eventuali scostamenti

visto che il d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l’impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni, incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance e che le linee guida ministeriali n. 3/2018 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), forniscono nuove indicazioni in ordine alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance ed alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione, sostituendo le precedenti delibere CIVIT/ANAC n. 5/2012 e n. 6/2012

considerato che la Relazione annuale sulla performance costituisce uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l’azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno precedente, nonché uno strumento di accountability attraverso il quale rendiconta a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti e gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance avviato dall’Azienda con l’adozione del Piano delle Performance 2019, avvenuta con decreto del C.S. n. 287 del 23/5/2019

richiamata la L.R. n. 27/2018 ha definito il nuovo assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale che ha visto l’AAS2 suddivisa e incorporata in due nuove aziende: da un lato l’area Isontina è stata unita all’ASUITS per andare a costituire la nuova Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) e dall’altro l’area della Bassa Friulana è stata unita all’ASUIUD e ad AAS3 per andare a costituire la nuova Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC). La costituzione delle nuove aziende e la cessazione delle preesistenti è avvenuto il 1° gennaio 2020

preso atto che la SOC Controllo di Gestione di ex AAS 2 ha svolto l’istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget di ciascuna unità organizzativa (sia di tipo economico-gestionale che di qualità e prestazionali) nonché dei progetti specifici finanziati con le Risorse aggiuntive regionali, denominati progetti strategici a rilevanza regionale, sulla base delle relazioni a consuntivo trasmesse dai responsabili, delle evidenze documentali prodotte o pubblicate sul portale aziendale e delle fonti informative ufficiali, ove disponibili. Relativamente invece all’ambito della valutazione individuale ed alle progettualità strategiche di rilevanza aziendale, individuate direttamente dalla Direzione aziendale, l’istruttoria è stata condotta dalla SOC Risorse Umane di ex AAS 2

visto che, al termine delle istruttorie la SOC Controllo di Gestione di ex AAS 2 ha predisposto una proposta di valutazione che ha sottoposto alla valutazione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo (o propri delegati), ciascuno per la propria area di competenza, in applicazione del regolamento sul “Sistema di misurazione e valutazione della performance nell’A.A.S. 2 Bassa Friulana-Isontina” a valere per le annualità 2018-2019, approvato con Decreto C.S. n. 428/2019 e del successivo Decreto C.S. n. 505/2019 che ha definito, sempre per il biennio 2018-2019, i coefficienti di pesatura da applicare ai risultati raggiunti dal personale per la valutazione complessiva ottenuta da ciascun dipendente

e che l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di ASUGI, costituito con Decreto DG n. 363 dd 14/4/2020, ha verificato, nelle sedute del 4/6, 5/6, 2/7 e 3/7/2020, la correttezza del percorso di misurazione e valutazione seguito, relativamente sia agli obiettivi prestazionali e gestionali collegati alla scheda di budget, che agli obiettivi strategici a rilevanza regionale, in coerenza con quanto disposto dagli accordi integrativi aziendali per il riconoscimento degli incentivi previsti per le tre aree contrattuali. La sintesi dei punteggi conseguiti da ciascuna Struttura nonché l’elenco delle progettualità individuate per ciascuna articolazione e la relativa valutazione sono riportati nel documento che si pone in adozione. Per quanto riguarda, invece, la valutazione della performance individuale, il percorso valutativo è stato condotto dalla SOC Risorse Umane di ex AAS 2 ed i relativi esiti sono evidenziati in un’apposita sezione all’interno della Relazione

considerato che, in ottemperanza al suddetto disposto normativo, in esito all’istruttoria svolta ed alle attività di verifica e validazione completate dall’OIV, la SOC Controllo di Gestione di ex AAS 2 ha, pertanto, predisposto la relazione sulla performance per l’anno 2019 della A.A.S. N. 2 “Bassa Friulana-Isontina” sulla base delle risultanze del processo di misurazione della performance organizzativa ed individuale, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale

considerato che, con PEC prot. null/2020/0000149 dd. 24/1/2020 è stata assegnata al dirigente della S.C. Controllo di Gestione di ex ASUITS la responsabilità anche della SOC Controllo di Gestione di ex AAS 2

rilevato che il provvedimento è proposto dal Direttore della S.C. Controllo di Gestione di ex ASUITS, che attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità dell’atto e i cui uffici ne hanno curato l’istruzione e la redazione;

atteso che il Direttore Generale risulta attualmente assente;

visto che, con decreto n. 533 dd. 19/06/2020 è stato attribuito al Direttore Amministrativo dott. Eugenio Possamai l’incarico di sostituto del Direttore Generale, nei casi di temporanea assenza o impedimento dello Stesso;

acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario f.f., del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Sociosanitari;

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE

DECRETA

per i motivi esposti nella premessa, che qui integralmente, si richiamano:

1. di approvare la Relazione sulla Performance anno 2019 della cessata A.A.S. N. 2 “Bassa Friulana-Isontina”, redatta dalla scrivente struttura in conformità a quanto previsto dall’art. 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009 e dalle Linee Guida ministeriali n. 3/2018, nel testo integrale allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente decreto ai componenti dell’OIV al fine di acquisire la validazione del documento, a conclusione del percorso valutativo e quale condizione imprescindibile per l’erogazione dei premi al personale;
3. di disporre la pubblicazione del documento “Relazione sulla Performance anno 2019” della cessata A.A.S. N. 2 “Bassa Friulana-Isontina”, unitamente alla attestazione di validazione espressa dall’OIV, all’interno del sito istituzionale aziendale nella sezione denominata “Amministrazione Trasparente” ai sensi del D. Lgs. n.33 del 14/03/2013 e dell’art. 14, comma 4, lettera c) del Decreto lgs 150/2009.

Nessuna spesa consegue all’adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell’art. 4 della L.R. 21/92, dalla data di pubblicazione all’Albo aziendale telematico.

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Eugenio Possamai

Parere favorevole del
Direttore Sanitario f.f.
Dott.ssa Adele Maggiore

Parere favorevole del
Direttore dei Servizi Sociosanitari
Dott.ssa Maria Chiara Corti

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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 11:59:48

IMPRONTA: 1100C96E1D18B941A03E2EF92229D321DA671151AEEF60004383B40D5F79A9FE
DA671151AEEF60004383B40D5F79A9FE0E18471B661309BA77352E8B13BB9C79
0E18471B661309BA77352E8B13BB9C792342BE4D3874E31FA28FF929D3BA1F4E
2342BE4D3874E31FA28FF929D3BA1F4E166BEA8D60B60A523CBA7C7632C11DBC

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:04:34

IMPRONTA: B7624BEE495BB128E72094E6BB256A1CD25C1694BFF2F40C405276FB7832913B
D25C1694BFF2F40C405276FB7832913B9DAC2C23B44D3293D4BD5B1879A8B54F
9DAC2C23B44D3293D4BD5B1879A8B54F0CBF75955E53E8BB351B4D4B10B8BE04
0CBF75955E53E8BB351B4D4B10B8BE04A56850F92C39DF346EC821C4CDD67AAD

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:16:47

IMPRONTA: 81CCF869D38F50921162C9B0BF16CCC23AED0AED70C383AE41B1262A330C229F
3AED0AED70C383AE41B1262A330C229F374B27254B9AAFBC62F167036A2C191B
374B27254B9AAFBC62F167036A2C191BD4630782E1E8500462D36E618378F0F2
D4630782E1E8500462D36E618378F0F243FCEA6A682DA87E6129D8F4897F4004



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

2 Bassa Friulana, Isontina

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

**Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2
"BASSA FRIULANA-ISONTINA"**

INDICE

1.	PREMESSA	3
2.	SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI.....	4
2.1.	L'ATTIVITÀ DEL PERIODO.....	4
2.2.	INDICATORI SUI LIVELLI DI ASSISTENZA E FUNZIONAMENTO	8
2.3.	INDICATORI DI "ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI"	9
3.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	11
3.1.	IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	11
3.2.	L'ORGANIZZAZIONE.....	11
3.3.	LE RISORSE UMANE.....	12
3.4.	IL BILANCIO AZIENDALE.....	13
3.5.	SPENDING REVIEW E VINCOLI OPERATIVI.....	15
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE	16
4.1.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	16
4.1.1.	GLI OBIETTIVI ANNUALI.....	16
4.2.	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI	17
4.2.1.	OBIETTIVI STRATEGICI DI RILEVANZA REGIONALE E AZIENDALE	18
4.2.2.	PARI OPPORTUNITÀ E BENESSERE ORGANIZZATIVO	18
4.2.3.	COINVOLGIMENTO DEGLI <i>STAKEHOLDERS</i>	19
4.3.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	19
4.3.1.	GLI OBIETTIVI INDIVIDUALI	20
4.3.2.	VALUTAZIONE INDIVIDUALE ANNUALE.....	20
4.3.3.	DISTRIBUZIONE E GRADO DI DIFFERENZIAZIONE DEI PREMI	21
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	24
	ALLEGATO N° 1: RISULTATI CONSEGUITI DALLE STRUTTURE RISPETTO AGLI OBIETTIVI DI QUALITÀ-PRESTAZIONALI ED AGLI OBIETTIVI GESTIONALI - ANNO 2019	26
	ALLEGATO N° 2: ESITI DELLE VALUTAZIONI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI A VALENZA REGIONALE (RAR)	30
	ALLEGATO N° 3: RISULTATI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI A VALENZA AZIENDALE.....	57
	ALLEGATO N° 4: VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI APICALI	60

1. PREMESSA

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2019 della cessata A.A.S. n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" e viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10, comma 1, lettera b) del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) e dalle Linee guida ministeriali n. 3/2018 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

La Relazione sulla performance è il documento attraverso il quale l'azienda rendiconta in modo chiaro, sintetico e di facile comprensione ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2019, in relazione agli obiettivi programmati inseriti nel Piano della performance dell'anno corrispondente, evidenziando le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti. Essa costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

Si premette che il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è normato dalla legge regionale 10.11.2015 n. 26 recante "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti" e successive modifiche ed integrazioni, la quale, a seguito della modifica apportata dall'art. 8 della L.R. n. 28/2018, ha previsto le seguenti fasi per l'anno 2019:

- programmazione economica annuale (art. 41);
- gestione per budget (art. 42);
- controllo semestrale al 30 giugno 2019 e controllo annuale al 31 dicembre 2019 (art. 43).

L'Azienda, sulla base delle direttive emanate dalle Linee per la gestione del SSR, ha declinato le progettualità di rilievo regionale all'interno del Piano Attuativo Locale (PAL) - adottato con decreto del Commissario Straordinario n. 181 del 29.3.2019 - ed assegnato gli obiettivi di budget alle strutture con decreto del C.S. n. 429 del 08.08.2019, successivamente revisionati con decreto del C.S. n. 650 del 05.12.19.

Il monitoraggio dell'attuazione del programma annuale e del rispetto dei vincoli operativi e di bilancio è stato effettuato, secondo le disposizioni regionali, attraverso il rendiconto semestrale e con l'adozione del bilancio consuntivo e della relazione sulla gestione 2019, approvati con decreto del D.G. n. 499 del 29.5.2020.

Nel corso del 2019 l'attività dell'Azienda è stata improntata - oltre che alla promozione, mantenimento, sviluppo e recupero dello stato di salute della comunità ed alla razionalizzazione delle risorse, - all'approvazione degli atti ricognitivi del patrimonio e dei rapporti giuridici attivi e passivi, compresi i rapporti di lavoro, i contratti, le obbligazioni e le convenzioni, nonché alla definizione dei criteri operativi per le operazioni di scorporo necessarie al passaggio delle funzioni e risorse gestite dalla cessata AAS n. 2 in capo alle costituenti Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) e Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), in applicazione della L.R. n. 27/2018 di riforma dell'"Assetto istituzionale e organizzativo del SSR" e dalla L.R. n. 22/2019 di "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006."

Nelle pagine che seguono vengono descritti, sinteticamente, in riferimento all'anno 2019, le fasi principali del processo programmatico e gestionale, i soggetti coinvolti e le modalità mediante le quali è stato gestito il ciclo delle performance ed, in particolare, come sono stati:

- individuati e definiti gli indirizzi e gli obiettivi strategici
- assegnati gli obiettivi operativi e le risorse ai diversi Centri di responsabilità e definiti i risultati attesi e gli indicatori di misurazione degli stessi
- monitorati periodicamente i costi di esercizio ed i livelli di raggiungimento degli obiettivi e delle progettualità assegnati attraverso la reportistica pubblicata in intranet
- misurati e valutati i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, ai sensi di quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n.150/2009.

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

2. SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

2.1. L'attività del periodo

Assistenza ospedaliera

- Posti letto

L'Azienda ha operato mediante 2 presidi a gestione diretta, il presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone ed il presidio ospedaliero di Latisana-Palmanova, ognuno composto da 2 stabilimenti. In linea con le indicazioni regionali l'Azienda ha proseguito nel processo di riorganizzazione e ha provveduto alla riapertura, da agosto 2019, del Punto Nascita di Latisana con contestuale chiusura di quello di Palmanova.

I posti letto direttamente gestiti al 31.12.2019 risultavano pari a 675 unità (618 ordinari e 57 day hospital).7

Tab. 1 Numero di posti letto per disciplina al 31.12.2019

DISCIPLINA	GORIZIA - MONFALCONE			LATISANA - PALMANOVA			TOTALE AAS 2		
	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT
CARDIOLOGIA	26	2	28				26	2	28
CHIRURGIA	48	4	52	28	4	32	76	8	84
MEDICINA	118	8	126	140	6	146	258	14	272
MEDICINA D'URGENZA	6		6	12		12	18		18
LUNGODEGENTI	16		16	10		10	26		26
NEFROLOGIA		2	2					2	2
NEUROLOGIA	15	1	16				15	1	16
ODONTOSTOMATOLOGIA		2	2					2	2
OCULISTICA	4	2	6		1	1	4	3	7
O.R.L.	6	2	8	6	1	7	12	3	15
ORTOPEDIA	43	4	47	34	2	36	77	6	83
RECUPERO E RIAB. FUNZ.	12		12	14	2	16	26	2	28
OSTETRICA E GINECOL.	20	4	24	16	4	40	56	8	64
PEDIATRIA	4	2	6	5	2	11	13	4	17
ANESTESIA E RIAMINAZ.	12		12	4		4	16		16
UROLOGIA	19	2	21				19	2	21
TOTALE	349	35	384	269	22	291	618	57	675

Fonte SLASI

- Pronto Soccorso

Tab. 2 Numero di accessi in Pronto soccorso: confronto 2018-2019

	2018	2019	Delta
PS GORIZIA	24.019	23.383	-636
PS GRADO	3.389	4.599	1.210
PS LATISANA	25.611	26.837	1.226
PS LIGNANO	3.908	3.376	-532
PS MONFALCONE	38.268	38.454	186

	2018	2019	Delta
PS PALMANOVA	31.543	29.656	-1.887
TOTALE AAS2	126.738	126.305	-433

Fonte ISEI

Tab. 3 Numero di accessi per triage: confronto 2018-2019

		1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	7.Nero	Totale
PS GORIZIA	2018	7.844	11.790	4.139	243	3	24.019
	2019	7.691	11.585	3.890	216	1	23.383
PS GRADO	2018	2.345	940	96	8		3.389
	2019	3.081	1.405	113			4.599
PS LATISANA	2018	10.411	11.709	3.262	227	2	25.611
	2019	9.389	13.470	3.725	252	1	26.837
PS LIGNANO	2018	1.760	1.618	503	27		3.908
	2019	1.404	1.435	516	21		3.376
PS MONFALCONE	2018	11.534	21.197	5.296	240	1	38.268
	2019	11.071	21.277	5.895	209	2	38.454
PS PALMANOVA	2018	10.169	14.459	6.534	380	1	31.543
	2019	9.208	13.881	6.165	399	3	29.656
TOTALE AAS2	2018	44.063	61.713	19.830	1.125	7	126.738
	2019	41.844	63.053	20.304	1.097	7	126.305

Fonte ISEI

Tab. 4 Numero di osservazioni brevi: confronto 2018-2019

	2018	2019	Delta
PS GORIZIA	2.554	2.447	-107
PS LATISANA	1.508	4.141	38
PS LIGNANO	130	3.573	-155
PS MONFALCONE	4.103	1.716	208
PS PALMANOVA	3.728	95	-35
TOTALE AAS2	12.023	11.972	-51

Fonte ISEI

Tab. 5 Percentuale ricoveri sul totale degli accessi: confronto 2018-2019

	2018			2019		
	N. accessi	Ricoveri		N. accessi	Ricoveri	
PS GORIZIA	24.019	2.929	12,2%	23.383	2.789	11,9%
PS GRADO	3.389			4.599		
PS LATISANA	25.611	2.434	9,5%	26.837	2.707	10,1%
PS LIGNANO	3.908	127	3,2%	3.376	110	3,3%
PS MONFALCONE	38.268	3.056	8,0%	38.454	2.935	7,6%
PS PALMANOVA	31.543	3.855	12,2%	29.656	3.812	12,9%
TOTALE AAS2	126.738	12.401	9,8%	126.305	12.353	9,8%

Fonte ISEI

- Attività di ricovero

Tab.6 Numero di dimissioni in regime ordinario e di day hospital: confronto 2018-2019

	2018			2019			Delta		
	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT
GORIZIA	5.166	832	5.998	5.129	814	5.943	-37	-18	-55
MONFALCONE	7.050	1.415	8.465	6.976	1.499	8.475	-74	84	10
LATISANA	4.192	731	4.923	4.824	586	5.410	632	-145	487
PALMANOVA	6.711	1.015	7.726	5.719	927	6.646	-992	-88	-1.080
TOTALE AAS2	23.119	3.993	27.112	22.648	3.826	26.474	-471	-167	-638

Fonte SDO

- Attività ambulatoriale

Tab. 7 Prestazioni per esterni erogate in azienda per branca : confronto 2018-2019

Branca specialistica	2018	2019	Delta	
ALTRE PRESTAZIONI	50.979	66.859	15.880	31%
ANESTESIA	6.954	9.673	2.719	39%
CARDIOLOGIA	50.353	47.664	-2.689	-5%
CHIRURGIA GENERALE	11.131	10.726	-405	-4%
CHIRURGIA PLASTICA	19.610	5.707	-13.903	-71%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	402	325	-77	-19%
DERMOSIFILOPATIA	20.249	18.837	-1.412	-7%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	8	2	-6	-75%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	107.156	106.748	-408	0%
ENDOCRINOLOGIA	14.655	16.260	1.605	11%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	17.982	19.405	1.423	8%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.909.092	1.905.735	-3.357	0%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	69.022	69.718	696	1%
MULTIBRANCA	63.687	49.777	-13.910	-22%
NEFROLOGIA	52.068	45.914	-6.154	-12%
NEUROCHIRURGIA	1	34	33	3300%
NEUROLOGIA	9.877	9.428	-449	-5%
OCULISTICA	42.072	41.174	-898	-2%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	15.717	14.917	-800	-5%
ONCOLOGIA	28.251	24.051	-4.200	-15%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38.639	36.249	-2.390	-6%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	31.876	31.992	116	0%
OTORINOLARINGOIATRIA	30.165	27.173	-2.992	-10%
PNEUMOLOGIA	20.895	17.918	-2.977	-14%
PSICHIATRIA	1.316	1.040	-276	-21%
RADIOTERAPIA	137	331	194	142%
UROLOGIA	11.396	12.559	1.163	10%
Totale complessivo	2.623.690	2.590.216	-33.474	-1%

Fonte SLASA

Assistenza territoriale

- Assistenza Domiciliare Infermieristica e Riabilitativa

Tab. 8 Assistenza Domiciliare Infermieristica e Riabilitativa. Confronto 2018-2019

Distretto	Numero di utenti con PAI >= 65 anni		Copertura assistenziale	
	2018	2019	2018	2019
DISTRETTO ALTO ISONTINO	1.236	1.228	6,8%	6,7%
DISTRETTO BASSO ISONTINO	937	997	4,9%	5,3%
DISTRETTO EST	1.173	1.199	7,7%	7,9%
DISTRETTO OVEST	1.024	875	7,7%	6,5%
TOTALE AAS2	4.370	4.287	6,7%	6,5%

Fonte: portale SISR

- Attività RSA e Hospice

Tab. 9 Posti letto, dimessi e gg degenza RSA aziendali. Confronto 2018-2019

	2018			2019		
	PL al 31.12	N.Dim.	GG deg	PL al 31.12	N.Dim.	GG deg
R.S.A. - CORMONS	35	378	11.518	35	344	11.044
R.S.A. - GORIZIA	26	228	7.441	26	237	8.596
R.S.A. - GORIZIA - GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE	9	1	3.280	9	2	3.271
R.S.A.- OSPIZIO MARINO - GRADO	20	124	2.846	20	149	3.417
R.S.A.- S.POLO MONFALCONE	47	288	12.462	47	307	14.311
R.S.A. - TERRITORIALE - LATISANA	20	296	6.094	20	306	5.730
R.S.A. - TERRITORIALE - JALMICCO "BRUNA PANEGOS"	22	360	6.927	22	348	6.862
TOTALE AAS2	179	1.675	50.568	179	1.693	52.231

Fonte: portale SISR

Tab. 10 Posti letto, dimessi e gg degenza Hospice aziendale. Confronto 2018-2019

	2018			2019		
	PL al 31.12	N.Dim.	GG deg	PL al 31.12	N.Dim.	GG deg
HOSPICE - MONFALCONE	5	79	1.618	5	83	1.609
HOSPICE - LATISANA	7	105	2.123	7	119	2.168
HOSPICE - JALMICCO	4	85	1.059	4	71	1.187
TOTALE AAS2	16	259	4.800	16	273	4.964

Fonte: portale SISR

2.2. Indicatori sui livelli di assistenza e funzionamento

Di seguito si riportano i risultati raggiunti nel 2019 rapportati ai risultati aziendali 2018 ed allo standard previsto per l'anno 2019, relativamente agli indicatori individuati dalla DCS come criterio di valutazione della performance complessiva delle aziende e del sistema, tratti dalla tabella nazionale di erogazione dei LEA, dal Programma PNE e da altri programmi di valutazione internazionali.

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Anno 2018	Anno 2019
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%	93,29%	93,06%
1.a	Difterite-tetano	≥ 95%	93,43%	93,18%
1.b	Antipolio	≥ 95%	93,49%	93,06%
1.c	Antiepatite B	≥ 95%	92,94%	92,82%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	91,25%	92,14%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥ 70%	57,7%	60,3%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	65,0	69,0
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	73% (371 su 507)	3,16% 63,23% (controllate 332 aziende su 525)
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%	100%	100%*
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% degli allevamenti	100%	100%*
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprino	≥ 98% del 10% dei capi	100%	100%*
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprino controllate (3%) per anagrafe ovicaprino	≥ 98% del 3% delle aziende	100%	100% (controllato il 3% delle aziende ovicaprino)
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%	100%	100%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	19%	17%

N.	Definizione	Standard Obiettivo	Anno 2018	Anno 2019
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall’Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115	103,51	97,8
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	≥ 3,8%	3,81%	3,85%
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	>1	>1
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<=24	20,17	21,81
18	ASSISTENZA FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<= 30 %	36,05	36,51
19	ASSISTENZA FARMACEUTICA Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap	29,50	30,88
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	19,3	17,3
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%	39,02%	38,76%
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alolegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza un regime ordinario	<= 0,32	0,23	0,23
23	Percentuale parti cesarei	<20%	12,93%	13,10%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%	54,15%	54,32%
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 20'	Non pertinente	Non pertinente

*Secondo Decreto n. 205/SPS del 04/02/2019 della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità.

2.3. Indicatori di “ATTIVITA’ CLINICO-ASSISTENZIALI”

In continuità con la programmazione degli anni precedenti, sono state consolidate le attività clinico-assistenziali e definiti strumenti operativi per facilitare la connessione tra i nodi delle reti assistenziali ospedaliere.

I dati riferiti agli indicatori Bersaglio sono ricavati dagli esiti della rilevazione effettuata dalla Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, che misura da diversi anni alcuni indicatori di performance al fine di rendere possibile una valutazione complessiva e comparativa delle performance delle varie aziende del SSR.

Di seguito vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2019, comparati con il precedente periodo e con il risultato atteso, per i singoli indicatori:

Indicatori "Attività clinico assistenziali" di cui al Cap. 3.5 Linee di gestione SSR 2019

Indicatore		Obiettivo	2018	2019
1	Pancreas: riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti;	< 28	36,0	33,4
2	Polmone: riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni	< 55	55,0	36,3
3	Rene: potenziamento della Dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)	< 52%	54,5%	54,32%
4	Ictus: mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2018 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale così ripartiti: AsuiTS: 100 AsuiUD: 160 Aas5: 90	non pertinente	non pertinente	non pertinente
5	Trauma: trattamento della frattura di femore entro 48h in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi tratti dal presidio ospedaliero;	>= 80%	53,4%	54,3%
6	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub)	>= 80%	60,9%	59,3%
7	Pronto soccorso ed emergenza urgenza: aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) o 75% (hub)	>= 85%	74,1%	73,8%
8	Cuore: riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200	< 200	234,7	182,8
9	Tagli cesarei primari nei punti nascita con <= 1000 parto / anno <= 15%	< 15%	12,9%	13,1%
10	Erogazione livelli di assistenza: Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici;	adulti: <20% pediatrici: <40%	adulti: 8,2% pediatrici: 23,0%	adulti: 8,2% pediatrici: 9,9%
	Erogazione livelli di assistenza: Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4%;	< 4%	4,3%	5,1%

3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1. Il contesto esterno di riferimento

L'azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 Bassa Friulana - Isontina opera su un territorio coincidente con la provincia di Gorizia e una parte della provincia di Udine, con una popolazione complessiva di **249.206** abitanti (fonte dati Istat – popolazione comunale residente al 31.12.2018), distribuiti in **54** comuni, suddivisi in **4** distretti.

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

Tab.11 Distribuzione della popolazione per fascia d'età e genere – 31.12.2018

Classe di età	Femmine		Maschi		Totale	
0-14	15.109	12,3%	14.195	11,2%	29.304	11,8%
15-64	78.740	64,4%	75.128	59,2%	153.868	61,7%
65-(+)	28.496	23,3%	37.538	29,6%	66.034	26,5%
TOTALE	122.345	100%	126.861	100%	249.206	100%

Fonte: Portale SISSR

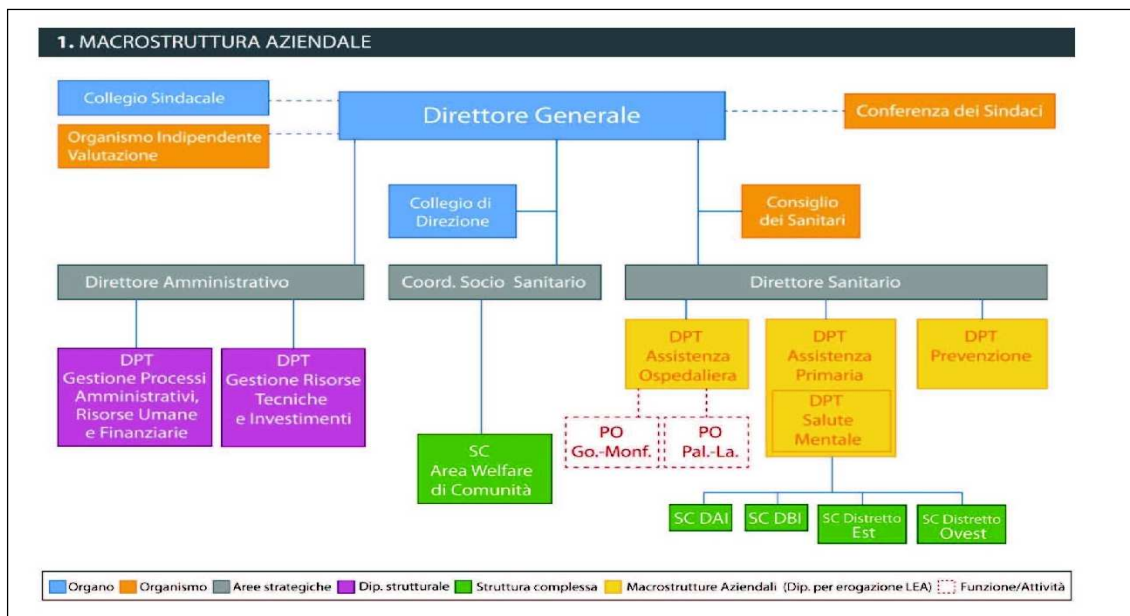
La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2019 è pari a **102.786** unità (**51.699** per motivi di reddito, **51.087** per altri motivi).

La popolazione residente AAS2 ha registrato un tasso di ricovero per 1000 ab pari a 119,2 (inferiore al target regionale del 125 per mille).

3.2. L'organizzazione

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina" adotta il modello organizzativo definito con l'Atto Aziendale adottato dal Direttore Generale con decreto n° 721 del 31.12.2015 e s.m.i.

Si riportano di seguito le macrostrutture che compongono l'organigramma aziendale. Per un ulteriore livello di dettaglio si rimanda alla sezione "Amministrazione trasparente", sotto sezione di I livello "Organizzazione", del sito internet istituzionale.



Il mutamento di scenario introdotto dalla legge regionale n. 27/2018 di riordino dell'assetto istituzionale del SSR ha determinato significativi cambiamenti nel disegno organizzativo della A.A.S. n. 2, rendendolo non più sovrapponibile ed interamente applicabile al nuovo contesto istituzionale ed organizzativo tracciato dalla Legge di riforma, specie per quanto attiene i servizi centrali di supporto e le funzioni ospedaliere e territoriali trasversali che, negli anni precedenti, erano state oggetto di unificazione e omogeneizzazione tra l'area Isontina e l'area Bassa Friulana.

Il processo di applicazione del nuovo disposto regionale ha comportato, pertanto, la necessità di addivenire, nel corso dell'anno 2019, al graduale superamento dell'assetto organizzativo precedente ed alla individuazione degli atti preliminari allo scorporo della AAS, con particolare riguardo alle dotazioni organiche delle singole strutture operative.

3.3. Le risorse umane

Le politiche del personale per l'anno 2019 sono state sviluppate in aderenza alle linee di programmazione regionale, prevedendo, in particolare, che la gestione delle risorse umane dovesse accompagnare il processo di transizione verso il nuovo assetto del SSR, compatibilmente con le risorse disponibili ed osservando i vincoli di spesa nazionali vigenti.

In questo contesto generale e con un costante monitoraggio dell'andamento dei costi nell'esercizio e della loro ricaduta a regime, l'azienda ha garantito il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, promuovendo azioni volte al reclutamento del personale per assicurare il turn-over nei diversi ambiti clinici ed assistenziali con particolare riferimento alla messa in sicurezza degli organici della specialità che presentavano maggiore criticità (anestesia e rianimazione, medicina interna, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, ostetricia e ginecologia e ortopedia).

Per sopperire alla difficoltà di reclutamento, con procedure selettive o concorsuali dirette, di personale dirigente nelle citate specialità, l'Azienda ha provveduto, inoltre, a stipulare apposite convenzioni con altre Aziende del S.S.R. o S.S.N; particolare importanza ha rivestito, in tale ambito, l'accordo quadro con l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per l'erogazione di prestazioni sanitarie fra le aree Isontina e Giuliana, anche quale fase di avvio dell'unificazione organizzativa prevista dalla citata LR n. 27/2018.

Il numero dei dipendenti in servizio al 31/12/2019 risulta pari a **3.275** unità, in calo rispetto all'anno precedente (3.337 unità), come meglio specificato nella tabella sottostante.

Tab.13 *Suddivisione dei dipendenti per ruolo e area contrattuale. Confronto 2017-2018-2019*

Ruolo	Area contrattuale	N° dipendenti		
		al 31.12.2017	al 31.12.2018	al 31.12.2019
RUOLO SANITARIO	Comparto	1.708	1.776	1740
	Dirigenti	567	568	546
RUOLO PROFESSIONALE	Comparto	0	0	0
	Dirigenti	5	3	5
RUOLO TECNICO	Comparto	706	716	722
	Dirigenti	3	3	4
RUOLO AMMINISTRATIVO	Comparto	213	258	245
	Dirigenti	12	13	13
TOTALE		3.214	3.337	3.275

Fonte: ASCOT Personale

Il 2019 si è, inoltre, caratterizzato per la continuazione dei processi di stabilizzazione del personale precario che aveva maturato i requisiti ex d.lgs. 75/2017, siccome prevista nel PAL 2019, con l'obiettivo di ridurre il ricorso ai contratti a termine e di valorizzare le professionalità acquisite, e per la prosecuzione delle assunzioni di personale disabile di cui alla legge n. 68/99, nel rispetto della convenzione stipulata con la Direzione regionale del lavoro per figure dei ruoli tecnico ed amministrativo.

Nel corso del 2019 l'Azienda ha, infine, portato a termine il processo di conferimento degli incarichi dirigenziali avviato nei esercizi precedenti ed ha espletato le procedure selettive interne per l'attribuzione degli incarichi di funzione organizzativa al personale del comparto sanitario, secondo il nuovo CCNL e sino alla adozione, da parte dei costituendi Enti del SSR, dei rispettivi nuovi atti di organizzazione e funzionamento.

La spesa complessiva del personale dipendente ha registrato un incremento (+2,69% rispetto al 2018, escluso l'IRAP) con particolare riguardo al personale dirigente e del comparto del ruolo sanitario, dovuto in particolare alle ricadute economiche derivanti dai rinnovi del CCNL 2016-2018 del personale di comparto e del CCNL 2016-2018 dei dirigenti medici, veterinari, sanitari e delle professioni sanitarie.

3.4. Il Bilancio aziendale

Il bilancio d'esercizio 2019 ha chiuso con un risultato economico positivo di € 163.910.

Di seguito si riporta uno schema di sintesi del conto economico dell'azienda riferito all'esercizio 2019 con evidenza dei principali scostamenti, in valore assoluto e percentuale, rispetto all'anno precedente.

Conto Economico			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO	Anno 2019	Anno 2018	VARIAZIONE 2019/ 2018	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	540.869.607	523.962.310	16.907.297	3,23%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	532.396.870	512.185.922	20.210.948	3,95%
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	8.472.737	11.776.388	-3.303.651	-28,05%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-6.836	-6.187	-649	10,49%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	0	
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	3.858.132	292.189	3.565.943	1220,42%

RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C +/-D +/-E)	12.324.033	12.062.390	261.643	2,17%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	12.160.123	11.847.416	312.707	2,64%
UTILE DELL'ESERCIZIO	163.910	214.974	-51.064	-23,75%

Le variazioni positive più rilevanti si riscontrano fra i contributi in conto d'esercizio (+ 9.082.591 pari a +1,95%), derivanti prioritariamente da un'integrazione di € 7.377.280 del finanziamento indistinto regionale rispetto all'assegnazione iniziale, nei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie (+ 6.268.258) cui concorre in maniera sostanziale il riconoscimento della mobilità attiva internazionale di € 4.047.005, e nei concorsi recuperi e riverse (+ 1.900.052).

Anche sul versante dei costi della produzione si registra un incremento passando da € 512.185.922 a € 532.396.870 (+ 3,95%) dovuto, in particolare, alle seguenti macro-classi:

- acquisti di beni (+ 1.562.200) attribuibili ai maggiori oneri per medicinali con AIC e dispositivi medici solo in parte compensati dai minori costi per dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) legati al progressivo trasferimento della funzione di laboratorio all'Azienda triestina;
- acquisti di servizi sanitari (+ 9.005.844) cui contribuiscono, in particolare, la mobilità passiva (anche internazionale), i maggiori oneri per i servizi di assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani, gli oneri per prestazioni socio-sanitarie ed il costo d'acquisto delle prestazioni di trasporto. Sono invece in calo rispetto al 2018 gli acquisiti di servizi sanitari relativi alla farmaceutica (prodotti farmaceutici e galenici);
- acquisti di servizi non sanitari (+ 749.897), in particolare, nelle "utenze" (riscaldamento ed energia elettrica), derivanti dall'appalto multiservizi tecnologico integrato e per i servizi resi da ARCS (call center e magazzino unico) compensati solo in parte dai minori oneri per le somministrazioni di lavoro;
- per quanto riguarda il costo del personale, la relativa voce del conto economico registra un incremento di € 4.380.448 (+2,69%) legato alle dinamiche descritte nella sezione dedicata all'analisi delle risorse umane e dall'applicazione dei rinnovi contrattuali al personale del comparto e della dirigenza del ruolo sanitario e medico-veterinaria;
- accantonamenti (+4.471.898) attribuibili agli accantonamenti relativamente ai rinnovi contrattuali del comparto, della dirigenza e del personale convenzionato;
- si segnala, altresì, un incremento degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati (+1.591.496) attribuibili sostanzialmente alla quota di finanziamento per l'abbattimento delle rette per anziani non autosufficienti eccedente gli oneri sostenuti (€ 1.434.749) ed ai progetti dell'Area Welfare incassati negli ultimi mesi dell'esercizio 2019 e che verranno utilizzati a partire dall'esercizio 2020.

Per ulteriori informazioni di dettaglio sulle singole voci del Bilancio consuntivo con i relativi scostamenti assoluti e percentuali si rimanda alla Relazione sulla gestione economico-finanziaria di corredo al Bilancio d'esercizio 2019, approvato con Decreto D.G. n. 499 del 29.05.2020, pubblicato sul sito aziendale (link: http://www.aas2.sanita.fvg.it/azienda_informa/trasparenza/13_bilanci/).

Nel complesso, la corretta ed efficiente gestione dei fattori produttivi ha consentito di chiudere l'esercizio con un utile di € 163.910, mantenendo l'equilibrio economico già registrato nell'esercizio precedente.

Si sottolinea, peraltro, che nell'assegnazione degli obiettivi di natura gestionale, elemento di valutazione della performance individuale dei direttori di struttura, è stato previsto il rispetto del budget economico assegnato.

Inoltre, sempre nell'ambito delle azioni di efficienza e dell'economicità, l'Azienda ha relazionato alla DCS nel rendiconto semestrale e nella relazione sulla gestione 2019, lo stato di avanzamento degli interventi relativi alle progettualità definite nel Piano di Riorientamento aziendale 2015-2108 adottato con Decreto del DG n. 606/2015 al fine di perseguire gli obiettivi posti dalla *spending review*.

3.5. Spending review e vincoli operativi

La programmazione economico-finanziaria e strategica del 2019, con la quale il piano della performance si integra, è inserita in un contesto economico e normativo caratterizzato:

- a) dalla permanenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende (D.L. 6.07.2012 n.95 convertito con Legge n.135 del 7.08.2012 "Spending review", D.L. 13.9.2012 n.158 "Decreto Balduzzi", convertito con L. n.189 del 8.11.2012, D.L. 18.10.2012 n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", D.L. n.78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015") e dall'avvio delle attività propedeutiche allo scorporo, in applicazione della L.R. n. 27/2018 di riforma del SSR;
- b) dall'attivazione di strumenti gestionali volti a porre in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate e nel rispetto dei vincoli operativi previsti dalle DGR n. 448/2019 di approvazione definitiva delle linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2019 quali:
 - farmaceutica territoriale (diretta + convenzionata + DPC): rispetto dei i vincoli di spesa riportati nella Tabella 1 della stessa DGR 448/2019 "Finanziamento Enti SSR";
 - farmaceutica ospedaliera: per le aziende che avevano registrato nel periodo gennaio-ottobre 2018 vs 2017 un incremento di spesa superiore al 2,78% (AAS2), riduzione del 2% del valore registrato nell'anno 2018 (esclusi i vaccini che rientrano nel finanziamento della prevenzione e i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale che hanno un costo/anno per paziente superiore ai € 100.000);
 - dispositivi medici: riduzione della spesa del 3% rispetto al costo 2018;
 - numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non superiore a 3,4, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica), comprese le prestazioni di CT-PET
 - tasso di ospedalizzazione non superiore al 125 per mille;
 - costi per manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non superiori a quelli sostenuti nel 2015, adottando come prioritari gli interventi connessi con la sicurezza delle strutture e degli impianti.

Rispetto ai vincoli operativi di natura economica, viene rappresentata una tabella riepilogativa dei risultati ottenuti:

Tab.14 Vincoli operativi di natura economica. Confronto 2018-2019

Vincolo operativo	Anno 2018	Anno 2019	obiettivo vincolo
Totale farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC+ diretta) <i>(Fonte: "Monitoraggio indicatori Linee per la gestione 2019 - Dicembre" fornito da DCS)</i>	65.609.468,00	67.207.173,00	63.876.566
Farmaceutica territoriale convenzionata	34.806.290	34.533.387	33.800.156
Farmaceutica territoriale - DPC	11.056.652	11.941.690	9.452.586
Farmaceutica territoriale diretta	19.746.526	20.732.096	20.623.824
Farmaceutica ospedaliera <i>(Fonte: "Monitoraggio indicatori Linee per la gestione 2019 - Dicembre" fornito da DCS)</i>	11.268.659	11.410.356	11.043.285
Dispositivi medici <i>(Fonte: portale SISR - Universo: consumi economici)</i>	21.325.917,23	21.541.115,9	20.686.139
Manutenzioni ordinarie edili-impiantistiche <i>(Fonte: Bilancio)</i>	1.229.602,15	1.239.011,70* Costo effettivo AAS2: 1.234.315,92	1.238.364,00
B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	488.153,75	549.169,89* Costo effettivo AAS2: 544.474,11	412.423,00
B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e	741.448,40	689.841,81	825.941,00

macchinari			
------------	--	--	--

* L'importo comprende anche un intervento manutentivo di € 4.695,78 (conto “310.100” Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze) effettuato per il CEFORMED, interamente coperto dal finanziamento regionale sovra-aziendale. Il costo effettivo AAS2 per l'anno 2019 è quindi pari a € 1.234.315,92 e rispetta il vincolo previsto.

Oltre ai vincoli economici di cui sopra, di seguito si riportano brevemente i risultati conseguiti rispetto ai vincoli relativi al ricorso alle prestazioni sanitarie:

Tab.15 Vincoli operativi di natura prestazionale.

Vincolo operativo	Anno 2019	obiettivo vincolo
N° di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata con esclusione della branca laboratorio e comprese le prestazioni di CT-PET. (Fonte: Portale SIS.SR)	3,2 prestazioni pro capite	3,4 prestazione pro capite
Tasso di ospedalizzazione * (Fonte: Portale SIS.SR)	119,2 per mille	125 per mille

* Standardizzato sulla popolazione italiana-censimento 2011

I risultati ottenuti nel 2019 sia rispetto a quanto previsto dalla DGR 448/2019 sia rispetto a quanto previsto dalle progettualità contenute nel Piano di riorientamento, sono stati ampiamente illustrati nel rendiconto semestrale inviato alla DCS e nella Relazione sulla gestione 2019 formalizzata con Decreto del D.G. n. 499 del 29.05.2020.

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE

4.1. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione della performance nell'AAS 2 “Bassa Friulana-Isontina” ha lo scopo 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 degli obiettivi dell'Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni di salute della comunità per i quali la stessa è costituita.

La valutazione della performance organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione degli ambiti di responsabilità previsti nell'Atto Aziendale. Oggetto della valutazione è quindi il grado di raggiungimento degli obiettivi incentivati attribuiti nell'ambito del processo di budget.

4.1.1. Gli obiettivi annuali

La pianificazione strategica, affidata alla Direzione strategica, ha definito le finalità dell'Azienda mediante l'adozione, con Decreto del D.G. n. 181 dd. 29.03.2019, del Piano Attuativo Locale (PAL) 2019, che individua gli obiettivi e le progettualità di rilievo regionale, in attuazione delle Linee annuali per la gestione del SSR 2019, approvate annualmente con apposita delibera regionale (DGR n. 448 dd. 22.03.19).

Il sistema previsto dalla Regione non prevede alcuna pesatura che permetta di ricondurre a sintesi valutativa i singoli obiettivi negoziati dall'ente con la DCS.

Il monitoraggio dell'attuazione del programma annuale e del rispetto dei vincoli di bilancio è stato effettuato secondo le indicazioni della LR n. 26 del 10.11.2015 e s.m.i., con un rendiconto semestrale ed, a consuntivo, con l'adozione del Bilancio d'esercizio e della Relazione sulla Gestione, approvati con i seguenti decreti:

- rendiconto I semestre 2019 approvato con decreto C.S. n. 432 del 12.8.2019
- Bilancio consuntivo e Relazione sulla gestione 2019 approvati con decreto D.G. n. 499 del 29.5.2020.

Tutti gli obiettivi rendicontati vengono valutati dalla Direzione Centrale Salute e formalizzati in un unico documento che consolida i risultati ottenuti dal SSR (economici, di attività e di gestione) denominato “Gestione del SSR nell’anno 2019 – Approvazione degli atti relativi al controllo annuale”, di prossima approvazione con apposita delibera della Giunta Regionale.

Gli esiti della misurazione dei risultati conseguiti rispetto a ciascuna progettualità di PAL con evidenza degli scostamenti rilevati e delle motivazioni degli stessi sono consultabili nel citato Decreto del D.G. n. 499 del 29.05.2020 di approvazione del Bilancio d’esercizio e della Relazione sulla gestione 2019 pubblicati sul sito aziendale (link: http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/trasparenza/13_bilanci/).

4.2. Performance organizzativa delle strutture aziendali

La programmazione attuativa, in capo alla SOC Controllo di Gestione, declina gli obiettivi aziendali annuali contenuti nel PAL in obiettivi operativi a livello di ogni singola articolazione organizzativa attraverso il processo di budget sinteticamente così descritto:

- 1) fase “propedeutica”: ad inizio anno la SOC Controllo di Gestione ha predisposto e trasmesso le proposte di scheda di budget a tutti i Centri di Responsabilità (SOC e SSD), in accordo con i Direttori dei Dipartimenti LEA (Assistenza ospedaliera, Assistenza Primaria e Prevenzione);
- 2) “negoiazione”: nei mesi di marzo-luglio il Comitato di budget ha assegnato gli obiettivi economico-gestionali e di qualità-prestazionali a tutte le Strutture individuate dall’atto aziendale, che costituisce riferimento dell’articolazione organizzativa aziendale. Durante la negoziazione sono stati identificati gli obiettivi collegati al sistema premiante mediante un sistema di pesatura degli stessi;
- 3) “approvazione delle schede”: avvenuta con apposito decreto del C.S. n. 429 dd 08.08.19;
- 4) “monitoraggio periodico”: la S.C. Controllo di Gestione ha effettuato un monitoraggio infrannuale sullo stato di avanzamento degli obiettivi negoziati al 31/08/19, (rif nota prot.n. 54713 del 20/9/2019) raccogliendo numerose istanze di stralcio e/o revisione degli obiettivi e dei target negoziati;
- 5) “revisione delle schede”: le suddette rettifiche ed integrazioni sono state recepite formalmente con apposito decreto del DG n. 650 dd 5.12.19 di “Revisione delle schede di budget 2019 di cui al decreto del CS n.429 del 8.08.2019”.

La scheda di budget di ciascun Centro di Attività è stata articolata in obiettivi economico-gestionali che costituiscono prerogativa di coloro che ricoprono funzioni e responsabilità di tipo organizzativo e gestionale (Direttori/Responsabili di Struttura semplice o complessa e coordinatori/referenti) ed obiettivi di qualità-prestazionali derivanti da progettualità di PAL e/o aziendali o da obiettivi proposti dalla stessa struttura. Dal 2019 la componente gestionale è stata estesa anche alla dirigenza dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo tramite l’individuazione di un obiettivo individuale che il direttore della SOC ha assegnato a ciascun dirigente di tali ruoli presente nella sua equipe, all’interno della scheda di budget.

Ai fini del riconoscimento delle quote incentivanti correlate ai livelli di performance ottenuti si fa riferimento all’attuale sistema di misurazione e di valutazione delle performance, il cui regolamento è pubblicato sul sito aziendale dell’Amministrazione trasparente di AAS2 al seguente indirizzo: [HTTP://WWW.AAS2.SANTITA.FVG.IT/IT/AZIENDA_INFORMA/TRASPARENZA/06_PERFORMANCE/0_SISTEMA](http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/trasparenza/06_performance/0_sistema).

L’intero ciclo è stato monitorato dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e si conclude con la validazione della presente Relazione Annuale, garantendo, così, la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla differenziazione dei giudizi nonché all’utilizzo dei premi secondo le disposizioni di cui al Titolo III del D. Lgs 150/09.

4.2.1. Obiettivi strategici di rilevanza regionale e aziendale

La verifica degli obiettivi strategici di rilevanza regionale è stata effettuata sulla base dei progetti approvati dalla Direzione Aziendale con le Rappresentanze delle Organizzazioni sindacali di categoria, risultanti dagli Accordi integrativi aziendali sottoscritti per l'anno 2019 per le diverse aree contrattuali e pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sotto-sezione dell'Amministrazione trasparente (rif. link. [HTTP://WWW.AAS2.SANITA.FVG.IT/IT/AZIENDA_INFORMA/TRASPARENZA/04_PERSONALE/09_CONTRATTAZIONI_INTEGRATIVA](http://www.aas2.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/trasparenza/04_personale/09_contrattazioni_integrative)).

Gli obiettivi strategici di rilevanza regionale (obiettivi specifici) sia di tipo qualitativo che quantitativo sono finanziati con le risorse aggiuntive regionali (RAR) delle varie aree contrattuali e sono finalizzati alle tematiche previste dai relativi atti di intesa regionali.

Complessivamente sono stati approvati e valutati n. 244 progetti RAR (n. 167 del personale del comparto, n.32 della dirigenza medico-veterinaria e n. 45 della dirigenza SPTA).

La misurazione del grado di raggiungimento dei risultati è stata condotta dalla S.C. Controllo di gestione sulla base delle evidenze documentali e dei dati acquisiti. In esito alla istruttoria effettuata, la struttura ha predisposto una proposta di valutazione che ha sottoposto alla verifica e valutazione del Direttore Sanitario (o suo delegato) in data 13/5 e 3/6/20, e del Direttore Amministrativo (o suo delegato) in data 19/5 e 3/6/20, ciascuno per la propria area di competenza, preventivamente alla validazione da parte dell'OIV.

L'OIV, negli incontri del 4/6 e 5/6/2020, ha preso atto dei progetti individuati per le diverse aree contrattuali, ed ha verificato e validato il percorso di misurazione e valutazione seguito.

In allegato si riportano gli esiti delle valutazioni degli obiettivi strategici di rilevanza regionale (Allegato n. 2)

Gli obiettivi strategici di rilevanza aziendale sono stati, invece, finanziati con la quota di fondo accessorio riservata al Direttore Generale e sono stati individuati e valutati dal Direttore Generale, secondo l'istruttoria realizzata dalla SC Risorse Umane.

Gli esiti della valutazione degli obiettivi strategici a valenza aziendale vengono riportati nell'allegato n.3.

4.2.2. Pari opportunità e benessere organizzativo

Con Decreto del DG n 575 del 17.11.2016 è stato istituito il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)" che ha sostituito, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge e dai contratti collettivi relativi al personale delle pubbliche amministrazioni. Con medesimo atto è stato adottato il regolamento di funzionamento.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.Lgs. n.165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi, così come indicato nella direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia di cui all'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183".

Il CUG si è insediato in data 17 dicembre 2018 nominando il Presidente ed il Vice-presidente.

Le attività sono proseguite nel 2019 negli incontri del 30/1, 13/3, 15/5 e 27/11/19 durante i quali è stata predisposta una nota informativa che descrive i compiti e le finalità del Comitato e ne individua i nuovi componenti. Tale nota, unitamente al decreto di costituzione del CUG, sono stati pubblicati in un apposito spazio creato all'interno del sito aziendale.

Il CUG si è attivato, nel corso dell'anno, con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale al fine di raccogliere informazioni circa l'eventuale presenza di situazioni di disagio organizzativo e/o mobbing all'interno dell'Azienda ed acquisire i risultati dell'indagine condotta dal gruppo S. Anna dell'Università di Pisa, nell'ambito del progetto Bersaglio, limitatamente ai quesiti inerenti il benessere organizzativo.

Inoltre, vista la riforma regionale in atto ed alla prevista cessazione e scorporo di AAS2 per confluire, dal 1/1/2020, nelle future Azienda sanitaria universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI) e nella Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC), il Presidente del CUG, già in corso d'anno, ha preso contatti con i corrispondenti Presidenti del CUG di ASUTTS e di ASUIUD, al fine di condividere conoscenze e competenze ed impostare programmi di attività comuni.

Relativamente alle attività implementate, il Presidente CUG ha relazionato all'OIV nella seduta dd 9/8/19 e al Direttore Generale con apposita Relazione finale trasmessa in data 23/12/2019.

4.2.3. Coinvolgimento degli *stakeholders*

Annualmente l'Azienda realizza la Conferenza dei Servizi e la giornata della trasparenza volta alla partecipazione condivisa di obiettivi, progetti e risultati ottenuti nell'anno precedente, con gli stakeholders (utenti, cittadini, amministratori, associazioni di volontariato e operatori del settore).

I risultati dell'anno 2019 sono stati presentati nell'incontro organizzato in data 18 dicembre 2019 presso l'ospedale S. Polo di Monfalcone. In tale occasione sono stati presentati i dati di attività 2019 e le prospettive future, la valutazione delle performance e gli esiti dell'indagine di clima organizzativo ed una sintesi dell'attività svolta in merito al tema dell'anticorruzione e trasparenza nell'anno 2019.

Si segnala, quale strumento di coinvolgimento e valutazione dei servizi da parte degli utenti, la realizzazione del questionario somministrato tramite contatto telefonico post-dimissione dei pazienti maggiorenni che hanno effettuato un intervento chirurgico (escluso Ostetricia-Ginecologia) e che sono stati dimessi al proprio domicilio. Il questionario utilizzato è stato elaborato da un gruppo di lavoro aziendale sulla base delle indicazioni regionali e riguarda informazioni relative a:

- condizioni cliniche generali (febbre, dolore, condizioni delle ferite, ecc.);
- gestione di farmaci e presidi (difficoltà di reperimento, facilità di utilizzo, ecc);
- recupero delle autonomie, alimentazione, idratazione, ecc);
- informazioni su chi contattare in caso di problematiche inerenti l'intervento;
- informazioni e appuntamenti per eventuali controlli successivi.

Gli esiti delle interviste sono stati utilizzati per avviare degli audit all'interno delle strutture coinvolte ed attivare percorsi di miglioramento della qualità dei servizi erogati.

4.3. Misurazione e valutazione della performance individuale

Il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance dell'AAS n.2 prevede la valutazione individuale da parte del superiore gerarchico, secondo i criteri e le modalità previste negli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali. Inoltre, per i Direttori di Dipartimento/SOC, i Responsabili di SOSD/SOS e le Posizioni Organizzative/Coordinatori delle professioni sanitarie è prevista l'attribuzione di obiettivi individuali di natura gestionale definiti all'interno del processo di budget. Dal 2019 tale componente è stata estesa anche a tutte la dirigenza dei ruoli PTA.

La valutazione degli obiettivi individuali rappresenta il 60% della valutazione individuale complessiva, il restante 40% è correlato agli esiti della valutazione comportamentale effettuata da parte del superiore gerarchico attraverso apposita scheda di valutazione.

4.3.1. Gli obiettivi individuali

Gli obiettivi individuali assegnati ai direttori di Dipartimento, Struttura complessa, Semplice dipartimentale e Struttura semplice nonché alle Posizioni Organizzative ed ai Coordinatori, sono obiettivi di natura economica, gestionale e correlati alle misure previste dal Piano prevenzione della corruzione e della trasparenza. All'interno della scheda di budget è stato altresì inserito un obiettivo di natura gestionale individuato dal Direttore della SOC di riferimento, che caratterizza il mandato di ciascun responsabile di Struttura Semplice, nonché, a partire dal 2019, un obiettivo specifico individuale per ciascun dirigente dei ruoli PTA presente nell'equipe.

E' stata inoltre confermata, anche per il 2019, la pre-condizione per poter accedere alla valutazione degli obiettivi individuali secondo la quale i Direttori di Struttura devono dimostrare di aver illustrato gli obiettivi dell'intera scheda di budget a tutto il personale coinvolto, attraverso l'esibizione dei verbali degli incontri di condivisione.

I risultati degli obiettivi individuali di tipo economico-gestionale sono riportati nell'allegato n°1.

4.3.2. Valutazione individuale annuale

La valutazione individuale è stata avviata operativamente nel mese di aprile 2020 attraverso la trasmissione delle schede di valutazione da parte della SC Risorse Umane a tutti i valutatori con richiesta di procedere alla valutazione e fornire un ritorno alla Struttura inviante.

L'esercizio 2019 è stato il secondo anno di applicazione del nuovo SMVP, approvato con Decreto C.S. n. 428 dd. 9.8.19.

Per il personale del comparto è stata utilizzata la nuova scheda di valutazione articolata in tre ambiti di valutazione delle competenze: tecnico-professionali, organizzative e relazionali, con un punteggio espresso in centesimi. La valutazione di ogni item è stata graduata in quattro livelli di giudizio: insufficiente, sufficiente, buono, distinto a cui corrispondono rispettivamente i seguenti punteggi di soglia: 40, 60, 80 e 100.

Per l'area della dirigenza, in conseguenza di vertenza sindacale sull'argomento, è stata utilizzata la scheda precedentemente in uso, articolata in una progressione di giudizi di valutazione graduati da A a D.

Anche in questo secondo anno di impiego del nuovo modello di scheda di valutazione, si è registrata la criticità dell'assenza di un software dedicato al processo tale da consentire la gestione dell'intero percorso, in particolare per quanto concerne la compilazione e la conservazione delle schede di valutazione, oltre che la corretta individuazione del soggetto valutatore di riferimento rispetto ai dipendenti che in corso d'esercizio hanno prestato attività di servizio in diverse strutture (a fronte di processi di mobilità volontaria, o di assegnazione d'ufficio per colmare esigenze temporanee).

Nel secondo anno di utilizzo del nuovo strumento, il processo è stato attuato con maggiore dimestichezza dal personale valutato e valutatore rispetto all'esercizio precedente, e con tempi di raccolta del materiale notevolmente ridotti.

Secondo quanto previsto dal SMVP, la valutazione individuale ha coinvolto i dipendenti di tutte le aree contrattuali del S.S.N. con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, ivi compreso il personale comandato in ingresso, il personale universitario convenzionato che ha prestato attività assistenziale presso l'Azienda, ed i dirigenti in regime di rapporto non esclusivo, fatta salva, per questi ultimi, in virtù della particolare tipologia di rapporto, la non applicazione degli strumenti di incentivazione economica (Retribuzione di Risultato, Risorse del c.d. "Fondo del Direttore Generale" e Risorse Aggiuntive Regionali).

I soggetti destinatari della valutazione individuale sono stati 2870 per il personale del comparto, rispetto al totale del personale in servizio nel corso dell'esercizio, a fronte dell'applicazione della soglia di almeno 45 giorni di presenza effettiva in servizio fissata dal SMVP per accedere alla valutazione.

Al personale con punteggio inferiore a 50 non viene attribuita la quota di performance individuale.

Si è altresì proceduto ad applicare quanto previsto dal CCIL 7.9.2018 per la parte di attuazione dell'articolo 82 del CCNL 2018, con attribuzione della quota aggiuntiva al personale (pari a n. 598 unità) che ha conseguito una valutazione uguale o superiore a 97 (85 percentile). Le quote economiche massime per personale in servizio sono quindi risultate le seguenti:

categoria	Coeff. individuale con c. aggiuntivo	Euro	Coeff. Individuale	Euro
DS	1,56	€ 965,87	1,2	€ 742,98
D	1,43	€ 885,37	1,1	€ 681,05
C	1,3	€ 804,86	1	€ 619,12
BS	1,17	€ 724,44	0,9	€ 557,26
B	1,04	€ 643,93	0,8	€ 495,33
A	0,91	€ 563,42	0,7	€ 433,40

Come accennato, anche in questo secondo esercizio di applicazione del SMVP al personale della dirigenza è stata somministrata la precedente scheda di valutazione, che prevede una graduazione del punteggio da A a D in maniera crescente a seconda delle caratteristiche dell'apporto individuale al raggiungimento dei risultati, assicurato nell'anno di riferimento dal dirigente, secondo lo schema di seguito rappresentato:

- A=0% quota individuale
- B=33,33 % quota individuale
- C=66,66% quota individuale
- D=100% quota individuale

Per la dirigenza medico-veterinaria hanno concorso effettivamente al riparto della performance individuale n. 477 dipendenti rispetto al totale dei presenti nel corso dell'anno, e ciò in applicazione della soglia di presenza minima di almeno 120 giorni di servizi per accedere alla valutazione.

Per la dirigenza SPTA hanno concorso al riparto della performance individuale n. 81 dipendenti, tenuto conto del vaglio della soglia minima di presenza effettiva in servizio di almeno 120 giorni.

4.3.3. Distribuzione e grado di differenziazione dei premi

Nella tabelle di seguito esposte viene data evidenza della distribuzione delle valutazioni assegnate al personale di tutte le aree contrattuali per l'anno 2019.

Punteggio	LIVELLO						Totale complessivo
	A	B	BS	C	D	DS	
42		1					1
55					1		1
56			1				1
58					1		1
60	2	2	5	1	10		20
61					1		1
62	1		1		1		3
64			1				1
65		1	1		2		4
66	1		1		3		5

Punteggio	LIVELLO						Totale complessivo
	A	B	BS	C	D	DS	
67				1			1
68	1	2	3	1	4		11
69					2		2
70	1			1	5		7
71			2		5		7
72			3		3		6
73	2	4	2		6		14
74	1	1	5	1	4		12
75		1	5	3	3		12
76		1	4	2	8		15
77	1		4	1	7		13
78		1	7	2	9		19
79	1	1	1	1	12		16
80	6	10	74	8	86		184
80,5					1		1
81	2		7		14		23
82	4	9	20	3	33	1	70
83		2	14	3	34		53
84	2	8	22	7	29	1	69
85	1	4	33	8	48		94
86	1	8	21	7	49	2	88
87	4	2	24	4	55		89
87,5			3		2		5
88	2	7	24	8	62		103
88,5					2		2
89	2	9	14	8	48	1	82
90	5	4	48	9	133	3	202
90,5			3		2		5
91		5	31	5	107	1	149
91,5			2		4		6
92	2	4	40	11	98	6	161
92,5					1		1
93	2	7	32	11	114	1	167
93,5			1				1
94	2	4	28	14	126	3	177
94,5			1				1
95		3	21	10	116	4	154
95,5			1				1
96	1	4	24	16	162	4	211
96,5					1		1
97	4		8	12	114	7	145
98	2	5	19	8	52	7	93
99		1	5	8	27	1	42
100	2	6	33	23	232	21	317
Totale complessivo	55	117	599	197	1839	63	2870

DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA

GIUDIZIO	PUNTEGGIO	N. DIRIGENTI MEDICO-VETERINARI
A	0,00	7
B	33,33	14
C	66,66	125
D	100,00	331
Totale complessivo		477

DIRIGENZA ruoli SPTA

GIUDIZIO	PUNTEGGIO	N. DIRIGENTI SPTA
A	0,00	
B	33,33	1
C	66,66	18
D	100,00	62
Totale complessivo		81

Nell'attribuzione delle quote economiche è stato altresì applicato quanto previsto dal decreto del C.S. n. 505/2019 “Pesatura valutazioni del Sistema di Misurazione della Performance 2018-2019”.

Le quote economiche massime per personale in servizio con valutazione massima sono quindi risultate le seguenti:

QUOTA DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA	Importo (in €)
1,25 SOC SSD	€ 2.355,52
1 ALTRI	€ 1.884,36

QUOTA DIRIGENZA ruoli SPTA	Importo (in €)
1,20 SOC SSD	€ 2.333,54
1 ALTRI	€ 1.944,62

5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

La SOC Controllo di Gestione ha avviato il percorso di misurazione e valutazione finale dei risultati raggiunti con nota AAS2 prot n. 76664 dd 30/12/2019 e con nota ASUGI prot. n. 520 dd 6/03/2020 con cui ha richiesto a tutti i Responsabili di Dipartimento, Struttura complessa e Struttura Semplice dipartimentale di relazionare, rispettivamente, sul conseguimento degli obiettivi specifici (RAR) e di budget 2019 delle rispettive strutture entro il 20/03/2020. La rendicontazione dei risultati raggiunti, vista anche l'emergenza sanitaria in corso, si è completata nei mesi di maggio (per i progetti RAR) e giugno 2020 (per gli obiettivi di budget).

La SOC Controllo di Gestione ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget e specifici 2019 sulla base:

- delle relazioni a consuntivo prodotte dai responsabili delle schede di budget
- delle eventuali integrazioni richieste
- delle fonti informative ufficiali regionali o aziendali, ove disponibili (es. Indicatori LEA, Indicatori Screening Oncologici, Flussi SDO, SIASA, SIASI, Monitoraggio tempi d'attesa, Valutazione indicatori rischio clinico, ecc.).
- delle evidenze documentali prodotte o pubblicate sul portale aziendale.

In esito alla istruttoria effettuata, la struttura procedente ha predisposto una proposta di valutazione che ha sottoposto alla valutazione di prima istanza del Direttore Sanitario (o suo delegato) in data 13/5 e 3/6 per le progettualità RAR ed in data 25/6, 26/6, 29/6 e 1/7/20 per gli obiettivi di budget afferenti alle strutture di area sanitaria; relativamente, invece, alle strutture di area tecnico-amministrativa, la valutazione di prima istanza è stata realizzata dal Direttore Amministrativo (o suo delegato) in data 19/5 e 3/6 per gli obiettivi specifici (RAR) ed in dd 1/7/20 per gli obiettivi di budget, preventivamente alla verifica e validazione finale da parte dell'OIV.

La misurazione dei risultati raggiunti è stata effettuata analiticamente con l'indicazione dei parziali e/o mancati raggiungimenti per ciascun obiettivo assegnato, in coerenza con i criteri di valutazione definiti dalla Direzione Strategica ed esplicitati nei verbali di valutazione di prima istanza (agli atti della SC Controllo di Gestione), tenendo distinti gli esiti della misurazione effettuata sugli obiettivi di qualità e prestazionali, che determina la performance organizzativa, da quella effettuata sugli obiettivi economici e gestionali che definisce la quota integrativa individuale (performance individuale).

L'OIV, negli incontri del 4/6 e 5/6/2020, ha preso atto ed esaminato le relazioni dei progetti RAR per le diverse aree contrattuali e, nelle sedute del 2/7 e 3/7, ha valutato i risultati raggiunti relativamente agli obiettivi di budget assegnati ai vari Centri di Responsabilità ed agli obiettivi strategici di rilevanza aziendale finanziati con la quota del fondo accessorio del Direttore Generale, verificando e validando il percorso di misurazione e valutazione seguito.

Complessivamente sono state valutate n. 94 strutture (53 del Dipartimento di Assistenza Ospedaliera, 14 del Dipartimento di Assistenza primaria e Salute Mentale, 8 del Dipartimento di Prevenzione e 19 dei Servizi tecnico-amministrativi e di Staff) e sono stati misurati e valutati n. 317 obiettivi di natura economico-gestionale (corrispondenti a n. 337 indicatori di risultato) e n. 1162 obiettivi di tipo qualitativo-prestazionale (corrispondenti a n. 1497 indicatori di risultato).

Di seguito viene riportata la tabella di sintesi dei livelli di raggiungimento delle diverse categorie di obiettivi.

Tab.19 Esiti valutazione Obiettivi budget 2019

	Sintesi valutazione obiettivi BUDGET 2019					
	Raggiunto	Parzialmente raggiunto	Non raggiunto	Non misurabile/ non valutabile	Stralciato	Totale obiettivi
n. obiettivi ECON-GESTIONALI	294	9	10	3	1	317
% raggiungimento obiettivi ECON-GESTIONALI	92,74%	2,84%	3,15%	0,95%	0,32%	100%
n. obiettivi QUALITA'-PRESTAZIONALI	1040	47	31	31	13	1162
% raggiungimento obiettivi QUALITA'-PRESTAZIONALI	89,50%	4,04%	2,67%	2,67%	1,12%	100%

Al fine di garantire una debita diffusione delle informazioni circa i risultati ottenuti e prevenire eventuali azioni di contenzioso, le risultanze dell'istruttoria svolta e delle valutazioni effettuate sono state comunicate ai responsabili ed ai referenti/coordinatori delle singole strutture, dando la possibilità agli stessi di presentare eventuali controdeduzioni e/o integrazioni. Le istanze pervenute sono state esaminate, nel merito, dal Direttore e dal Direttore Amministrativo (o rispettivi delegati) e, laddove accolte, hanno determinato una revisione dei punteggi inizialmente assegnati.

Risultano complessivamente: n. 97 obiettivi non raggiunti e/o parzialmente raggiunti (di cui n.19 di tipo gestionale e n.78 di tipo prestazionale), n. 34 obiettivi non misurabili e/o non valutabili e n. 14 obiettivi stralciati, in prevalenza sulla base di disposizioni della Regione.

Si riporta nell'allegato n° 1, la tabella di sintesi dei punteggi finali riconosciuti a ciascuna struttura sia per gli obiettivi di qualità-prestazionali (performance organizzativa) che per quelli economico-gestionali (performance individuale).

Allegato n° 1: RISULTATI CONSEGUITI DALLE STRUTTURE RISPETTO AGLI OBIETTIVI DI QUALITA'-PRESTAZIONALI ED AGLI OBIETTIVI GESTIONALI - ANNO 2019

ord	DENOMINAZIONE Struttura	% raggiungimento OBV QUALITA'-PRESTAZIONALI (performance organizzativa)		% raggiungimento OBV ECONOMICO-GESTIONALI (performance individuale)			
		Dirigenti	Comparto	Direttore/ Resp	Dirigente non resp.	Referente/ Coordinatore	Responsabile SOS
1	Dipartimento di ASSISTENZA OSPEDALIERA	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		NON HA OBV GESTIONALI			
2	<i>Direzione medica ospedaliera Gorizia - Monfalcone</i>	100%	100%	70%		100%	
3	Direzione medica ospedaliera Latisana - Palmanova	100%	100%	94%		100%	
4	Direzione amministrativa ospedaliera	100%	100%	100%		100%	
5	Dipartimento interaziendale dei Servizi diagnostici	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		100%			
6	Radiologia di Latisana e Palmanova	90,8%	100%	100%		100%	
7	Radiologia di Gorizia e Monfalcone	85%	80%	100%		100%	50%
8	Medicina Trasfusionale-CUVB	100%	100%	0%*			
9	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Palmanova	100%	100%	100%		100%	
10	Gestione Prestazioni specialistiche	100%		100%			
11	Anatomia Patologica	100%	100%	85%		100%	
12	Laboratorio Analisi chimico-cliniche e microbiologiche Gorizia e Monfalcone	100%	100%	100%		100%	
13	Dipartimento interaziendale Materno Infantile	non ha obv QUALITA'-PRESTAZIONALI		100%		100%	
14	Ostetricia e ginecologia Gorizia - Monfalcone	97,60%	100%	100%		100%	100%
15	Ostetricia e ginecologia Latisana - Palmanova	99,50%	100%	100%		100%	100%
16	Pediatria Gorizia - Monfalcone	94,8%	100%	100%		100%	
17	Pediatria Latisana - Palmanova	100%	100%	100%		100%	
18	Dipartimento Chirurgico di Latisana e Palmanova		100%	100%		100%	
19	Ortopedia – Traumatologia Latisana e Palmanova	73,10%		100%			100%
20	Chirurgia Generale Latisana e Palmanova	99,40%		100%			SOS PDO ONCOL: 100% SOS DAY SURG.: 100%
21	Oculistica Latisana e Palmanova	89,70%		100%			
22	Nefrologia e Dialisi	95,1%	90,1% (GOMO e LAPA)	100%		100%	SOS DIALISI DOMICILIO: 100% SOS TECNICHE EXTRAC. IN AREA CRITICA: 100%

23	Dipartimento Medico di Latisana e Palmanova	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		100%		100%	
24	Medicina interna Latisana	90,6%	94,2%	100%		100%	100%
25	Medicina interna Palmanova	100%	99,5%	100%		100%	100%
26	Oncologia Latisana e Palmanova	100%	100%	100%			100%
27	Riabilitazione Latisana Palmanova	100%	94,4%	100%		100%	
28	Dipartimento Emergenza di Palmanova e Latisana	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		100%		100%	
29	Anestesia e Rianimazione Palmanova	100,00%	100,00%	100%		100%	SOS 1: 100%
30	Anestesia e Rianimazione Latisana	100,00%	100,00%	100%		100%	
31	Cardiologia Palmanova e Latisana	100,0%	100,0%	100%		100%	100%
32	PS e Medicina d'Urgenza Latisana	82,7%	100,0%	100%		100%	SOS PPI LIGNANO: 100%
33	PS e Medicina d'Urgenza Palmanova	100,0%	100,0%	100%		100%	100%
34	Dipartimento Chirurgico di Gorizia e Monfalcone		100,0%	87,2%		100%	
35	Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone	91,30%		60%			SOS B.O: 65,7% SOS GASTRO: 80% SOS W.S.: 80%
36	Ortopedia – Traumatologia Gorizia e Monfalcone	67,00%		0%*			SOS B.O.: 100%
37	Oculistica Gorizia e Monfalcone	75,50%	100,0%	100%			
38	Odontostomatologia	100%		100%			
39	Otorinolaringoiatria	80,70%	100,0%	100%			
40	Urologia	94,80%		100%			
41	Dipartimento Medico di Gorizia Monfalcone		100%	98,8%		100%	
42	Medicina interna Gorizia	93,9%	100,0%	100%		100%	100%
43	Medicina interna Monfalcone	81,4%	100%	100%		100%	100%
44	Oncologia Gorizia e Monfalcone	88%	100%	99,8%		100%	
45	Neurologia	65,60%		100%			
46	Pneumologia Gorizia e Monfalcone	99,8%	100%	100%			
47	Diabetologia Gorizia e Monfalcone	78,2%	100%	70%			
48	Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	90%	95%	100%		100%	
49	Dipartimento Emergenza di Gorizia e Monfalcone		100%	96,8%		100%	
50	Pronto Soccorso Medicina d'urgenza Monfalcone	61,2%	100%	0%*		100%	
51	Pronto Soccorso Medicina d'urgenza Gorizia	29,2%	76,0%	70%		100%	
52	Anestesia Rianimazione Gorizia	95,3%	100%	100%		100%	100%
53	Anestesia Rianimazione Monfalcone	100%		100%			100%
54	Cardiologia Gorizia e Monfalcone	100,0%	84,5%	100%		100%	SOS: 100%

55	Dipartimento di Assistenza Primaria	100%	100%	100%			
56	Distretto EST	94,70%	100,0%	100%		100%	SOS RSA: 100%
57	Distretto OVEST	94,40%	100,0%	100%		100%	SOS RSA: 100%
58	Distretto ALTO ISONTINO	94,50%	100,0%	100%		100%	SOS RSA: 100%
59	Distretto BASSO ISONTINO	99,50%	100%	88,2%		100%	SOS RSA: 92,1%
60	Cure palliative	100%	100%	100%		100%	
61	Neuropsichiatria infantile	97,8%	98,5%	100%		100%	SOS Disturbi Neurosviluppo: 100%
62	Età evolutiva famiglia e disabilità	100%	100%	100%			SOS 1 Consultorio: 100% SOS 2 Disabilità: 100%
63	Dipendenze	100%	100%	100%		100%	
64	Dipartimento di Salute Mentale	100%	100%	100%		100%	
65	Centro di Salute Mentale di Latisana	89,7%	100%	100%		100%	
66	Centro di Salute Mentale di Palmanova	100%	100%	90%		100%	
67	Centro di Salute Mentale Alto Isontino	100%	100%	100,0%		100%	
68	Centro di Salute Mentale Basso Isontino	100%	100%	100%		100%	
69	Dipartimento di Prevenzione	100%	Comparto sanitario e tecnico: 100% Comparto amm: 100%	70%		Ref TdP: 70% Ref. Inf: 70% Ref. Amm: 70%	
70	Igiene e sanità pubblica	dott.ssa Stel: 80% dott. Brisotto: 100% altri dirigenti SISP: 100%		70%			SOS Rischio Chimico: 80% SOS Igiene ambientale: 60%
71	Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione	100%		70%			100%
72	Prevenzione, Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	100%		100%			
73	Sanità Pubblica Veterinaria	100%		100%			
74	Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	100%		100%			100%
75	CRUA	100%		100%			
76	Medicina Legale	100%		100%			
	DIREZIONE GENERALE						
77	Servizio Prevenzione e Protezione – Gestione Ambientale	100%	100%	100%			
78	Controllo di Gestione	100%	100%	0%*	100%		
79	Epidemiologia Risk Management Qualità e Accreditamento	100%	100%	100%			
80	Servizio Infermieristico Aziendale	100%	100%	100,0%			
81	Formazione	88,9%	88,9%	100%			

82	Farmacia unica aziendale	100%	100%	100%			SOS Territoriale: 100% SOS Ospedaliera: 100%
83	Area della Classificazioni Internazionali	100%	100%	NON HA OBV GESTIONALI			
	DIREZIONE SANITARIA						
84	Direzione Sanitaria Aziendale - Medici competenti	100%		NON HA OBV GESTIONALI			
84	Direzione Sanitaria Aziendale - Promozione salute	100%	100%	NON HA OBV GESTIONALI			
84	Direzione Sanitaria Aziendale - Servizio Dietetico		100%	NON HA OBV GESTIONALI			
	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		NON HA OBV GESTIONALI			
	Dipartimento Gestione risorse tecniche e investimenti	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		NON HA OBV GESTIONALI			
85	Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie	100%	100%	100%	100%		
86	Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi	100%	100%	100%			
87	Progettazione e Sviluppo interventi di Edilizia Ospedaliera	100%	100%	100%			
88	Sistema Informativo e Informatico	88,9%	88,9%	100%			
	Dipartimento Gestione processi amministrativi, risorse umane e finanziarie	NON HA OBV DI QUALITA' E PRESTAZIONALI		NON HA OBV GESTIONALI			
89	Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (CAGL)	100%	CAGL 100% CEFORMED 100%	100%			100%
90	Ufficio Legale	Gli obv di qualità-prestazionali 2019 sono ricompresi nella SC CAGL		Gli obv gestionali 2019 sono ricompresi nella SC CAGL			
91	Risorse Umane	100%	100%	90,0%	100,0%		
92	Economico Finanziario	100%	100%	100%			
93	Libera professione	100%	100%	100,0%			
94	COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO	100%		NON HA OBV GESTIONALI			
95	Area Welfare	100%	100%	100,0%			

* non accede alla quota integrativa individuale per mancata presentazione verbale condivisione obv budget con l'equipe

Allegato n° 2: ESITI DELLE VALUTAZIONI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI A VALENZA REGIONALE (RAR)

a. Esiti valutazione obiettivi specifici area Comparto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
1	SC Oncologia Latisana	Gestione della malnutrizione del paziente oncologico	<ul style="list-style-type: none"> • N° pazienti reclutati con rischio globale di malnutrizione basso-medio • Evidenza del questionario • N° questionari somministrati 	obiettivo raggiunto
2	Piastra Ambulatoriale di Latisana	garantire il back e front office e assistenza al paziente durante le sessioni pomeridiane lunghe di doppler arterioso e venoso come da modifica agenda di offerta ambulatoriale, urgenze e PS	Verifica nr prestazioni effettuate	obiettivo raggiunto
3	Piastra Ambulatoriale di Latisana	mantenimento dell'attività urologica con personale medico proveniente dalla SOC Urologia di Gorizia. Il personale medico è disponibile solo il venerdì e in orario pomeridiano	Verifica nr prestazioni effettuate	obiettivo raggiunto
4	Piastra Ambulatoriale di Latisana	1- avvio dell'ambulatorio dedicato controlli e prestazioni a pazienti oncologici ORL. 2- supporto professionale per applicazione e sistemazione VAC , medicazioni complesse e tutori a reparti, servizi e territorio	Verifica nr prestazioni effettuate- Miglioramento qualità percepita	obiettivo raggiunto
5	Medicina Generale Latisana	mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale	obiettivo raggiunto
6	Medicina Generale Palmanova	mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale	obiettivo raggiunto
7	DMO Latisana	garanzia della continuità assistenziale nel trasporto dei pazienti in consulenza/trasferimento ad altra struttura ospedaliera	Evidenza delle ore svolte per assistenza durante il trasporto dei pazienti, con orario timbrato in codice specifico	obiettivo raggiunto
8	Sala operatoria Latisana-Palmanova	omogeneizzazione delle competenze degli strumentisti operanti nelle due sedi al fine della interscambiabilità in caso di criticità di personale	Evidenza delle ore svolte con orario timbrato con codice specifico (max 15 ore/operatore). Relazione di ogni singolo operatore con evidenza del numero e della tipologia di interventi strumentati. Per i coordinatori evidenza della pianificazione della turnistica con l'interscambio degli infermieri strumentisti ed evidenza dell'interscambio dei coordinatori stessi con orario timbrato con codice specifico	obiettivo raggiunto
9	DH/Prericobero e CUP	revisione della lista di attesa per intervento chirurgico mediante verifica dei nominativi presenti in G2 clinico e sistema ADT	aggiornamento della lista d'attesa - produzione di elenco di pazienti distinti per specialità, anno di inserimento	obiettivo raggiunto
10	Dipartimento Chirurgico degenze Latisana	Mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e della carenza di personale	Misurazione del livello degli indicatori di qualità assistenziale	obiettivo raggiunto
11	Dipartimento Chirurgico degenze Palmanova	Riorganizzazione del personale infermieristico e di supporto a seguito della presa in carico del reparto di medicina riabilitativa	Raggiungimento degli obiettivi prefissati al ricovero in medicina riabilitativa (compilazione schede: ADL, BARTHEL, NORTON, RANKIN, CONLEY).	obiettivo raggiunto
12	Ambulatorio oculistico sede di Palmanova	revisione degli archivi cartacei presenti in ambulatorio oculistico mediante verifica dei nominativi ed esatta collocazione	aggiornamento e revisione dei casellari contenenti i cartellini	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
13	Poliambulatorio-Prericovero sede di Palmanova	attivazione della brochure informativa (pieghevole) per i pazienti che accedono al prericovero	I pazienti avranno un'informativa dettagliata inerente il percorso prericovero e conseguente ricovero con particolare riferimento all'intervento da eseguire ed al decorso post operatorio attuazione dell'obiettivo entro il periodo di riferimento	obiettivo raggiunto
14	Poliambulatorio Chirurgico - Urologia sede di Palmanova	attività ambulatoriale urologica pomeridiana	Evidenza dell'attività ambulatoriale effettuata	obiettivo raggiunto
15	S.C. PS e Medicina d'Urgenza ospedale di Palmanova	assicurare la continuità' assistenziale dei pazienti in carico presso l'area d'emergenza ed il pronto soccorso durante il trasporto secondario urgente dei pazienti critici verso centri di riferimento, anche in carenza di dotazione organica	Trasporti assicurati e mantenimento della continuità assistenziale dei pazienti in carico al Pronto Soccorso/OBI	obiettivo raggiunto
16	S.C. PS e Medicina d'Urgenza ospedale di Latisana	assicurare la continuità' assistenziale dei pazienti in carico presso l'area d'emergenza ed il pronto soccorso durante il trasporto secondario urgente dei pazienti critici verso centri di riferimento, anche in carenza di dotazione organica	Trasporti assicurati e mantenimento della continuità assistenziale dei pazienti in carico al Pronto Soccorso/OBI	obiettivo raggiunto
17	SC PS Palmanova	continuità nell'attività di trasporto pazienti tra ospedali e trasferimento materiale biologico ai centri di riferimento anche in carenza di dotazione	assicurata la continuità dei collegamenti con il SSR riguardo il trasporto pazienti tra ospedali e materiale biologico verso i centri di riferimenti	obiettivo raggiunto
18	S.C. Cardiologia ospedale di Palmanova	eliminazione degli archivi cartacei mediante informatizzazione dei dati in essi contenuti	Evidenza dell'eliminazione degli archivi (15 cartelle al giorno in media)	obiettivo raggiunto
19	Ostetricia Ginecologia Latisana	Rispondere alla normativa 194 del 22/05/1978	Garantita l'attività di strumentazione e assistenza durante l'esecuzione di IVG in sala operatoria per assenza di personale non obiettore di coscienza	obiettivo raggiunto
20	Direzione Medica Ospedaliera	supporto metodologico e organizzativo al percorso di accreditamento istituzionale.	Evidenza delle pre-visite ed incontri formativi nelle varie SS/SC	obiettivo raggiunto
21	Direzione Medica Ospedaliera	consolidamento e mantenimento del servizio di Consulenza infermieristica (consulente in Wound Care per la gestione delle Lesioni da pressione e/o vascolari; consulente sugli accessi venosi: inserimento - gestione PICC e Midline)	Report annuale sull'attività svolta dai consulenti	obiettivo raggiunto
22	Igiene e Organizzazione InterOspedaliera - Nucleo Operativo Rischio Clinico	Appropriatezza utilizzo inibitori di pompa protonica (PPI) a antimicrobial stewardship in coerenza con le indicazioni regionali 2019 - Rete cure sicure	Report di valutazione lettere di dimissione con prescrizione PPI Organizzato corsi su PPI Aggiornamento protocollo PPI Verbal incontri di FSC Verbal Incontri AFT MMG Organizzato corsi di formazione su antibiotici tre protocolli elaborati/aggiornati	obiettivo raggiunto
23	Radiologia Latisana e Palmanova	mantenimento dei volumi erogati nel 2018 in diagnostica senologica, TC, RM a Latisana (volumi raggiunti nel 2018 con utilizzo di ore aggiuntive) al fine di contenere i tempi d'attesa.	evidenza del mantenimento dei volumi erogati nel 2018 in diagnostica senologica, TC ed Ecografia a Latisana	obiettivo raggiunto
24	Radiologia Palmanova – Latisana	assicurare l'attivazione sedute pomeridiane in RM in carenza d'organico, al fine di contenere i tempi d'attesa	evidenza attivazione delle sedute RM pomeridiane dal lunedì al venerdì a fronte della carenza di organico con garanzia delle prestazioni con mdc fino alle ore 17,30 al lunedì e al giovedì (fatta eccezione della riduzione estiva)	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
25	Radiologia Palmanova - Latisana	mantenimento, in carenza d'organico, dei volumi TC erogati nel 2018, sede di Palmanova al fine di contenere i tempi d'attesa e garanzia dei tempi di erogazione delle TC oncologiche previste da AAS2	Evidenza dell'attività fuori orario di servizio con timbratura cod. 69	obiettivo raggiunto
26	Radiologia Palmanova - Latisana	assicurare la guardia estiva TSRM Radiologia di Latisana in carenza d'organico	TSRM in guardia attiva dal 09 giugno al 01 settembre: dal lunedì al venerdì 2 ore dalle 20,00 alle 22,00, sabato e festivi 4 ore dalle 20,00 alle 22,00.	obiettivo raggiunto
27	RSA Latisana e hospice	mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale	obiettivo raggiunto
28	RSA e Hospice di Palmanova	mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale	obiettivo raggiunto
29	Distretto Ovest SSD Cure Palliative RSA e Hospice	Procurement Tessuti Oculari	E' garantito l'espletamento del percorso di procurement di tessuti oculari, dai donatori idonei, anche nei giorni di sabato e festivi.	obiettivo raggiunto
30	Servizio Infermieristico Domiciliare Latisana	Presenza attiva personale Infermieristico del Servizio Domiciliare di Latisana 12 ore diurne 7 giorni alla settimana a partire dal 1 maggio 2019	Attività assistenziale garantita h 12 effettuata nelle giornate dei sabati, domeniche, e festivi infrasettimanali dal 1 maggio 2019.	obiettivo raggiunto
31	Servizio Infermieristico Domiciliare Latisana	Attivazione nuova sede Infermiere di comunità a Latisana località Pertegada	Avvio del servizio	obiettivo raggiunto
32	Distretto Ovest Poliambulatorio	Ottimizzazione recupero crediti CUP San Giorgio di Nogaro		obiettivo raggiunto
33	Distretto Ovest	Mantenimento dell'attività amministrativa nelle sedi del Distretto Ovest, in carenza di organico.	Mantenimento dell'attività amministrativa e dell'operatività degli sportelli al pubblico (anagrafe sanitaria assistiti) del Distretto Ovest. Evidenza della partecipazione agli incontri con le altre aziende dell'area Udinese (AAS. 3, ASUIUD) per le attività propedeutiche all'avvio della nuova azienda ASUFC	obiettivo raggiunto
34	Distretto Ovest	Assicurare la referenza amministrativa dipartimentale per l'assistenza sanitaria internazionale	Evidenza dell'attività di referenza amministrativa dipartimentale nella materia dell'assistenza sanitaria internazionale, e del supporto tecnico fornito alle altre strutture aziendali. Evidenza della gestione dei flussi informativi e delle rendicontazioni previste dalla normativa. Evidenza della gestione e coordinamento del sistema ASPE e del sistema telematico infrastrutturale EESSI (Electronic Exchange of Social Security information).	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
35	Distretto Sanitario Est	In merito alle linee di gestione del 2019 nell'ambito della rete cure sicure FVG in azienda, il Distretto partecipa ai programmi avviati attraverso azioni che implementano i percorsi della rete. In particolare in merito al controllo delle infezioni correlate all'assistenza, alla sorveglianza dei microrganismi sentinella il Distretto mantiene funzione di coordinamento anche nei confronti delle strutture protette afferenti per territorio	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione alla rilevazione regionale secondo metodo Halt mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in due strutture protette di competenza territoriale (presenza database e schede della rilevazione) - Evidenza del monitoraggio territoriale delle segnalazioni di infezioni da microrganismi sentinella (presenza di database implementato con le segnalazioni e procedura per la trasmissione delle comunicazioni agli MMG servizi domiciliari e strutture protette) - evidenza delle presenza del database aggiornato dei pazienti fragili segnalati per l'emergenza caldo e trasmissione della comunicazione ai servizi territoriali 	obiettivo raggiunto
36	Distretto Sanitario Est Servizio Infermieristico Domiciliare Cervignano del Friuli-Palmanova	Visto il piano attuativo locale 2019 approvato con DDG n. 181 del 23/03/2019 che prevede, in particolare la prosecuzione degli obiettivi di miglioramento dell'attività delle cure palliative attraverso la previsione dell'assistenza garantita sulle 12 ore si ritiene di estendere l'orario del servizio infermieristico domiciliare anche nelle giornate del sabato, domenica e festivi infrasettimanali.	Evidenza dell'attività assistenziale effettuata nelle giornate dei sabati, domeniche e festivi infrasettimanali anno 2019.	obiettivo raggiunto
37	Distretto Sanitario Est Punto Unico di Accesso	Il Punto Unico di Accesso è stato attivato alla fine del 2014. Durante questi anni il PUA ha svolto azioni di regia nelle dimissioni dei pazienti dagli ospedali e ha mantenuto il coordinamento dei casi difficili sul territorio. Alla luce dell'introduzione e il coinvolgimento degli operatori del Punto Unico di Accesso nei percorsi di presa in carico in merito all'attività di Medicina d'Iniziativa e alla gestione delle pratiche inerenti l'AFIR si rende necessaria la revisione di alcuni percorsi ai fini del miglioramento del servizio all'utenza e del corretto impiego delle risorse in termini di efficacia ed efficienza. Per questa ultima attività il PUA ha una collaborazione importante da parte dei coordinatori dei SID distrettuali.	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza della partecipazione di almeno il 50% degli infermieri dedicati alla funzione del Punto Unico di Accesso al percorso formativo sul campo PDTA scompenso cardiaco e rilevazioni delle segnalazioni ricevute e trasmesse agli infermieri (di comunità/AFT) competenti per territorio. - Evidenza degli audit effettuati durante l'anno attraverso i verbali redatti di dimissioni complesse - Evidenza di una procedura interna distrettuale sulle modalità di attivazione e gestione AFIR e alcuni presidi riguardanti la protesica (es cateteri vescicali, condom, dispositivi per diabetici). 	obiettivo raggiunto
38	Distretto Sanitario Est Servizio Infermieristico Domiciliare Cervignano del Friuli-Palmanova	I servizi infermieristici domiciliari utilizzano per la presa in carico dei pazienti complessi la valutazione multidimensionale attraverso la scheda Val.Graf. Nel 2018 è stata introdotta la nuova versione dello strumento. Durante il 2019 si prevede la formazione specifica di tutto il personale operante nei SID del Distretto Est e la somministrazione agli utenti complessi in carico ai servizi.	Evidenza della partecipazione alla FSC Val.Graf degli operatori coinvolti nella somministrazione all'utente a all'implemento dei dati a sistema. Evidenza dell'utilizzo della Val.graf per le valutazioni delle prese in carico complesse	obiettivo raggiunto
39	Distretto Sanitario Est Ambulatorio Distrettuale	Il programma regionale di odontoiatria, non solo sociale, ma di rilevanza per la salute pubblica, ha come punti cardine la tutela della salute, con l'attuazione di programmi di prevenzione destinati alla popolazione pediatrica, la gestione delle urgenze odontostomatologiche, l'assistenza odontoiatrica a soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria/sociale. Tale	Valore degli indicatori assistenziali/attività uguale o migliore del 2018	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
		programma regionale ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini accessibilità, continuità ed efficacia delle cure. In questa ottica si rende necessario il mantenimento delle attività già erogate nel 2018 a fronte delle carenze di personale.		
40	Distretto Ovest e Distretto Est	Mantenimento dell'attività PUA da parte delle SRD distrettuali al fine di garantire la continuità Ospedale/Territorio a fronte dell'attuale situazione di carenza di organico assegnato ai suddetti distretti.	n. verbali compilati per continuità riabilitative durante l'anno 2019. rilevazione presenza del fisioterapista all'incontro settimanale presso i vari reparti ospedalieri/rsa, nonché all'attività integrata e multidisciplinare al PUA durante l'anno 2019	obiettivo raggiunto
41	Distretto Ovest e Distretto Est	Attivazione della seconda sede di Riabilitazione Comunitaria "Fisioterapista di Comunità" a Fiumicello o a Lignano Sabbiadoro	Evidenza accordo con il comune Apertura servizio entro 30 novembre 2019	obiettivo raggiunto
42	Neuropsichiatria Infantile	Ridurre l'accesso alla SOC NPI presso gli ambulatori di fisioterapia, di bambini con plagiocefalia e asimmetria posturale capo/collo, attraverso percorsi di prevenzione specifici e conseguente riduzione della lista d'attesa per le altre patologie.	Report dei dati analizzati Documento di sintesi relativo agli incontri svolti contenente proposte di attività di prevenzione delle patologie suddette mirate all'interno del percorso nascita.	obiettivo raggiunto
43	Neuropsichiatria Infantile	Costruzione e sperimentazione di un data base relativo ai nuovi accessi alla SOC NPI sede di Gorizia anno 2019	costruzione del data base individuazione variabili statistiche	obiettivo raggiunto
44	Neuropsichiatria Infantile	Garantire per tutte le sedi della SOC Neuropsichiatria Infantile dei quattro Distretti Sanitari (Basso Isontino - Alto Isontino Est e Ovest) il fabbisogno e l'approvvigionamento dei materiali quali test, volumi e servizi al fine di permettere l'attuazione dei percorsi diagnostici ed approfondimenti clinici per i medici, gli psicologi e tutto il personale della riabilitazione.	Inoltro delle richieste all'ufficio amministrativo (uff. acquisti) entro giugno/ luglio 2019. Verifica dei materiali richiesti al momento della consegna.	obiettivo raggiunto
45	Neuropsichiatria Infantile	Sostegno alla neo genitorialità	evidenza dell'utilizzo della scheda pre-assesment su tutti i casi segnalati; visite domiciliari congiunte (assistente sociale-ostetrica) su tutti i casi segnalati; evidenza di predisposizione del progetto personalizzato a favore delle situazioni familiari vulnerabili.	obiettivo non rendicontato (non raggiunto)
46	Neuropsichiatria Infantile	Presa in carico prioritaria dei bambini che frequentano l'ultimo anno della scuola d'infanzia (5-6 anni) finalizzata alla promozione di competenze specifiche e conseguente riduzione della lista d'attesa.	presa in carico di un minimo di 60 casi in totale nelle sedi della NPI	obiettivo raggiunto
47	Dipendenze area Bassa Friulana	Elaborazione di tutti gli elementi necessari per l'applicazione del Decreto del Presidente della Regione del 19 marzo 2018 n°57 <<Regolamento per l'attivazione di tirocini extracurricolari ai sensi dell'articolo 63 della legge regionale 9 agosto 2005, n.18 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro)>>.	Documento contenente la modulistica prodotta e gli steps necessari ad avviare un tirocinio lavorativo	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
48	Dipendenze area Bassa Friulana	Offrire la somministrazione della scheda di accesso specifica all'utenza nuova in carico e in riaccoglienza con problematiche di uso di abuso di alcool e sostanze illegali. La scheda è stata estrapolata dalla scheda ASI (Addiction Severity Index) ed adattata alle esigenze della Struttura. La somministrazione della scheda permette di valutare tempestivamente il grado di dipendenza.	Report finale con indicato il numero dei nuovi in carico, delle riaccoglienze e il numero di utenti ai quali è stata somministrata la scheda.	obiettivo raggiunto
49	Dipendenze	Attivazione di azioni propedeutiche allo scorporo dei servizi per le dipendenze della AAS2 e l'integrazione con i corrispondenti servizi dei ASUIUD e ASUITS	Evidenza del documento finale Area Isontina Evidenza documento finale Area Bassa Friulana	obiettivo raggiunto
50	Cure Palliative	Percorso formativo per ICA e PUA specifico Cure Palliative e loro attivazione	produzione di documentazione aziendale atta favorire l'individuazione corretta del paziente e il coinvolgimento del MMG in fase predimissione al fine di ottimizzare la continuità Evidenza di due incontri formativi con ICA e PUA per proposta della documentazione prodotta	obiettivo raggiunto
51	Cure Palliative	Ambulatorio Cure Palliative	n. di visite totali effettuate (non inferiore a 80 visite anno)	obiettivo raggiunto
52	Csm di Palmanova – Csm Alto Isontino – Csm 24 ore di Latisana	Attivazione di un programma per Autori di Violenza nelle relazioni affettive	Evidenza dell'avvio dello sportello Evidenza di un percorso e dell'attività svolta	obiettivo raggiunto
53	Centro Di Salute Mentale 24 Ore Palmanova	Dalla cura dell'individuo alla cura dei contesti	Partecipazione alle riunioni della consulta del Welfare di Campolongo-Tapogliano e Aiello; Partecipazione al gruppo operativo del progetto “Comunità competenti” Partecipazione agli incontri organizzativi Presentazione agli interlocutori già individuati nel progetto 2019 per i comuni di Bagnaria Arsa, Trivignano Udinese e S.ta Maria la Longa.	obiettivo raggiunto
54	Centro Di Salute Mentale 24 Ore Latisana	Traumaticità dei territori e la violenza nelle relazioni affettive	Almeno 2 incontri per aree territoriali per un totale di 6 incontri con le Comunità afferenti al Csm di Latisana cercando di coinvolgere tutti e 13 i Comuni. Presentazione dello sportello dedicato. Verbale di tutti gli incontri e relazione finale dell'attività svolta.	obiettivo raggiunto
55	Anestesia e Rianimazione Gorizia e Monfalcone	Attivazione dei gruppi di lavoro, condivisione dei documenti esistenti, sintesi ed elaborazione di un documento unico finalizzato alla standardizzazione delle informazioni utili e necessarie in occasione del trasferimento dei soggetti tra tre Rianimazioni.	Attivazione dei gruppi di lavoro, condivisione dei documenti esistenti, sintesi ed elaborazione di un documento unico finalizzato alla standardizzazione delle informazioni utili e necessarie in occasione del trasferimento dei soggetti tra tre Rianimazioni.	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
56	SC Anestesia e Rianimazione /UCIC sede Monfalcone	Copertura notturna Recovery Room: Durante i prossimi lavori di rinnovo e ampliamento della Rianimazione di Monfalcone (che prevedono la chiusura degli attuali 4 posti per circa 5 settimane), potrebbe essere necessaria l'occupazione di un posto letto in Recovery Room per la gestione di pazienti intensivi in caso di irreperibilità di altre allocazioni. Il progetto ha l'obiettivo di formare e addestrare il personale infermieristico per la gestione dei pazienti in tale ambito. Attualmente solo 2 operatori sono formati per l'assistenza in Recovery Room a fronte di un pool iniziale di 5 infermieri, che si è ridotto a 2 per trasferimenti presso altre strutture.	Assistenza infermieristica garantita nelle ore notturne per la gestione di un caso in Recovery Room durante il periodo di chiusura della Rianimazione per i lavori di ampliamento dei posti letto. (Report turni effettuati)	obiettivo non rendicontato (non raggiunto)
57	Cardiologia sede Gorizia	Percorso formativo di miglioramento ed efficacia alla luce di nuove procedure: studio elettrofisiologico, ablazione, impianti di device biventricolari, stimolazione his e monitoraggio remoto dei device.	Evidenza di un piano formativo coerente. Avviato percorso formativo personale comparto di Cardiologia Monfalcone - Gorizia sede di Gorizia.	obiettivo raggiunto
58	Cardiologia sede Monfalcone	Assistenza infermieristica al paziente sottoposto a test da sforzo Cardiopolmonare : formazione presso il centro cardiovascolare di Trieste	Evidenza della formazione del personale presso il centro cardiovascolare di Trieste: 5 esami eseguiti dopo formazione	obiettivo raggiunto
59	Cardiologia sede Gorizia	Attività di follow-up, ambulatoriale e in remoto, dei pazienti portatori di dispositivi cardiaci elettronici impiantabili (pacemaker, defibrillatori, loop recorder).	Circa 700 controlli ambulatoriali all'anno e circa 250 pazienti in controllo remoto.	obiettivo raggiunto
60	Anestesia e Rianimazione Monfalcone	Accesso Venoso Centrale in Cure Palliative (stima proxy 50 casi)	Indicatori di risultato: -n° soggetti cui è stato posizionato un accesso vascolare centrale arruolati nel Percorso Cure Palliative -attivazione di un registro dei casi finalizzato alla definizione epidemiologica del fenomeno (patologia, indicazioni e tempi di attesa al posizionamento, device posizionato, outcomes clinici e procedurali – infezioni/occlusioni del device). - Incidenza di infezioni/occlusioni del CVC nel periodo di osservazione.	obiettivo raggiunto
61	Anestesia e Rianimazione Monfalcone/Blocco Operatorio	Istituzione di un servizio APS (Acute Pain Service) per la valutazione e il trattamento del dolore acuto postoperatorio.	- Valutazione di almeno 300 pazienti - Esecuzione di almeno 1000 valutazioni nel corso dell'anno Dati rilevati dalle schede di valutazione conservate presso il Blocco Operatorio	obiettivo parzialmente raggiunto al 97,6% (in proporzione ai risultati raggiunti)
62	DMO GoMonf	Accesso agli animali d'affezione per l'interazione con le persone ricoverate all'interno del presidio ospedaliero, in linea con la LR. 20/12 art.21 comma 4.	Esistenza di un regolamento ospedaliero per l'accesso degli animali d'affezione come da indicazioni LR. 20/2012;	obiettivo raggiunto
63	DMO GoMonf sede di Monfalcone	Consolidare e condividere i parametri di attivazione e i vari percorsi per la domiciliarizzazione del paziente con fragilità nei reparti in cui l'ICA è presente per la sola consulenza (Terapia Intensiva Cardiologica, Rianimazione e Pronto Soccorso)	- Corso di formazione per gli operatori delle strutture interessate ; - Segnalazione precoce del paziente fragile con conseguente ottimizzazione dei tempi di degenza; - produzione di un documento sui percorsi corretti; - numero di chiamate non conformi sono inferiori al 25% del totale delle chiamate	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
64	DMO GoMonf sede di Gorizia	Consolidare e condividere i parametri di attivazione e i vari percorsi per la domiciliarizzazione del paziente con fragilità nei reparti in cui l'ICA è presente per la sola consulenza (UCIC/Cardiologia, Pediatria, Medicina riabilitativa.)	- Corso di formazione per gli operatori delle strutture interessate ; - Segnalazione precoce del paziente fragile con conseguente ottimizzazione dei tempi di degenza; - produzione di un documento sui percorsi corretti; - numero di chiamate non conformi sono inferiori al 25% del totale delle chiamate	obiettivo parzialmente raggiunto al 80% (in proporzione all'attività svolta)
65	Materno Infantile /Pediatria	Inserimento dati neonatali nell'applicativo Burlo.	Evidenza dell'attività svolta (creazione scheda individuale, inserimento risultati degli screening, inserimento esito ABR e segnalazione visita audiologica, chiusura schede e individuazione referenti per controllo cartelle.	obiettivo raggiunto
66	Dipartimento Medico/piastra ambulatoriale Gorizia	Corretta procedura percorso invio campioni biologici presso il Centro prelievi esterni laboratorio di Gorizia/Monfalcone	Corretto percorso attivato per almeno 250 prelievi biologici (bronco aspirato, esame culturale tampone piede diabetico, esame microbiologico su lesioni dermatologiche)	obiettivo raggiunto
67	Dipartimento Medico/Diabetologia Monfalcone	Corretta procedura percorso invio campioni biologici presso il Centro prelievi esterni laboratorio di Gorizia/Monfalcone	Corretto percorso attivato per almeno 250 prelievi biologici (bronco aspirato, esame culturale tampone piede diabetico, esame microbiologico su lesioni dermatologiche)	obiettivo raggiunto
68	Dipartimento Chirurgico - area degenza Monfalcone	Qualificazione ulteriore dell'assistenza erogata nell'area di degenza legata anche alla differenziazione e all'incremento dell'attività chirurgica (piede diabetico, riduzione dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia - PAL 2019)	Il personale dell'area di degenza chirurgica dell'ospedale ha : - avviato un programma di riorganizzazione delle attività - sviluppato protocolli comuni all'interno del dipartimento - supportato l'incremento e la modifica dell'attività chirurgica -monitoraggio segnalazioni di errore (rischio clinico)	obiettivo raggiunto
69	Dipartimento Chirurgico - area degenza Gorizia	Qualificazione ulteriore dell'assistenza erogata nell'area di degenza legata anche alla differenziazione e all'incremento dell'attività chirurgica (chirurgia urologica, senologica e bariatrica) . Ridefinizione dei criteri di suddivisione dei pazienti. tra la sezione long surgery e week surgery. Inoltre va considerato l'impegno affrontato ogni fine settimana per garantire il modello scelto.	Il personale dell'area di degenza chirurgica dell'ospedale ha : - avviato un programma di riorganizzazione delle attività - sviluppato protocolli comuni all'interno del dipartimento - monitoraggio segnalazioni di errore (rischio clinico) - rivisti assieme ai direttori medici responsabili i criteri di distribuzione dei pazienti nelle due aree .	obiettivo raggiunto
70	Blocco Operatorio Gorizia	La riorganizzazione dell'attività chirurgica all'interno dell' ASS2 “Bassa Friulana-Isontina” è legata anche alla differenziazione e all'incremento degli interventi complessi di Urologia. Esiste la necessità di mantenere l'attività chirurgica e affrontare il protrarsi delle sedute operatorie per gli interventi di cistectomia.	-evidenza della presenza del personale di sala con codice timbratura per prolungamento sedute	obiettivo non raggiunto (attività non svolta)
71	Blocco Operatorio Gorizia	Esiste la necessità di mantenere l'attività chirurgica con il numero adeguato di sedute operatorie anche in carenza di organico..	- garanzia del numero di sedute operatorie pari al 2018 - mantenimento attività chirurgica (valore 2018).	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
72	Blocco Operatorio Monfalcone	La riorganizzazione dell'attività chirurgica all'interno dell'ASS2 "Bassa Friulana-Isontina" è legata anche alla differenziazione e all'incremento degli interventi complessi. Esiste la necessità di mantenere l'attività chirurgica anche con il protrarsi delle sedute operatorie per le varie specialità.	evidenza della programmazione di sedute prolungate più volte alla settimana in base ai programmi operatori delle varie specialità.	obiettivo raggiunto
73	Chirurgia Gorizia e Monfalcone	mantenimento dei livelli di attività del team bariatrico (infermieri, dietiste, medici, psicologa) dal percorso assistenziale al trattamento chirurgico dell'obesità patologica	Miglior compliance nel pre e post operatorio; mantenimento dell'attività ambulatoriale mediante l'impiego di personale infermieristico da dedicare all'attività per il trattamento pre-intervento di chirurgia bariatrica, per l'assistenza durante la degenza ospedaliera e per il controllo post-operatorio; Consolidamento degli incontri di gruppo per pazienti post-intervento.	obiettivo raggiunto
74	Blocco Operatorio Monfalcone	Mantenimento ed incremento dell'attività chirurgica. Garanzia attività peri e intraoperatoria per gli interventi di laringectomia.	evidenza della presenza del personale di sala con codice timbratura per prolungamento sedute ORL -monitoraggio ore di presenza equipe infermieristica	obiettivo raggiunto
75	chirurgia Gorizia e Monfalcone sede Gorizia	assicurare l'attività infermieristica nel percorso assistenziale per il trattamento chirurgico del tumore alla mammella in carenza d'organico	evidenza di un percorso strutturato per la paziente con tumore alla mammella. assicurare la presenza infermieristica nell'ambulatorio senologico nel 100% delle sessioni di ambulatorio	obiettivo raggiunto
76	chirurgia Gorizia e Monfalcone	assistenza e riabilitazione completa dei pazienti dimessi portatori di colostomie e follow-up stomale con particolare riguardo all'educazione sanitaria, alla prevenzione e al trattamento delle complicanze stomali tardive, irrigazione didattica delle colostomie con personale formato	sono seguiti almeno il 95% dei pazienti operati nel 2018 e portatori di stomia % di complicanze <15%	obiettivo raggiunto
77	Servizio Dietetico	Attività nell'equipe multidisciplinare nel trattamento chirurgico dell'obesità patologica	Aumento del 20% delle prime visite dietistiche e dell'attività ad esse correlate e scelte nel 2018	obiettivo raggiunto
78	Servizio Dietetico	Maggior carico di lavoro e impegno assistenziale in carenza di organico	Evidenza di continuità delle maggiori linee di produzione in essere al 31/12/2018. Contrazione (riduzione o cessazione) non superiore al 30% a fronte di una carenza di organico pari al 40%	obiettivo raggiunto
79	Dipendenze Gorizia Dipendenze Gorizia e Monfalcone Dipendenze Gorizia e Monfalcone Dipendenze Gorizia e Monfalcone	linee di gestione regionali 2019: diffusione del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Garantire all'utenza tossicodipendente che accede all'ambulatorio infermieristico la somministrazione della check list HIV presente nel gestionale MFP5 e il counseling sanitario.	Somministrazione della check-list HIV e del counseling sanitario ad almeno il 10% dell'utenza non testata negli anni precedenti e al 20% dell'utenza nuova in carico.	obiettivo raggiunto
80	Dipendenze sede di Monfalcone	Promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione in accordo con quanto dichiarato nel piano sanitario nazionale, utilizzando modelli e strumenti finalizzati ad implementare la compliance dei pazienti.	evidenza dei test somministrati, degli interventi di gruppo e degli interventi individuali	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
81	Dipendenze sede di Gorizia	Sensibilizzazione, interventi di promozione della salute e prevenzione rispetto a corretti stili di vita. Destinatari: almeno il 50% degli utenti in carico per dipendenze legali alcool e gioco.	per il 50% degli utenti evidenza delle prestazioni relative al counseling, alla rilevazione CO e ai test tossicologici (tratte dalla reportistica presente in MFP5) Almeno due interventi in grande gruppo.	obiettivo raggiunto
82	Dipendenze sede di Gorizia	Sensibilizzazione, interventi di promozione della salute e prevenzione rispetto a corretti stili di vita relativi al consumo di sostanze legali e comportamentali. Destinatari: pazienti in carico al CSM della sede di Gorizia	Calendario degli incontri programmati con il CSM. Report conclusivo.	obiettivo raggiunto
83	SID DBI	Garantire la continuità assistenziale domiciliare a iso risorse (umane) nella riorganizzazione territoriale che ha visto il passaggio del comune di Sagrado dal DAI al DBI.	evidenza del numero utenti presi in carico nel periodo di riferimento, nel territorio del comune di Sagrado	obiettivo raggiunto
84	Servizio PUA Monfalcone	RIDUZIONE DEI TEMPI procedurali finalizzati alla presa in carico dell'utente nei DIVERSI PERCORSI SOCIO-SANITARI	Evidenza delle schede utilizzate per la presa in carico nel periodo temporale di riferimento.	obiettivo raggiunto
85	servizio infermieristico DBI	Monitoraggio INR degli utenti afferenti al DBI in trattamento anticoagulante mediante prelievo capillare al fine di fornire un esito immediato e snellire considerevolmente le procedure di invio del campione in laboratorio e ritiro del referto al CUP	Monitoraggio INR su 30 utenti	obiettivo raggiunto
86	Distretto Alto Isontino	facilitare la comunicazione tra infermiere disease manager, paziente e MMG	Ogni infermiere deve produrre almeno 50 lettere /relazioni di avvenuta valutazione infermieristica per MMG e paziente; evidenza in cartella della lettera/relazione	obiettivo raggiunto
87	Distretto Alto Isontino	Ottimizzare i tempi di attesa presso l'ambulatorio infermieristico nelle due sedi distrettuali di Cormons e Gradisca, massima aderenza alla normativa europea sulla privacy, miglioramento dello strumento (cartella infermieristica) in uso	100% delle prenotazioni in G3 sportello gestite dalle due sedi; 100% degli interventi descritti in G2; produzione di una cartella infermieristica rivisitata.	obiettivo raggiunto
88	Distretto Alto Isontino	Implementare la cartella integrata ADI	creazione schede; corretto utilizzo da parte degli operatori	obiettivo raggiunto
89	Età evolutiva, famiglia e disabilità	sostegno alla neo genitorialità	evidenza dell'utilizzo della scheda pre-assessment su tutti i casi segnalati; visite domiciliari congiunte (assistente sociale - ostetrica) su tutti i casi segnalati; evidenza di predisposizione del progetto personalizzato a favore delle situazioni familiari vulnerabili	obiettivo raggiunto
90	Dipartimento diagnostico - Radiologia Gorizia-Monfalcone	Gestione tecnico sanitaria delle prestazioni urgenti provenienti dalla Medicina di base	analisi rientro a 15 giorni dati di esecuzioni delle indagini eseguite in radiologia	obiettivo raggiunto
91	Dipartimento diagnostico - Radiologia Gorizia-Monfalcone	Continuità dell'attività di front e back office della radiologia di Monfalcone in assenza dell'unico dipendente con qualifica di amministrativo per ferie e /o malattia utilizzando il personale amministrativo della radiologia di Gorizia	viene garantita sempre l'apertura dello sportello accettazione	obiettivo raggiunto
92	Dipartimento diagnostico - Radiologia Gorizia-Monfalcone	riorganizzazione della turnazione infermieristica modulata sulle 12 ore e su 6 giorni alla settimana a supporto dell'attività diagnostica, TAC, eco e interventistica, assistenza ai pazienti critici dei reparti di degenza e pronto soccorso	turni personale infermieristico, evidenza della copertura dei pomeriggi nella sede di Monfalcone e dei sabati nella sede di Gorizia	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
93	Blocco Operatorio Gorizia	Mantenimento dell'attività di prelievo di organi presso l'ospedale di Gorizia in sintonia con le direttive del Centro Regionale Trapianti: attivazione di un equippe di 3 infermieri ed 1 oss in tutti i casi di intervento chirurgico per prelievo multiorgano presso il Blocco Operatorio dell'ospedale di Gorizia	evidenza dell'attivazione di un equippe di 3 infermieri ed 1 oss in tutti i casi di intervento chirurgico per prelievo multiorgano presso il Blocco Operatorio dell'ospedale di Gorizia con timbratura	obiettivo raggiunto
94	Medicina Generale di Gorizia	Gestione Infermieristica in equippe per la dimissione della Persona con patologia cronica e conseguente mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	Analisi quali-quantitativa rericovero eventuale a 15 gg, Implementazione integrazione rete domiciliare, epicrisi infermieristica alla dimissione mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale	obiettivo raggiunto
95	Medicina Generale di Monfalcone	Migliorare il processo assistenziale del paziente ricoverato attraverso l'identificazione/segnalazione dei bisogni infermieristici alla dimissione, educando verso comportamenti/abitudini di vita corretti, tesi a migliorare lo stato della persona mantenendo dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale. Numero di schede infermieristiche alla dimissione prodotte	obiettivo raggiunto
96	RSA Gorizia e Cormons	Le linee annuali per la gestione del SSR individuano le Attività Distrettuali a supporto delle cure a lungo termine strategiche per l'anno 2019, l'accoglimento in RSA di persone con pluripatologie richiede la formulazione di piani di assistenza e cura personalizzati e condivisi tra gli operatori mantenendo i livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale, Evidenza in cartella della compilazione dei PAI/PRI.	obiettivo raggiunto
97	RSA Monfalcone	ATTIVITA' OCCUPAZIONALE RIVOLTA AL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA e mantenimento dei livelli degli indicatori di qualità assistenziale a fronte della complessità della casistica trattata e dell'elevato turn over del personale	mantenimento o miglioramento degli indicatori di qualità assistenziale rispetto agli standard regionale, Ridurre le fughe dal reparto e razionalizzare il tempo dedicato a iso risorse, in N. 3 pazienti con demenza, misurando l'esito attraverso una scheda di valutazione.	obiettivo raggiunto
98	trasversale	assicurare il mantenimento della funzione di medicina dello sport	evidenza delle prestazioni erogate al di fuori del orario istituzionale di servizio (remunerazione secondo nota prot. 42489/17 del 18/07/2017)	obiettivo raggiunto
99	Pronto Soccorso Monfalcone	Gestione, Accoglimento e Percorso assistenziale in PS	riduzione del tasso di abbandono prima della visita medica del 10% rispetto al dato 2018	obiettivo raggiunto
		<i>Razionale:</i>	raggiungimento della qualità percepita, su una scala da 1 a 5, di un punteggio pari o superiore a 4 in almeno l'80% dei questionari consegnati alla dimissione OBI (mediante scala di Likert dove 1=pessimo, 5=ottimo)	obiettivo raggiunto
		Assicurare, anche nelle attuali condizioni di sovraffollamento, un'immediata accoglienza al Triage (anche aumentando il numero dei Percorsi brevi) e un adeguato livello di assistenza agli utenti in attesa di visita medica, di completamento prestazioni, di ricovero ospedaliero o trattenuti in Osservazione Breve Intensiva	elaborazione di almeno un protocollo interno con indicazione dei criteri di esclusione	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
100	Pronto Soccorso Gorizia	Mantenimento dell'attività di Medicina d'urgenza (DESI-GO) per gli utenti che necessitano di un ricovero e/o di utenti trattenuti per l'osservazione breve ed intensiva e utilizzo dei percorsi brevi.	evidenza dell'attività di ricovero diretto (PS- Medica d'urgenza) ed accoglimento dalle UO delle SC di GO – MO per la Medicina d'urgenza.	obiettivo raggiunto
	Pronto Soccorso Gorizia	<i>Razionale:</i>	Evidenza dell'attività di dimissione	
	Pronto Soccorso Gorizia	Assicurare, anche nelle attuali condizioni di sovraffollamento, un'immediata accoglienza al Triage (anche aumentando il numero dei Percorsi brevi) e un adeguato livello di assistenza agli utenti in attesa di visita medica, di completamento prestazioni, di ricovero ospedaliero o trattenuti in Osservazione Breve Intensiva	Evidenza dell'attività di trasferimento in regime di ricovero verso UO di GO- MO	
101	Pronto Soccorso Gorizia	Anche in condizioni di carenza di organico mantenimento del supporto all'attività di controllo e verifica nella gestione dei flussi di approvvigionamento settimanale della SC di PS – Medicina d'urgenza nonché dei flussi verso gli enti convenzionati del soccorso territoriale. Supporto all'accoglimento degli utenti non autosufficienti in arrivo al PS.	Mantenimento standard di supporto e assistenza	obiettivo raggiunto
102	Centro salute mentale sede Monfalcone	Organizzare la gestione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati attraverso l'introduzione del case-,manager	Compilazione e invio delle 35 schede riassuntive HoNOS entro luglio 2019. Definizione del case manager per tutti PTRP in essere nel 2019	obiettivo raggiunto
103	Dipartimento di Salute Mentale – Direzione	Attivazione dei tirocini inclusivi in favore di persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari	attivazione di almeno 20 tirocini inclusivi (5 per ogni CSM)	obiettivo raggiunto
104	trasversale	garantire l'assistenza infermieristica in casa circondariale (17:00-19:00) per 7 gg settimana ai fini della somministrazione della terapia	evidenza della copertura assistenziale in casa circondariale nella fascia oraria 17:00-19:00 per 7 gg settimana	obv non rendicontato (non raggiunto)
105	trasversale	assicurare le commissioni inps	evidenza dell'attività svolta al fine di assicurare la regolare realizzazione delle commissioni INPS (valorizzazione: 50€ a seduta fino ad un massimo complessivo di 200 sedute aggiuntive)	obiettivo raggiunto
106	Psal	Gestione operativa delle attività inerenti le problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, afferenti alle attività di bonifica dei materiali contenenti amianto.	evidenza dell'attività di tutoraggio e affiancamento nella comune pratica quotidiana del comparto di riferimento, al fine di rendere il personale di recente assunzione autonomo. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta tramite compilazione di un registro di Servizio, riportante le ore e l'attività svolta, vidimata dal Direttore del Servizio.)	obiettivo raggiunto
107	Psal	Gestione operativa delle attività inerenti le problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, afferenti alla cantieristica navale	evidenza dell'attività di tutoraggio e affiancamento nella comune pratica quotidiana del comparto di riferimento, al fine di rendere il personale di recente assunzione autonomo. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta tramite compilazione di un registro di Servizio, riportante le ore e l'attività svolta, vidimata dal Direttore del Servizio.)	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
108	Psal	Valutazione ed espletamento delle attività inerenti i piani di bonifica amianto compatto	evidenza del recepimento, registrazione e valutazione dei piani di bonifica di amianto compatto. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta sul portale di gestione Me.La.)	obiettivo raggiunto
109	Psal	Gestione operativa delle attività inerenti le problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, afferenti al comparto agricoltura.	evidenza dell'attività di tutoraggio e affiancamento nella comune pratica quotidiana del comparto di riferimento, al fine di rendere il personale di recente assunzione autonomo. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta tramite compilazione di un registro di Servizio, riportante le ore e l'attività svolta, vidimata dal Direttore del Servizio.)	obiettivo raggiunto
110	Psal	Gestione operativa delle attività inerenti le problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, afferenti al comparto edile.	evidenza dell'attività di tutoraggio e affiancamento nella comune pratica quotidiana del comparto di riferimento, al fine di rendere il personale di recente assunzione autonomo. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta tramite compilazione di un registro di Servizio, riportante le ore e l'attività svolta, vidimata dal Direttore del Servizio.)	obiettivo raggiunto
111	Psal	Gestione operativa delle attività inerenti le problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, afferenti alle attività portuali e della piccola cantieristica da diporto.	evidenza dell'attività di tutoraggio e affiancamento nella comune pratica quotidiana del comparto di riferimento, al fine di rendere il personale di recente assunzione autonomo. (Verifica mediante la registrazione dell'attività svolta tramite compilazione di un registro di Servizio, riportante le ore e l'attività svolta, vidimata dal Direttore del Servizio.)	obiettivo raggiunto
112	Psal	Collaborare alla realizzazione del progetto "Marine da Diporto": Realizzare un'attività di ricognizione delle marine da diporto e dei piccoli cantieri nautici, tramite compilazione di appositi questionari.	Evidenza dei questionari raccolti e del report finale	obiettivo raggiunto
113	trasversale	prosecuzione dell'attività Erica nei Distretti est, ovest, alto e basso isontino	evidenza della prosecuzione dei gruppi Erica e dell'attività valutativa e di monitoraggio	obiettivo raggiunto
114	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	gestione nuove competenze assegnate alla SC GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI in merito alle acquisizioni di apparecchiature biomedicali ai sensi della nota prot. 70402 del 20.11.2018: applicazione del nuovo codice dei contratti per le procedure di gara per acquisizione di apparecchiature elettromedicali con incontri sia a livello Arcs che aziendale per pianificazione e progettazione delle esigenze aziendali	Evidenza espletamento di almeno 5 procedure di gara con affidamento della fornitura	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
115	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	collaborazione con ASUITS e IRCSS Burlo al fine di predisporre un unico documento tecnico di gara volto alla indizione da parte di ARCS della nuova procedura per l'affidamento del servizio di ristorazione destinato alla costituenda ASUGI, frutto del processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR previsto dalla LR n. 27 del 17.12.2018: raccolta delle esigenze delle diverse Aziende, individuazione dei locali messi a disposizione per l'esecuzione del servizio, stesura dell'elenco delle apparecchiature da sostituire/integrare, elaborazione congiunta con le Aziende coinvolte del documento tecnico di gara, nonché del capitolato speciale.	Lettera attivazione procedura appalto	obiettivo raggiunto
116	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	Gestione dell'attività contrattualistica di materiale protesico relativo all'Ospedale Unico di Palmanova e Latisana per sopperire a carenze organiche di personale assegnato al magazzino di Palmanova: garantire il proseguimento dell'attività contrattualistica di materiale protesico relativo all'Ospedale Unico di Palmanova e Latisana per sopperire alle carenze organiche di personale assegnato al magazzino di Palmanova.	Puntuale e costante reintegro dei conti deposito (ordini in ascot)	obiettivo raggiunto
117	SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale	Nuovo applicativo regionale per la gestione giuridica ed economica del personale convenzionato: Partecipare al percorso di rinnovamento del sistema di gestione giuridica e economica del personale convenzionato aderendo alle iniziative indette dalla Direzione centrale salute ed INSEL. Il referente individuato per l'AAS 2 parteciperà ai gruppi di lavoro istituiti dalla DCS e svolgerà tutte le attività di analisi dei processi del nuovo applicativo gestionale e di valutazione delle voci da utilizzare ai fini giuridici ed economici.	Evidenza dei lavori svolti dal gruppo tecnico	obiettivo raggiunto
118	SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale	Gestione procedure per l'abilitazione del personale convenzionato all'utilizzo dei sistemi operativi e degli applicativi informatici regionali/aziendali utilizzati dai sanitari della medicina convenzionata: abilitazione al sistema di servizio di pubblica connettività (SPC) in caso di nuovi incarichi o di trasferimento degli studi professionali da parte di MMG e PLS; Richiesta di dismissione della linea in caso di trasferimento degli studi professionali o in caso di cessazioni da parte di MMG e PLS; Abilitazioni al portale della cura per MMG, PLS e al registro elettronico per medici di C.A. G.M.T. compresi i sostituti saltuari, ai fini dell'erogazione del compenso aggiuntivo. Gestione delle criticità in corso di utilizzo degli applicativi. Attività propedeutica al rilascio del badge e della carta operatore o per l'abilitazione della tessera sanitaria regionale anche per la parte della medicina specialistica.	Documentazione che attesti l'attività svolta	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
119	SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale	Garantire la gestione degli atti e procedure riguardanti il contenzioso affidato a risorse interne e i rapporti con gli studi legali incaricati esternamente in assenza del Responsabile della SS Ufficio Legale.	1) Mantenimento all'interno patrocinio vertenze in corso garantendo il rispetto dei termini a seconda nei gradi di giudizio fino a chiusura dello stesso 2) Adozione decreto di affidamento all'interno della causa nel I° grado di giudizio e adozione atti per la costituzione in giudizio 3) Predisposizione di pareri interni e adozione dei decreti di affidamento all'esterno delle vertenze; raccolta della documentazione necessaria e gestione dei rapporti con i legali incaricati fino a chiusura dei gradi di giudizio	obiettivo raggiunto
120	SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale	Definizione degli atti ed adempimenti amministrativi riferiti alle procedure di scorporo delle funzioni sanitarie ed amministrative/tecniche dell'AAS n. 2 in applicazione della LR n. 27/2018. 1) Revisione dei documenti AAS2 e ASUTS per uniformare relativa disciplina. 2) Elaborazione documenti finalizzati allo scorporo funzioni verso i nuovi enti ASUFC e ASUGI dei sanitaria convenzionati compresi le risorse e i fondi ACN; le convenzioni in atto con le strutture pubbliche e private accreditate comprese le risorse; i sinistri aperti sulle compagnie assicurative e le vertenze radicate nei rispetti gradi di giudizio	Evidenza bozze regolamenti inoltrate alla Direzione amministrativa; Evidenza documenti finalizzati allo scorporo funzioni di cui al punto 2).	obiettivo raggiunto
121	SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale- CEFORMED	Costruzione e gestione interna sito internet CEFORMED	Disdetta del sito esterno e chiusura del rapporto contrattuale. Costruzione sezione CEFORMED nel sito aziendale. Trasposizione dei contenuti dal vecchio al nuovo sito. Abilitazione del personale afferente al CEFORMED e formazione dello stesso alla pubblicazione. Incremento e costante aggiornamento dei contenuti e pubblicazione della programmazione annuale	obiettivo raggiunto
122	Direzione amministrativa ospedaliera - Gorizia Monfalcone	Decreto ministero dell'economia e delle finanze 11 dicembre 2009- verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite il supporto del sistema tessera sanitaria (ts)	Evidenza dell'invio di almeno n. 400 avvisi bonari in raccomandata A/R riguardanti posizioni mendaci segnalate dal Sistema TS per esenzioni età e reddito. Verifica posizione contestata e rapporti con utente moroso.	obiettivo non raggiunto
123	Direzione amministrativa ospedaliera - Gorizia Monfalcone e Latisana e Palmanova	Recupero crediti ticket ospedali Latisana-Palmanova	Sono inviate il 100% delle diffide in raccomandata A/R agli utenti morosi per ticket riguardanti l'Ospedale di Palmanova-Latisana per gli anni 2015-2016-2017-2018	obiettivo raggiunto
124	Direzione amministrativa ospedaliera - Gorizia Monfalcone e Latisana e Palmanova	Attività di gestione operativa centralini/portinerie dei 4 poli ospedalieri	E' svolta l'attività di predisposizione turnistica mensile e di eventuale revisione per la garanzia del servizio di centralino/portineria nei quattro poli ospedalieri ed il controllo degli orari del personale afferente Evidenza della attività svolta con relazione.	obiettivo raggiunto
125	Direzione amministrativa ospedaliera - Latisana e Palmanova	Attività relative alla gestione operativa servizi CUP	E' svolta l'attività di predisposizione turnistica e verifica oraria per ciascun servizio CUP per i Presidi di Palmanova-Latisana	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
126	Direzione amministrativa ospedaliera - Gorizia Monfalcone	Garanzia del servizio di trasporto in carenza d'organico	Garanzia del servizio di trasporto area isontina. Rispetto della consegna prelievi urgenti, sacche di sangue, piastrine e ritiro referti urgenti e CD anche in urgenza.	obiettivo raggiunto
127	SC economico finanziaria	Partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati alla configurazione e avviamento dei nuovi gestionali	Partecipazione ad almeno 80 % degli incontri	obiettivo raggiunto
128	SC economico finanziaria	Supporto nella sostituzione POS su linea telefonica con POS su rete Ethernet (pianificazione interventi, coordinamento strutture e analisi soluzioni operative sulla gestione dei conti correnti dedicati) e Supporto nell'estensione del sistema di prenotazione e pagamento prestazioni presso le farmacie	Report sostituzione tecnologia POS Definizione rapporti con la tesoreria in merito all'articolazione dei conti tecnici per le necessarie attività di riconciliazione contabile delle somme incassate per il tramite delle farmacie	obiettivo raggiunto
129	SC economico finanziaria	Verifica delle posizioni debitorie ed attribuzione alle costituenti Aziende ex LR 27/2018	Verifica dei documenti annotati a tutto il 31.10 ed ancora pendenti (non pagati/incassati), codificati con "etichetta" dell'azienda di destinazione per favorire l'attribuzione ai singoli nuovi enti qualora non pagati/incassati alla data dell'operazione di riorganizzazione aziendale	obiettivo raggiunto
130	SC economico finanziaria	Supporto alla struttura Dipartimento di Prevenzione nell'avvio della fatturazione elettronica con il gestionale "Sicer"	Report da sistema gestionale "Sicer"	obiettivo raggiunto
131	SC economico finanziaria	Supporto nelle procedure di rendicontazione del CEFORMED	Supporto in fase di chiusura contabile dell'esercizio amministrativo	obiettivo raggiunto
132	SC gestione patrimoniale e tecnologie	Realizzazione di un impianto controllo pazienti nelle RSA di Gorizia, Monfalcone, Palmanova	realizzazione degli impianti e consegna braccialetti entro il 30/09/2019	obiettivo raggiunto
133	SC gestione patrimoniale e tecnologie	Distribuzione del parco auto nelle due realtà aziendali	Proposta di documento di suddivisione del parco auto sulla base dei criteri definiti nel documento di scorporo entro il 30.11.2019	obiettivo raggiunto
134	SC gestione patrimoniale e tecnologie	Suddivisione dei budget per la nuova organizzazione	Creazione di budget appositi per suddividere azienda e suddivisione dei contratti comuni per le 2 future aziende (Stampa budget entro il 31/12/2019)	obiettivo raggiunto
135	SC Investimenti per lo sviluppo edilizio ed impiantistico	Riallineamento dei finanziamenti a seguito delle mutate esigenze aziendali.	Compilazione delle schede di aggiornamento degli interventi con mutata finalizzazione in accordo con la DRS entro il 30/10/2019	obiettivo raggiunto
136	Servizio farmaceutico aziendale	Riattivazione segreteria Commissione art. 10 DPR 371/98 sul controllo delle ricette spedite dalle farmacie al pubblico.	evidenza della ricezione da parte del presidente della commissione delle note per la prima convocazione della Commissione, entro 31 dicembre 2019.	obiettivo raggiunto
137	Servizio farmaceutico aziendale	Implementazione dell'istruzione operativa interna sulla "liquidazione farmacie"	Entro il 31 dicembre 2019, l'istruzione operativa è redatta, approvata dal Responsabile dell'Area Farmaceutica Territoriale, presentata al personale coinvolto, sottoscritta dagli operatori.	obiettivo raggiunto
138	Servizio farmaceutico aziendale	Aggiornamento delle cartelle delle farmacie e delle altre strutture convenzionate, anche in previsione dello scorporo della AAS2	Entro il 31 dicembre 2019, l'archivio delle farmacie è correttamente ripartito ed è pronto per essere trasferito ai nuovi Enti	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
139	Servizio farmaceutico aziendale	Aggiornamento delle cartelle dei pazienti che richiedono forniture personalizzate di farmaci secondo lo standard 2019 (doppio codice a barre), anche in previsione dello scorporo della AAS2	Entro il 31 dicembre 2019, l'archivio delle farmacie è correttamente ripartito ed è pronto per essere trasferito ai nuovi Enti. Tutte le cartelle paziente sono del tipo "doppio codice a barre"	obiettivo raggiunto
140	Servizio farmaceutico aziendale	Mantenimento delle funzioni di distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo	nessuna interruzione del servizio dal 1 gennaio al 31 dicembre 2019	obiettivo raggiunto
141	SC Servizio infermieristico aziendale	Percorsi di integrazione adempimento l.27/2018:elaborazione di un documento descrittivo per attivare dei percorsi in integrazione con i servizi infermieristici di Asuits e Asuiud a seguito della riforma sanitaria	Presenza del documento descrittivo della struttura (funzionigramma) con evidenza delle macro aree di lavoro	obiettivo raggiunto
142	SC Servizio infermieristico aziendale	Assicurare la continuità dei servizi: Sorveglianza a garanzia di una corretta applicazione dell'istituto. Azioni correttive in caso di eventuali attivazioni improprie dell'istituto. Monitoraggio sull'utilizzo delle risorse economiche stanziate e tempestiva comunicazione agli uffici di competenza di eventuali problematiche. Validazione e trasmissione dei dati agli uffici competenti per la liquidazione del relativo trattamento incentivante nei limiti temporali stabiliti dal regolamento	Evidenza degli invii periodici agli uffici competenti per la corresponsione dei gettoni. Relazione annuale dettagliata che evidenzia: - Numero di dipendenti totali coinvolti per struttura e dipartimento - Numero di cambi totali distinti per struttura e dipartimento - Numero di istituti annuali non in possesso dei requisiti previsti dal regolamento vigente	obiettivo raggiunto
143	SC Servizio infermieristico aziendale	Miglioramento della qualità percepita attraverso la definizione dei percorsi per l'utente esterno che si rivolge ai punti prelievo aziendali in ottemperanza all'applicazione della legge 27/2018	Realizzazione di una Istruzione Operativa con definizione dei percorsi e responsabilità nei campioni più problematici.	obiettivo raggiunto
144	SC Controllo di Gestione	partecipazione ai lavori regionali per la revisione dei sistemi informativi amministrativi	evidenza della partecipazione all'80% degli incontri regionali	obiettivo raggiunto
145	SC Controllo di Gestione	Definizione degli atti ed adempimenti tecnici e amministrativi riferiti alle procedure di scorporo delle funzioni sanitarie ed amministrative/tecniche dell'AAS n. 2 in applicazione della LR n. 27/2018.	Evidenza degli atti e documenti propedeutici allo scorporo	obiettivo raggiunto
146	SPPGA	Implementazione e produzione della cartellonistica aziendale		obiettivo raggiunto
147	Sistema informativo informatico	attuazione della Legge Regionale n. 27/2018	Partecipazione agli incontri interaziendali/regionali organizzati sul tema. Attività di coordinamento e supporto funzionali al riassetto del SSR.	obiettivo raggiunto
148	SSD Libera professione	Aggiornamento e tenuta dei sotto-fascicoli relativi alla libera professione di tutti i dirigenti esercitanti l'ALPI in Azienda, e ad attività svolte dai dirigenti nell'ambito di rapporti convenzionali.	Evidenza dell'aggiornamento dei sotto-fascicoli di tutti i dirigenti coinvolti	obiettivo raggiunto
149	SSD Libera professione	Aggiornamento del database aziendale con gli elenchi dei dirigenti autorizzati all'esercizio dell'ALPI, relative prestazioni, sedi e orari delle stesse, tariffe e personale di supporto	Evidenza dell'aggiornamento della raccolta, elencazione e descrizione di tutta l'ALPI svolta in Azienda	obiettivo raggiunto
150	SS Formazione	Aggiornamento della Banca dati inerente la formazione generale dei dipendenti AAS2 in ottemperanza del Decreto Legislativo n. 81/08	Evidenza della partecipazione alla Formazione obbligatoria del 75% del personale	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
151	dipartimento di prevenzione	assicurare la continuità della funzione amministrativa anche a fronte di carenze d'organico non sostituite	presa in carico delle funzioni amministrative delle SOC Veterinaria A e B, conseguentemente a personale posto in congedo, riorganizzazione del sistema di fatturazione con l'introduzione dell'applicativo SICER riferito alla nuova fatturazione elettronica, gestione univoca dei solleciti relativi a sanzioni e crediti. gestione del pregresso e nuova convenzione con Agenzia delle Entrate Gestione dell'assistenza protesica con relative liquidazioni (relazione del direttore della struttura sul corretto funzionamento delle attività sopra elencate a fronte di carenze d'organico)	obiettivo raggiunto
152	trasversale	Revisione documentazione aziendale e realizzazione Sistema Integrato Qualità Sicurezza Ambiente	Evidenza della presenza di un sistema integrato Qualità Sicurezza Ambiente: documentazione aziendale di qualità aggiornata e pubblicata, documenti di struttura realizzati e pubblicati, guide ai servizi aggiornate e pubblicate, funzionigrammi realizzati e pubblicati, job description realizzata e pubblicata, DVR aggiornato, elenco / scadenziario realizzato	obiettivo raggiunto
153	SC Risorse Umane	Attuazione della Legge Regionale 27/2018: atti propedeutici allo scorporo per favorire il processo istituzionale e organizzativo di riforma tra le aziende ASUFC e ASUGI che integreranno rispettivamente il territorio della Bassa-Friulana e dell'Isontino della AAS2	evidenza degli atti propedeutici allo scorporo con riferimento al censimento del personale sia dal punto di vista giuridico che economico, sistemazione degli archivi, suddivisione dei fascicoli personali, sistemazione dei cartellini, sistemazioni contributive e previdenziali, denunce, accordi con riferimento alle funzioni e ai rapporti giuridici da trasferire.	obiettivo raggiunto
154	ERMQ	Documenti accessibili: fornire informazioni fruibili, senza discriminazione, anche a coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari	-Redazione di una istruzione operativa con le regole generali per la creazione di documenti accessibili - Produzione (aggiornamento e pubblicazione sul sito aziendale e sull'intranet aziendale) delle Guide ai servizi delle strutture ospedaliere aziendali, come documento accessibile - Validazione dell'accessibilità delle guide ai servizi PDF pubblicate tramite il programma Adobe Acrobat Pro 2017	obiettivo raggiunto
155	Laboratorio analisi	Percorsi hub & spoke – Percorsi di realizzazione di una piattaforma di analisi decentrate PoCT, su tutta l'area vasta Giuliano Isontina, per un totale complessivo di 31 postazioni, su 5 ospedali e 4 sedi territoriali, dislocate su due Province	Evidenza della completa messa a regime della nuova piattaforma e relazione del responsabile progettuale. Risultato atteso: piena operatività e totale connettività delle postazioni e realizzazione del Gruppo Operativo dei TSLB a supporto, gestione e manutenzione del processo.	obiettivo raggiunto
156	SC Gare e contratti	gestione attività contrattualistica del CURPE nuovo assetto istituzionale legge riforma	attività contrattualistica relativa alla diagnostica conseguente al consolidamento del CURPE	obiettivo raggiunto
157	SC Gare e contratti	elaborazione percorso di sterilizzazione nella sub sterilizza del blocco operatorio di Latisana	creazione di una procedura per l'utilizzo dell'area della sub sterilizza da parte del personale dipendente dell'azienda e degli operatorio dell'appalto con definizione di ruoli e mansioni	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
158	SC Radiologia Gorizia	mantenimento attività standard in costante carenza di personale TSRM a seguito di mancato turnover	continuità assistenziale senza riduzione dell'offerta dichiarata nei piani di lavoro, mantenimento volumi	obiettivo raggiunto
159	Centro prelievi di Monfalcone	ampliamento offerta prestazionale e miglioramento della qualità fornita al cittadino con apertura di progetto sperimentale	ampliamento offerta prestazionale, con relazione finale del responsabile di progetto e rendicontazione attività	obiettivo non raggiunto (attività avviata nel 2020)
160	Urologia ambulatori	Garantire l'attività ambulatoriale per abbattere le liste di attesa anche in carenza di personale infermieristico con l'apertura pomeridiana di due pomeriggi alla settimana	apertura pomeridiana ambulatoriale per due pomeriggi a settimana	obiettivo raggiunto
161	Day Surgery Monfalcone	Integrare le funzioni del personale di supporto in carico al reparto di Day Surgery per le attività chirurgiche presso la sala operatoria ambulatoriale al fine di non sospendere o ridurre le sedute	Evidenza del turno mensile e check delle attività svolte dal personale di supporto con evidenza di incremento degli interventi.	obiettivo raggiunto
162	Neurologia	Ampliamento dell'orario di apertura della segreteria al fine di agevolare l'utenza particolarmente fragile per l'accesso facilitato alla struttura	aggiornamento carta dei servizi e apertura 8.00-14.30	obiettivo parzialmente raggiunto al 95%
163	Tutte le strutture che operano su 12-24 h	Continuità assistenziale e dei servizi	assicurare la complessità assist e continuità dei servizi	obiettivo raggiunto
164	Copertura vaccinale regionale	Piano vaccinale	mantenimento dell'attività di vaccinale rispetto al 2018	obiettivo parzialmente raggiunto al 80% (in proporzione ai risultati raggiunti)
165	TUTOR DIDATTICO E RAFF	PUNTO 2 Intesa regionale	PUNTO 2 Intesa regionale	obiettivo raggiunto (rendicontazione Università Ud e TS)
166	stagione turistica Lignano	lettera b) CCIL	lettera b) CCIL	obiettivo raggiunto
167	PUNTO NASCITA LATISANA	PUNTO NASCITA LATISANA	PUNTO NASCITA LATISANA	obiettivo raggiunto

b. Esiti valutazione obiettivi specifici area dirigenza SPTA

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
1	laboratorio	implementazione attività microbiologia d'urgenza: Addestrare il personale tecnico perché in orario di servizio gestisca autonomamente i campioni microbiologici "urgenti" in assenza di trasporti microbiologici "urgenti" in assenza di trasporti programmati verso il laboratorio HUB	piena operatività e totale autonomia nel processare campioni microbiologici urgenti e nelle successive comunicazioni con il reparto	obiettivo raggiunto
2	DMO	mantenimento dei livelli di attività del team bariatrico (infermieri, dietiste, medici, psicologa) dal percorso assistenziale al trattamento chirurgico dell'obesità patologica	mantenimento della lista di attesa per visita psicologica, individuazione dei pazienti candidabili alla chirurgia bariatrica tramite valutazione psicologica individuale (colloqui clinici e testistica), miglior compliance nel pre e post operatorio	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
3	NPI	valutazione dei minori con bilinguismo consecutivo (italiano seconda lingua) con ritardo di sviluppo e difficoltà di apprendimento	elaborazione di un protocollo valutativo evidenza di utenti valutati e rendicontato prestazioni con relazione conclusiva	obiettivo raggiunto
4	NPI	supporto e verifica dei percorsi di trattamento rivolti ai minori 0-6 anni con recente diagnosi di disturbo dello spettro autistico	relazioni che evidenzino l'attività svolta e i pazienti presi in carico con modello ESDM e le consulenze prestate	obiettivo raggiunto
5	NPI	Presenza in carico degli adolescenti complessi	Almeno 8 adolescenti complessi in carico	obiettivo raggiunto
6	età evolutiva	ausilio tecnico dell'esperto psicologo/psicoterapeuta nelle audizioni del minore ed adulto vulnerabile nelle fasi investigative dibattimentale testimoniale (comma 1-ter dell'art. 351 Cpp) su richiesta dell'autorità giudiziaria	evidenza dell'attività richiesta dalla Polizia Giudiziaria e/o dalle procure dei Tribunali ordinari di Udine e Gorizia	obiettivo raggiunto
7	CSM Latisana	Attivazione di un programma per Autori di Violenza nelle relazioni affettive	Evidenza dell'avvio dello sportello dedicato ad autori di violenza nelle relazioni affettive evidenza di una giornata di sensibilizzazione intra aziendale ed una extra aziendale	obiettivo raggiunto
8	CSM Palmanova	Dalla cura dell'individuo alla cura dei contesti: Redazione di progetti specifici su tre comuni del Distretto Est (Bagnaria Arsa, Trivignano Udinese e Santa Maria la Longa) relativi allo sviluppo umano locale e all'animazione delle Comunità	evidenza della presentazione dei progetti agli interlocutori individuati	obiettivo raggiunto
9	CSM AI	Medication-free per le persone di età compresa tra i 18 e 25 anni	- organizzazione di due riunioni per l'equipe del servizio, dedicate ai concetti alla base dell'obiettivo proposto ed alla definizione delle offerte alternative ai percorsi di cura tradizionali, con particolare attenzione al target giovanile - presenza di percorsi di cura "medication free" riguardanti il 10% dell'utenza di età compresa tra i 18 e i 35 anni	obiettivo raggiunto
10	CSM BI	Organizzare la gestione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRP) attraverso l'introduzione del case manager	- compilazione e invio delle 35 schede riassuntive HoNOS entro luglio 2019 - definizione del case manager per tutti i PTRP in essere nel 2019	obiettivo raggiunto
11	SPPGA	Revisione documentazione aziendale e realizzazione Sistema Integrato Qualità Sicurezza Ambiente	Evidenza della presenza di un sistema integrato Qualità Sicurezza Ambiente: documentazione aziendale di qualità aggiornata e pubblicata, documenti di struttura realizzati e pubblicati, guide ai servizi aggiornate e pubblicate, funzionigrammi realizzati e pubblicati, job description realizzata e pubblicata, DVR aggiornato, elenco / scadenziario realizzato	obiettivo raggiunto
12	direzione sanitaria	attivare i percorsi di scorporo e riorganizzazione dell'area bassa-friulana in funzione alla riforma sanitaria regionale.	evidenza degli atti e documenti elaborati finalizzati all'attività di scorporo	obiettivo raggiunto
13	farmacia	Mantenimento del processo di fornitura dei dispositivi medici per la microinfusione di insulina e il monitoraggio continuo della glicemia, in carenza di personale.	Entro 31 dicembre 2019, non si è verificata un'interruzione del servizio. Le cartelle dei pazienti presentano il codice a barre e sono pronte per la ripartizione tra i futuri Enti.	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
14	farmacia	Implementazione dell'istruzione operativa interna sulla "Liquidazione Farmacie convenzionate con la AAS2"	Entro il 31 dicembre 2019, l'istruzione operativa è redatta, approvata dal Responsabile dell' Area Farmaceutica Territoriale, presentata al personale coinvolto, sottoscritta dagli operatori.	obiettivo raggiunto
15	farmacia	Gestione regolare dei rimborsi per i farmaci ad alto costo oncologici-ematologici	Entro 31 dicembre 2019, nessuna proposta AIFA resta inevasa.	obiettivo raggiunto
16	farmacia	Mantenimento delle funzioni di distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, in carenza di personale.	nessuna interruzione del servizio dal 1 gennaio al 31 dicembre 2019	obiettivo raggiunto
17	economico finanziaria	Partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati alla configurazione e avviamento dei nuovi gestionali	Partecipazione ad almeno 80 % degli incontri	obiettivo raggiunto
18	economico finanziaria	Supporto nella sostituzione POS su linea telefonica con POS su rete Ethernet (pianificazione interventi, coordinamento strutture e analisi soluzioni operative sulla gestione dei conti correnti dedicati) e Supporto nell'estensione del sistema di prenotazione e pagamento prestazioni presso le farmacie	Report sostituzione tecnologia POS	obiettivo raggiunto
19	economico finanziaria		Definizione rapporti con la tesoreria in merito all'articolazione dei conti tecnici per le necessarie attività di riconciliazione contabile delle somme incassate per il tramite delle farmacie	
20	economico finanziaria	Verifica delle posizioni debitorie ed attribuzione alle costituenti Aziende ex LR 27/2018	Verifica dei documenti annotati a tutto il 31.10 ed ancora pendenti (non pagati/incassati), codificati con "etichetta" dell'azienda di destinazione per favorire l'attribuzione ai singoli nuovi enti qualora non pagati/incassati alla data dell'operazione di riorganizzazione aziendale	obiettivo raggiunto
21	economico finanziaria	Supporto alla struttura Dipartimento di Prevenzione nell'avvio della fatturazione elettronica con il gestionale "Sicer"	Report da sistema gestionale "Sicer"	obiettivo raggiunto
22	sistema informativo	Revisione dell'infrastruttura telematica	Progetto di Revisione dell'infrastruttura telematica, acquisto del materiale necessario e dei servizi correlati	obiettivo raggiunto
23	sistema informativo	Nuove modalità di gestione degli utenti di dominio	Raccolta e registrazione di almeno l'80% dei moduli per l'identificazione degli utenti di dominio, rispetto al numero complessivo degli utenti aziendali	obiettivo raggiunto
24	sistema informativo	Nuovo sistema per la gestione delle RSA	Attività formativa correlata all'attivazione del nuovo sistema per la gestione delle RSA/Hospice	obiettivo raggiunto
25	sistema informativo	Obiettivi di accessibilità 2019	Organizzazione e gestione di almeno n. 3 incontri formativi, con predisposizione del relativo materiale didattico	obiettivo raggiunto
26	sistema informativo	Sostituzione postazioni di lavoro con sistema operativo Windows XP	Sostituzione di almeno il 90% delle postazioni di lavoro con Sistema operativo Windows XP rilevate durante il censimento	obiettivo raggiunto
27	sistema informativo	attuazione della Legge Regionale n. 27/2018	Partecipazione agli incontri interaziendali/regionali organizzati sul tema. Attività di coordinamento e supporto funzionali al riassetto del SSR.	obiettivo raggiunto
28	Libera professione	Espletamento della funzione di Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Evidenza dell'approvazione del Piano, dei monitoraggi e dei documenti e note di cui sopra	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
29	CAGL	Definizione degli atti ed adempimenti amministrativi riferiti alle procedure di scorporo delle funzioni sanitarie ed amministrative/tecniche dell'AAS n. 2 in applicazione della LR n. 27/2018.	Evidenza bozze regolamenti inoltrate alla Direzione amministrativa; evidenza documenti finalizzati allo scorporo funzioni verso i nuovi enti ASUFC e ASUGI dei sanitari convenzionati compresi le risorse e i fondi da ACN; le convezioni in atto con le strutture pubbliche e private accreditate/convenzionate comprese le risorse; i sinistri aperti sulle compagnie assicurative e le vertenze radicate nei rispettivi gradi di giudizio.	obiettivo raggiunto
30	CAGL	Garantire la gestione degli atti e procedure riguardanti il contenzioso affidato a risorse interne e i rapporti con gli studi legali incaricati esternamente in assenza del Responsabile della SS Ufficio Legale.	1) Mantenimento all'interno patrocinio vertenze in corso garantendo il rispetto dei termini a seconda nei gradi di giudizio fino a chiusura dello stesso 2) Adozione decreto di affidamento all'interno della causa nel I° grado di giudizio e adozione atti per la costituzione in giudizio 3) Predisposizione di pareri interni e adozione dei decreti di affidamento all'esterno delle vertenze; raccolta della documentazione necessaria e gestione dei rapporti con i legali incaricati fino a chiusura dei gradi di giudizio	obiettivo raggiunto
31	CAGL	Supporto al Responsabile del trattamento previsto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 con riguardo agli adempimenti dell'azienda previsti dalla normativa in materia di privacy.	evidenza degli atti adottati recanti riscontri e/o indicazioni su casistica in materia di privacy	obiettivo raggiunto
32	Risorse Umane	Attuazione della Legge Regionale 27/2018: atti propedeutici allo scorporo per favorire il processo istituzionale e organizzativo di riforma tra le aziende ASUFC e ASUGI che integreranno rispettivamente il territorio della Bassa-Friulana e dell'Isontino della AAS2	evidenza degli atti propedeutici allo scorporo con riferimento al censimento del personale sia dal punto di vista giuridico che economico, sistemazione degli archivi, suddivisione dei fascicoli personali, sistemazione dei cartellini, sistemazioni contributive e previdenziali, denunce, accordi con riferimento alle funzioni e ai rapporti giuridici da trasferire.	obiettivo raggiunto
33	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	contribuire a garantire il mantenimento dei servizi sanitari previsti dal Piano sanitario regionale e dal piano sanitario aziendale sopperendo alle congenite carenze d'organico attivando procedure in conformità al codice degli appalti e alla normativa vigente per l'attivazione di servizi in outsourcing	Evidenza di almeno due atti amministrativi relativi alla attivazione/integrazione di servizi in outsourcing che implicino anche l'utilizzo di risorse umane	obiettivo raggiunto
34	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	gestione nuove competenze assegnate alla SC GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI in merito alle acquisizioni di apparecchiature biomedicali ai sensi della nota prot. 70402 del 20.11.2018: applicazione del nuovo codice dei contratti per le procedure di gara per acquisizione di apparecchiature elettromedicali con incontri sia a livello Arcs che aziendale per pianificazione e progettazione delle esigenze aziendali	Evidenza espletamento di almeno 5 procedure di gara con affidamento della fornitura	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
35	GESTIONE GARE E CONTRATTI, ACQUISIZIONE LAVORI, BENI E SERVIZI	gestione dell'attività contrattualistica del CURPE nuovo assetto istituzionale legge riforma: Attività contrattualistica relativa alla diagnostica conseguente al consolidamento del CURPE.	Atti affidamento nuovi contratti materiali diagnostici occorrenti al corretto funzionamento del CURPE con o senza apparecchiature in comodato d'uso o in full service.	obiettivo raggiunto
36	Investimenti per lo sviluppo edilizio ed impiantistico e gestione del patrimonio e tecnologie	Definizione degli atti ed adempimenti tecnici e amministrativi riferiti alle procedure di scorporo delle funzioni sanitarie ed amministrative/tecniche dell'AAS n. 2 in applicazione della LR n. 27/2018.	Evidenza degli atti e documenti propedeutici allo scorporo	obiettivo raggiunto
37	dipartimento assistenza primaria	riorganizzazione delle funzioni amministrative del Dipartimento di Assistenza Primaria in vista del nuovo assetto istituzionale	evidenza della riorganizzazione e riassegnazione delle funzioni amministrative territoriali	obiettivo raggiunto
38	direzione amministrativa ospedaliera	RECUPERO CREDITI TICKET OSPEDALI LATISANA-PALMANOVA	Sono inviate il 100% delle diffide in raccomandata A/R agli utenti morosi per ticket riguardanti l'Ospedale di Palmanova-Latisana per gli anni 2015-2016-2017-2018	obiettivo raggiunto
39	CONTROLLO DI GESTIONE	revisione del SMVP e attività di supporto all'OIV	evidenza del documento SMVP e dei verbali degli incontri OIV	obiettivo raggiunto
40	CONTROLLO DI GESTIONE	partecipazione ai lavori regionali per la revisione dei sistemi informativi amministrativi	Partecipazione ad almeno 80 % degli incontri	obiettivo raggiunto
41	CONTROLLO DI GESTIONE	Definizione degli atti ed adempimenti tecnici e amministrativi riferiti alle procedure di scorporo delle funzioni sanitarie ed amministrative/tecniche dell'AAS n. 2 in applicazione della LR n. 27/2018.	Evidenza degli atti e documenti propedeutici allo scorporo	obiettivo raggiunto
42	dipendenze	Attivazione di azioni propedeutiche allo scorporo dei servizi per le dipendenze della AAS2 e l'integrazione con i corrispondenti servizi dei ASUIUD e ASUITS	Evidenza del documento finale Area Isontina Evidenza documento finale Area Bassa Friulana	obiettivo raggiunto
43	dipendenze	definizione di una procedura per la valutazione di disabilità (riferibile alla Legge n.68/99) da parte del personale della dirigenza SPTA – psicologo della SOC Dipendenze e assolvimento delle richieste pervenute alla SOC stessa nel 2019.	<ul style="list-style-type: none"> • Stesura di una procedura di valutazione comprensiva di analisi testo logica e colloquio di restituzione al richiedente • Svolgimento delle valutazioni richieste alla SOC nel 2019 attestate da copia della relazione rilasciata (criptata nei dati personali del richiedente) 	obiettivo raggiunto
44	dipendenze	interventi di sensibilizzazione e cura per implementare una cultura antifumo in aree specifiche.	<ul style="list-style-type: none"> • Almeno 25 persone neo accolte nel periodo gennaio-dicembre 2019 dagli ambulatori dedicati alla cessazione • Almeno 35 persone nel periodo gennaio-dicembre 2019 accolte dagli ambulatori antifumo di Palmanova e Gorizia • Organizzazione congiunta con gli operatori CSM di almeno due eventi dedicati agli stili di vita di cui uno dedicato ai danni derivati dal fumo di tabacco nel 2019. 	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
45	dipendenze	Promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione, in accordo con quanto dichiarato nel Piano Sanitario Nazionale, utilizzando modelli e strumenti finalizzati a implementare la compliance dei pazienti. Tale obiettivo può essere raggiunto in particolar modo attraverso la realizzazione di interventi individuali e di gruppo con particolare attenzione al personale dipendente dell'azienda e ai fumatori portatori di altri fattori di rischio, inviati dagli altri Servizi e Reparti.	evidenza dei test somministrati, degli interventi di gruppo, degli interventi individuali	obiettivo raggiunto

c. Esiti valutazione obiettivi specifici area dirigenza Medico-Veterinaria

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
1	ADE PS AZIENDALI	Assicurare il regolare funzionamento dei PS aziendali con adeguata turnistica di personale medico anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento dei PS aziendali con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
2	MEDICINA DI LATISANA	Assicurare il regolare funzionamento del reparto di medicina di Latisana con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento del reparto di medicina di Latisana con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
3	MEDICINA DI PALMANOVA	Assicurare il regolare funzionamento del reparto di medicina di Palmanova con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento del reparto di medicina di Palmanova con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
4	MEDICINA DELLO SPORT - UFAMS	Assicurare le prestazioni di medicina dello sport a livello aziendale	evidenza della realizzazione dell'attività programmata per l'erogazione delle prestazioni di medicina dello sport anche attraverso l'attività aggiuntiva secondo quanto previsto nell'accordo UFAMS 2019	obiettivo raggiunto
5	DIABETOLOGIA	Assicurare l'attività dell'ambulatorio del piede diabetico presso la sede di Palmanova in assenza di professionalità adeguate nella sede di Palmanova	evidenza della copertura dell'ambulatorio del piede diabetico nella sede di Palmanova	obiettivo raggiunto
6	trasversale	assicurare le commissioni INPS	evidenza dell'attività svolta al fine di assicurare la regolare realizzazione delle commissioni INPS (valorizzazione: 120€ a seduta aggiuntive e 32€ a visita domiciliare)	obiettivo raggiunto
7	trasversale	assicurare le colonscopie da screening al di fuori dell'orario di servizio	evidenza dell'esecuzione delle colonscopie di screening al di fuori dell'orario di servizio	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
8	trasversale	assicurare la lettura delle mammografie da screening al di fuori dell'orario di servizio	evidenza della lettura delle mammografie assegnate ai singoli professionisti al di fuori dell'orario di servizio	obiettivo raggiunto
9	SC Sanità Pubblica Veterinaria	Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	realizzazione di almeno 38 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019	obiettivo raggiunto
10	SC Igiene degli alimenti di origine animale	Assicurare il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio e di dotazione organica dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2018	in almeno il 15 % delle imprese alimentari di settore viene effettuato un intervento ispettivo a fronte di una riduzione della dotazione organica	obiettivo raggiunto
11	Gestione Prestazioni Sanitarie	Svolgere l'attività di medico autorizzato (ex D.Lgs. 230/95 e D.Lgs. 241/2000) per il personale a rischio radiologico classificato in categoria A ed afferente agli ospedali di Latisana e Palmanova; per gli stessi lavoratori, svolgere la sorveglianza sanitaria ex D.Lgs. 81/2008 in qualità di medico competente	Visite preventive, Visite periodiche, Visite di fine rapporto di lavoro e tutte le incombenze a carico del medico autorizzato	obiettivo raggiunto
12	Chirurgia Latisana e Palmanova	assicurare le reperibilità/urgenze endoscopiche nella sede di Latisana secondo il nuovo protocollo aziendale	evidenza della copertura delle reperibilità/urgenze endoscopiche nella sede di Latisana	obiettivo raggiunto
13	ORL Gorizia-Monfalcone (compresa sede di Latisana)	Sostituzione cannule tracheali a domicilio (Latisana e Monfalcone)	Evidenza dell'attività al di fuori dell'orario di servizio (€80 ad intervento)	obiettivo raggiunto
14	anatomia patologica	Riscontri diagnostici per malattie professionali. Esecuzione del riscontro diagnostico in tutti i casi noti di morte per patologia professionale con documentazione accurata dei segni di esposizione all'asbesto, con sistematico conteggio dei corpi dell'asbesto polmonari e con sistematica comunicazione dei risultati all'Autorità Giudiziaria	evidenza dell'attività svolta numero di riscontri diagnostici autorizzati dalla AG previa segnalazione di sospetta morte per malattia professionale;	obiettivo raggiunto
15	gastroenterologia	Posizionamento di PEG o sondini naso gastrici al domicilio su richiesta del SID.	evidenza dell'attività svolta a domicilio su richiesta del SID, in orario aggiuntivo	obiettivo raggiunto
16	medicina di Gorizia e Monfalcone	assicurare l'assistenza medica in carcere e in RSA a Gorizia	evidenza dell'attività svolta e del corrispondente orario aggiuntivo con codice di timbratura dedicato (Cod. 24)	obiettivo raggiunto
17	PS medicina d'urgenza Palmanova	controllo dei pazienti in ventiloterapia domiciliare	evidenza del regolare controllo a domicilio dei pazienti in ventiloterapia domiciliare del Distretto EST e del corrispondente orario aggiuntivo	obiettivo raggiunto
18	SC Dipendenze	Assicurare l'attività clinica e gestione delle problematiche correlati al consumo di sostanze legali ed illegali presso la sede di Latisana in carenza di organico e affiancamento del nuovo medico dal momento dell'assunzione	evidenza della continuità di apertura della sede di Latisana	obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
19	SC ostetricia ginecologia di Latisana e Palmanova	Assicurare il regolare funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Palmanova e Latisana con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Palmanova e Latisana con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
20	ostetricia ginecologia di Gorizia Monfalcone	Assicurare il regolare funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Monfalcone con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento del reparto di ostetricia e ginecologia di Monfalcone con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
21	ortopedia di Latisana e Palmanova	Assicurare il regolare funzionamento del reparto di Ortopedia Palmanova e Latisana con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento del reparto di Ortopedia Palmanova e Latisana con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
22	Cure palliative	Assicurare il regolare funzionamento delle cure palliative con adeguata turnistica anche a fronte di carenza d'organico	evidenza del corretto funzionamento delle cure palliative con adeguata presenza dei dirigenti medici nella turnistica prevista (relazione del Dirigente medico di presidio) anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
23	trasversale	revisione documentazione aziendale e realizzazione sistema integrato qualità sicurezza ambientale	evidenza della presenza di un sistema integrato Qualità Sicurezza Ambiente: documentazione aziendale di qualità, documenti di struttura, guide ai servizi, funzionigrammi e job description aggiornati e pubblicati, DVT aggiornato, piani di emergenza per stabilimento ospedaliero e per SC/SDS SS aggiornati, elenco/scadenziario realizzato	obiettivo raggiunto
24	trasversale	responsabilità di gestione di strutture a scavalco e/o di gestione delle complessità organizzative articolate in più sedi aggregate anche in dipartimenti funzionali	evidenza dell'attività svolta su più strutture mediante presentazione di una relazione	obiettivo raggiunto
25	Chirurgia Gorizia e Monfalcone	assicurare le reperibilità/urgenze endoscopiche nelle due sedi e mantenimento dei livelli prestazionali del 2018	evidenza della copertura delle reperibilità/urgenze endoscopiche nelle due sedi e mantenimento dei livelli di attività pari o superiori ai volumi del 2018 anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
26	Chirurgia Gorizia e Monfalcone	mantenimento dei livelli prestazionali di attività bariatrica al fine di confermare il centro di eccellenza nazionale	mantenimento dei livelli di attività pari o superiori ai volumi del 2018 anche attraverso l'attività aggiuntiva (con eventuale timbratura dedicata)	obiettivo raggiunto
27	pediatria LAPA		turni aggiuntivi	obiettivo raggiunto
28	RSA Latisana	assicurare l'ambulatorio diabetologico nella sede di Latisana in carenza d'organico		obiettivo raggiunto
29	RSA Palmanova	assicurare l'ambulatorio pneumologico nella sede di Palmanova in carenza d'organico		obiettivo raggiunto

n.	STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO CONSEGUITO
30	trasversale	attivazione della visita internistica/endocrinologica all'interno del percorso assistenziale al trattamento chirurgico delle malattie metaboliche ed endocrinologiche	evidenza dell'apertura di un ambulatorio internistico/endocrinologico dedicato ai pazienti candidati alla chirurgia bariatrica stesura di un protocollo condiviso della gestione internistica e endocrinologica del paziente obeso ad integrazione del percorso assistenziale chirurgico esistente esecuzione di una valutazione endocrinologica di tutti i pazienti candidati a chirurgia della tiroide in regime di prericovero orl nell'ospedale di Monfalcone stesura di un protocollo condiviso sulla gestione internistica e endocrinologica del paziente sottoposto a chirurgia tiroidea	obiettivo raggiunto
31	riabilitazione Gorizia e Monfalcone	mantenimento dell'attività ambulatoriale a fronte di carenza d'organico		obiettivo parzialmente raggiunto al 98,4% (in proporzione all'attività svolta)
32	riabilitazione Latisana e Palmanova	incremento di 4 ore settimanali di ambulatorio a Palmanova e 2 su Latisana a partire da agosto 2019		obiettivo non raggiunto (offerta non ampliata)

Allegato n° 3: RISULTATI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI A VALENZA AZIENDALE

COMPARTO

N. progetto	STRUTTURA	OBIETTIVO	IMPORTO	ESITO VALUTAZIONE (RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO)
1	UOC Tutte	Attività inerenti funzioni gestionali e/o organizzative di supporto ai centri di responsabilità e/o risorsa - Continuità anno 2018	€ 540.000,00	RAGGIUNTO
2	SPPGA	Sicurezza Antincendio	€ 8.500,00	RAGGIUNTO

DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA

N. progetto	Progetto / attività	IMPORTO	ESITO VALUTAZIONE (RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO)
1	Analisi Organizzativa Centri di Produzione e Attività di gestione e Programmazione nell'ambito della Direzione medica ospedaliera a supporto dell'attività Direzionale	€ 15.000,00	RAGGIUNTO
2	Analisi Organizzativa Centri di Produzione e Attività di gestione e Programmazione nell'ambito della Direzione socio sanitaria a supporto dell'attività Direzionale.	€ 15.000,00	RAGGIUNTO
3	Analisi Organizzativa Centri di Produzione e Attività di gestione e Programmazione nell'ambito della Direzione sanitaria a supporto dell'attività Direzionale	€ 20.000,00	RAGGIUNTO
5	Prestazioni medicina dello Sport – Accordo UFAMS comprensivo quota coordinatore –accordo 2019 e rendicontazione refertazione ECG area isontina per rilascio certificazioni visite sportive pregresse	€ 98.000,00	RAGGIUNTO
6	Assicurare l'organizzazione della chirurgia con miglioramento dei percorsi assistenziali di endocrinologia	€ 6.000,00	RAGGIUNTO
7	Assicurare l'organizzazione e migliorare i flussi di erogazione delle prestazioni mammografiche, degli esami di risonanza e di AngioTac in ambito radiologico	€ 18.000,00	RAGGIUNTO
8	Assicurare e migliorare i processi assistenziali nell'ambito dei centri di salute mentale nei progetti terapeutici riabilitativi, medication free, traumaticità dei territori e violenza nelle relazioni affettive	€ 15.000,00	RAGGIUNTO
9	Assistenza internistica nei reparti di ricovero Rsa e Hospice e mantenimento ambulatorio diabetologico	€ 15.000,00	RAGGIUNTO
10	Nucleo operativo Rischio clinico appropriatezza dell'utilizzo inibitori di pompa protonica	€ 7.500,00	RAGGIUNTO
11	Organizzazione del corso condivisione e discussione di casi rari di malattia professionale ai fini dell'omogeneizzazione dei casi nell'ambito della Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	€ 4.800,00	RAGGIUNTO
12	Organizzazione e sviluppo della SSD Odontostomatologia e miglioramento dei percorsi assistenziali erogati	€ 5.000,00	RAGGIUNTO
13	Attività di supporto in qualità di medico competente e medico autorizzato nel territorio isontino per lo smaltimento delle visite mediche pre assunzionali, di sorveglianza sanitaria e di idoneità fisica	€ 10.000,00	RAGGIUNTO

N. progetto	Progetto / attività	IMPORTO	ESITO VALUTAZIONE (RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO)
14	Assistenza internistica e supporto direzionale nei reparti di ricovero Rsa e Hospice e mantenimento ambulatorio diabetologico	€ 10.000,00	RAGGIUNTO
15	Assicurare l'organizzazione della chirurgia con miglioramento dei percorsi assistenziali e le funzioni del dipartimento in assenza per pensionamento del titolare di dipartimento	€ 3.000,00	RAGGIUNTO
16	Ottimizzazione dei processi di cura presso il Pronto Soccorso di Gorizia e implementazione della funzione di degenza in Medicina d'Urgenza	€ 5.000,00	RAGGIUNTO
17	Procedura di screening e gestione vaccinazioni nell'ambito della sanità penitenziaria	€ 3.500,00	RAGGIUNTO

DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA

N. progetto	Progetto / attività	IMPORTO	ESITO VALUTAZIONE (RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO)
	Miglioramento dell'attività e dei processi amministrativi della struttura di appartenenza:	€ 56.500	RAGGIUNTO
1	Fase preparatoria alla redazione della prima ipotesi progettuale di rivitalizzazione funzionale, edili, impiantistica ed antisismica dell'ospedale San Polo di Monfalcone		RAGGIUNTO
2	Proposta testo di regolamento mensa ex Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 alla Direzione Aziendale allineato ad ASUTTS		RAGGIUNTO
3	Modello di rendicontazione degli interventi messi in atto per il contenimento della spesa e sua applicazione nel corso dell'anno		RAGGIUNTO
4	Rivisitazione e applicazione dell'intero processo finalizzato all'attribuzione degli incarichi di funzione in applicazione del nuovo CCNL dell'area del Comparto		RAGGIUNTO
5	Azioni ed interventi propedeutici volti al superamento delle nuove aziende territoriali con la definizione delle attività da riposizionare nell'area di competenza e la riassegnazione graduale delle competenze .		RAGGIUNTO
6	Predisposizione del regolamento aziendale degli agenti contabili e della resa del conto giudiziario		RAGGIUNTO
7	Redazione e formalizzazione della modulistica aziendale relativa alla richiesta di accesso VPN "Virtual Private Network"		RAGGIUNTO
8	Collaborazione alle attività della struttura tecnica permanente		RAGGIUNTO
9	Garanzia della continuità delle funzioni amministrative di pertinenza delle strutture afferenti al del dipartimento amministrativo nel rispetto dei termini dei procedimenti per le quali l'incarico dirigenziale si è reso vacante		RAGGIUNTO
10	Integrazione contrattuale tra l'AAS2 e l'ASUTTS relativamente al servizio di ristorazione e relativi rapporti d'integrazione tra le due analoghe strutture. Predisposizione capitolato tecnico in vista della costituenda ASUGI		RAGGIUNTO
11	Attività unità funzionale tecnica sicurezza antincendio		RAGGIUNTO
12	Garantire la continuità e l'adeguatezza di risposta ai bisogni assistenziali nelle strutture dell'Azienda anche in situazioni di assenza di personale dovute per attività eccezionali e non programmabili		RAGGIUNTO
13	Gestione Cefomed		RAGGIUNTO

N. progetto	Progetto / attività	IMPORTO	ESITO VALUTAZIONE (RAGGIUNTO/NON RAGGIUNTO)
	Miglioramento dell'attività e dei processi amministrativi della struttura di appartenenza:	€ 56.500	RAGGIUNTO
14	Messa in atto delle misure tecniche propedeutiche alla continuazione della fornitura di farmaci per la parte isontina in attuazione della riforma di scorporo e accorpamento in asugi.		RAGGIUNTO
15	Miglioramento dei processi nell'ambito della libera professione mediante una revisione del regolamento in coerenza con ASUTTS per le attività in convezione, banca dati condivisa relativa alle autorizzazioni vigenti e percorso autorizzativo e di liquidazione in regime di ricovero		RAGGIUNTO

Allegato n° 4: VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI APICALI

NOMINATIVO	STRUTTURA di APPARTENENZA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE INDIVIDUALE	PERFORMANCE COMPLESSIVA (RISULTATO DI SINTESI PERF.ORG. + PERF.IND.)
dott. Daniele Pittioni	Direzione medica ospedaliera Gorizia - Monfalcone	100,0%	82,0%	98,02%
dott. Daniele Trentin	Direzione medica ospedaliera Latisana - Palmanova	100,0%	96,4%	99,60%
dott. Paolo Burg	Direzione amministrativa ospedaliera	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Stefano Meduri	Dipartimento interaziendale dei Servizi diagnostici e Radiologia Latisana e Palmanova	91,0%	100,0%	91,99%
dr. Piero Pellegrini	Radiologia di Gorizia e Monfalcone	85,0%	100,0%	86,65%
dr.ssa Viviana Totis	Medicina Trasfusionale-CUVB	100,0%	40,0%	93,40%
dr. Francesco Comelli	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Daniele Trentin	Gestione Prestazioni specialistiche	100,0%	100,0%	100,00%
ff dr. Daniele Pittioni	Anatomia Patologica	100,0%	91,0%	99,01%
ff dr. Daniele Pittioni	Laboratorio Analisi chimico-cliniche e microbiologiche Gorizia e Monfalcone	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Pierino Boschian Bailo	Dipartimento interaziendale Materno Infantile e Ostetricia-Ginecologia di Gorizia e Monfalcone	97,6%	100,0%	97,86%
dr. Stefano Facchin	Ostetricia e ginecologia Latisana - Palmanova	99,5%	100,0%	99,56%
dr.ssa Danica Dragovic	Pediatria Gorizia - Monfalcone	94,8%	100,0%	95,37%
dr.ssa Elisabetta Miorin	Pediatria Latisana - Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Mario Sorrentino	Dipartimento Chirurgico di Latisana e Palmanova e Chirurgia Generale di Latisana e Palmanova	99,4%	100,0%	99,47%
dr. Giuseppe Tancredi	Ortopedia – Traumatologia Latisana e Palmanova	73,1%	100,0%	76,06%
dr. Giorgio Agolini	Oculistica Latisana e Palmanova	89,7%	100,0%	90,83%
ff dr Massimiliano Tosto	Nefrologia e Dialisi	95,1%	100,0%	95,64%
dr. Federico Silvestri (fino 4/11/2019)	Dipartimento Medico di Latisana e Palmanova e Medicina di Latisana e Palmanova	90,6%	100,0%	91,63%
dr. Raffaele Zoratti	Medicina interna Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Aldo Iop	Oncologia Latisana e Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Marsilio Saccavini	Riabilitazione Latisana Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%

NOMINATIVO	STRUTTURA di APPARTENENZA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE INDIVIDUALE	PERFORMANCE COMPLESSIVA (RISULTATO DI SINTESI PERF.ORG. + PERF.IND.)
dr. Roberto Copetti	Dipartimento Emergenza di Palmanova e Latisana e PS e Medicina d'Urgenza Latisana	82,7%	100,0%	84,60%
ff dr. Romano Guerra	Anestesia e Rianimazione Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dott. Rino Colussi	Anestesia e Rianimazione Latisana	100,0%	100,0%	100,00%
dr.ssa Maria Grazia Baldin	Cardiologia Palmanova e Latisana	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Luciano Strizzolo	PS e Medicina d'Urgenza Palmanova	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Alessandro Balani	Dipartimento Chirurgico di Gorizia e Monfalcone e Chirurgia generale Gorizia e Monfalcone	91,3%	84,2%	90,51%
dr. Franco Gherlinzoni	Ortopedia – Traumatologia Gorizia e Monfalcone	67,0%	40,0%	64,03%
dr. Stefano Vita	Oculistica Gorizia e Monfalcone	75,5%	100,0%	78,20%
prof. Daniele Angerame	Odontostomatologia	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Giorgio Pagliaro	Otorinolaringoiatria	80,7%	100,0%	82,82%
dr. Fabio Vianello	Urologia	94,8%	100,0%	95,37%
dr. Carlo Donada (fino 9/12/2019)	Dipartimento Medico di Gorizia Monfalcone e Medicina di Gorizia e Monfalcone	93,9%	99,6%	94,53%
dr. Alessandro Cosenzi	Medicina interna Monfalcone	81,4%	100,0%	83,45%
dr. Aldo Iop	Oncologia Gorizia e Monfalcone	88%	99,9%	89,31%
dr. Michele Rana	Neurologia	65,6%	100,0%	69,38%
dr. Roberto Trevisan	Pneumologia Gorizia e Monfalcone	99,8%	100,0%	99,82%
dr. Roberto Da Ros	Diabetologia Gorizia e Monfalcone	78,2%	82,0%	78,62%
dr. Marsilio Saccavini	Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	90%	100,0%	91,10%
dr. Alfredo Barillari	Dipartimento Emergenza di Gorizia e Monfalcone e PS e Medicina d'Urgenza Monfalcone	61,2%	69,0%	62,06%
dr. Franco Cominotto (fino al 31/3/19). Dal 1/8/19 ff dr Massimo Fioretti	Pronto Soccorso Medicina d'urgenza Gorizia	29,2%	82,0%	38,70%
dr Massimiliano Saltarini	Anestesia Rianimazione Gorizia	95,3%	100,0%	95,82%
dr Eugenio Gobatto	Anestesia Rianimazione Monfalcone	100,0%	100,0%	100,00%
dr.ssa Gerardina Lardieri	Cardiologia Gorizia e Monfalcone	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Luciano Pletti	Dipartimento di Assistenza Primaria e Distretto EST	97,4%	100,0%	97,64%
dr. Mario Corbatto	Distretto OVEST	94,4%	100,0%	95,02%
f.f. dr.ssa Elena Revelant	Distretto ALTO ISONTINO	94,5%	100,0%	95,11%

NOMINATIVO	STRUTTURA di APPARTENENZA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE INDIVIDUALE	PERFORMANCE COMPLESSIVA (RISULTATO DI SINTESI PERF.ORG. + PERF.IND.)
dr. Michele Luise (fino 15/6/19). Dal 24/6/19 ff dr Carlo De Vuono	Distretto BASSO ISONTINO	99,5%	92,9%	98,32%
dr.ssa Marta Calligaris	Cure palliative	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Oriana Chiarparin	Neuropsichiatria infantile	97,8%	100,0%	98,04%
dott. Marilena Francioso	Età evolutiva famiglia e disabilità	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Sergio Paulon	Dipendenze	100,0%	100,0%	100,00%
dr. Marco Bertoli	Dipartimento di Salute Mentale e Centro di Salute Mentale di Latisana	94,9%	100,0%	95,42%
dr. Marco Bertoli	Centro di Salute Mentale di Palmanova	100%	94,0%	99,34%
dr. Paola Zanus Michiei	Centro di Salute Mentale Alto Isontino	100%	100,0%	100,00%
dr. Pierpaolo Mazzuia (fino al 16/7/19)	Centro di Salute Mentale Basso Isontino	100%	100,0%	100,00%
dott. Gianni Lidiano Cavallini	Dipartimento di Prevenzione e Igiene e Sanità Pubblica e Igiene degli Alimenti	97,8%	82,0%	96,03%
dott. Luigi Finotto	Prevenzione, Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	100%	86,7%	98,53%
ff dott. Marco Tomba (fino al 30/6/2019). Dal 7/11/2019 ff dott.ssa Daria Boscolo Palo	Sanità Pubblica Veterinaria	100%	100,0%	100,00%
ff dott. Paolo Demarin	Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	100%	100,0%	100,00%
dott. Paolo Barbina	CRUA	100%	86,7%	98,53%
dott.ssa Viviana Varone	Medicina Legale	100%	100,0%	100,00%
dott. Daniele Riva	Servizio Prevenzione e Protezione – Gestione Ambientale	100%	100,0%	100,00%
dott.ssa Ivana Burba	Controllo di Gestione	100%	40,0%	89,20%
dr.ssa Teresa Padovan	Epidemiologia Risk Management Qualità e Accreditamento	100%	100,0%	100,00%
ff dott.ssa Tiziana Spessot.	Servizio Infermieristico Aziendale	100%	100,0%	100,00%
dott.ssa Elena Cussigh (fino al 15/1/19). Da marzo 2019 ff dott.ssa Tiziana Spessot	Formazione	88,9%	100,0%	90,90%
dott. Stefano Visintin	Farmacia unica aziendale	100%	100,0%	100,00%
ff ing. Fabio Spanghero	Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie	100%	100,0%	100,00%
dott. Palmerino Rescigno	Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi	100%	100,0%	100,00%
ing. Fabio Spanghero	Progettazione e Sviluppo interventi di Edilizia Ospedaliera	100%	100,0%	100,00%
ff ing. Fabio Spanghero	Sistema Informativo e Informatico	88,9%	100,0%	90,90%

NOMINATIVO	STRUTTURA di APPARTENENZA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE INDIVIDUALE	PERFORMANCE COMPLESSIVA (RISULTATO DI SINTESI PERF.ORG. + PERF.IND.)
dott.ssa Bernardetta Maioli	Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale	100%	100,0%	100,00%
dott. Melissa Casarin	Risorse Umane	100%	94,0%	98,92%
ff dott.ssa Bernardetta Maioli	Economico Finanziario	100%	100,0%	100,00%
dott. Antonio Zecchiero	Libera professione	100%	100,0%	100,00%
dott. Sergio Paulon	Area Welfare	100%	100,0%	100,00%

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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 11:59:43

IMPRONTA: 48761BE3EB489BBD657905CB07F8F0E0CE2B3D29B08C02E52D1F0DD78F99BC6F
CE2B3D29B08C02E52D1F0DD78F99BC6FD1971A6B736ABF8C35791FD7B2B2E4FA
D1971A6B736ABF8C35791FD7B2B2E4FA61A60313DB9FEAA860199B8026695E4F
61A60313DB9FEAA860199B8026695E4FBC3399116E84982641F45EB2544D8C4B

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:04:28

IMPRONTA: 02BCB2606E96D7674B74C710621FF4E5918867D7711372538960B5CD4A310DBA
918867D7711372538960B5CD4A310DBAEEFE13C374395DDD7FA3C2402893BA06
EEFE13C374395DDD7FA3C2402893BA06F64693E9467F22819F48C124E8130A60
F64693E9467F22819F48C124E8130A608E71E20364B7EA263D9ECFC32E8D42AB

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:16:43

IMPRONTA: AA987588C516EA9E4A33244071303A60D16C3242B38A48BC3145ABA949CE2F8B
D16C3242B38A48BC3145ABA949CE2F8B4501AC5E72A43AADF480F022BFFE8E88
4501AC5E72A43AADF480F022BFFE8E885AAC0FF1FE407D4D51408DC67D580AC7
5AAC0FF1FE407D4D51408DC67D580AC7ADD052F76284E167060077AB307A38DC