

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2016

INDICE

Introduzione	Pag. 3
1. La programmazione regionale: la predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL)	Pag. 7
2. Il monitoraggio della gestione	Pag. 10
3. Sistema premiante e gestione per budget	Pag. 11
4. Monitoraggio degli obiettivi	Pag. 24
5. Valutazione finale dei risultati raggiunti	Pag. 24

La presente relazione ha lo scopo di illustrare i risultati di performance ottenuti dall'Azienda nel corso del 2016.

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

La redazione della Relazione costituisce:

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

INTRODUZIONE

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

La popolazione residente al 31/12/2016, in base ai dati ISTAT, ammonta a 312.051 abitanti, e risulta essere in calo rispetto al 2015 (312.794 abitanti).

La composizione per età dei residenti al 31/12/2016 risulta essere così strutturata:

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

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

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

La speranza di vita alla nascita nel 2015 in provincia di Pordenone risultava di 81,0 anni nei maschi e di 85,7 anni nelle donne (il dato non è ancora disponibile a livello provinciale per il 2016).

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

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

L'indice di vecchiaia, che indica il rapporto tra popolazione con età superiore a 64 anni e popolazione con età inferiore a 15, è arrivato a 169,6 nel 2016.

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

Negli anni '90 e nel primo decennio degli anni duemila si è verificato un rilevante movimento migratorio dall'estero. Il picco del numero di stranieri residenti si è toccato nel 2010 con oltre 36.000 unità. Al 31.12.2016 la popolazione straniera residente in provincia è di 31.380, in calo rispetto all'anno precedente (32.438).

Lo stato di salute della popolazione

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

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

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

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

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

Dai dati disponibili nei sistemi informativi correnti è possibile stimare la prevalenza in provincia di Pordenone di alcune patologie croniche come BPCO, scompenso cardiaco e diabete. Per quanto riguarda il diabete, sono disponibili i dati del registro regionale diabetici, che rileva circa 22.000 casi prevalenti, pari ad un tasso del 7%. Più della metà dei casi di diabete interessa la popolazione con più di 64 anni.

La prevalenza stimata di scompenso cardiaco è di circa 1.800 casi e per la BPCO di circa 3.300 casi.

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

Vi è poi una cospicua parte della popolazione che risulta affetta contemporaneamente da tre o più malattie croniche. Le donne in particolare presentano tassi di multicronicità più elevati (17,2%) rispetto agli uomini (10,3%).

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

L'organizzazione aziendale

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

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

1. l'organizzazione ed il funzionamento si basano sul principio della distinzione delle funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dalle funzioni gestionali-tecnico-amministrative e sanitarie;
2. la Direzione strategica definisce le strategie e le politiche aziendali, sulla base della pianificazione regionale; esercita le funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
3. le Strutture operative aziendali esercitano le funzioni gestionali operative e gestiscono, in piena autonomia, l'attività sanitaria o amministrativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nell'ambito delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite;
4. il processo di aziendalizzazione si fonda sulla dipartimentalizzazione, ossia sullo sviluppo dei processi di integrazione strutturale e funzionale, tramite l'aggregazione delle strutture sanitarie e tecnico/amministrative, complesse e semplici a valenza dipartimentale, secondo macro aree di funzioni omogenee necessarie al perseguimento degli obiettivi aziendali;
5. l'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali si ispira ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, secondo i dettami del D. Lgs. nr. 165/01 e del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, compatibilmente alla complessità aziendale espressa anche in termini di funzioni attribuite e di prestazioni erogate;
6. il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia e appropriatezza è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
7. l'azienda promuove la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie adottando nel proprio modello organizzativo quanto previsto dalla Legge 10 agosto 2000 n. 251 e dalla Legge Regionale 16 maggio 2007 n. 10.

L'AAS5 adotta il seguente modello organizzativo :

1. articolazione in strutture operative e piattaforme assistenziali deputate a garantire i livelli essenziali di assistenza e in strutture di supporto alle attività di erogazione dei LEA.
2. I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono erogati da strutture/servizi:

A) Aziendali:

- a prevalente valenza territoriale, che assicurano l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro e l'assistenza distrettuale, in conformità agli artt. 14 e seguenti della L.R. 17/2014;
- ospedaliera, che assicurano l'assistenza ai pazienti affetti da patologie a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché la gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso.

B) Privati accreditati.

3. Le funzioni di supporto sono assicurate dalle strutture/servizi di Staff della Direzione Strategica nonché dalle strutture/servizi della Direzione Amministrativa e Sanitaria, secondo i rispettivi ambiti di competenza .
4. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.
5. I dipartimenti clinici ospedalieri aggregano le strutture complesse e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero "S. Maria degli Angeli" di Pordenone e del Presidio Ospedaliero di "S. Vito al Tagliamento e Spilimbergo", secondo un modello già consolidato e ispirato alla massima integrazione dei professionisti e alla migliore valorizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.).
6. Alle piattaforme organizzative è assegnato il governo delle risorse professionali secondo le aree definite dalla legge 251/2000 e L.R. 10/2007. Sono gestite in autonomia da un coordinatore di piattaforma, di una delle professioni sanitarie o tecniche, con incarico di posizione organizzativa o di dirigenza in base alla complessità della piattaforma e alle risorse disponibili. Il responsabile di piattaforma fa capo gerarchicamente al direttore di dipartimento e funzionalmente al coordinamento delle professioni sanitarie e tecniche. In relazione alla complessità delle risorse gestite la piattaforma può assumere la connotazione di S.C., S.S. o di posizione organizzativa.

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

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

L'area della Direzione Sanitaria è articolata in:

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

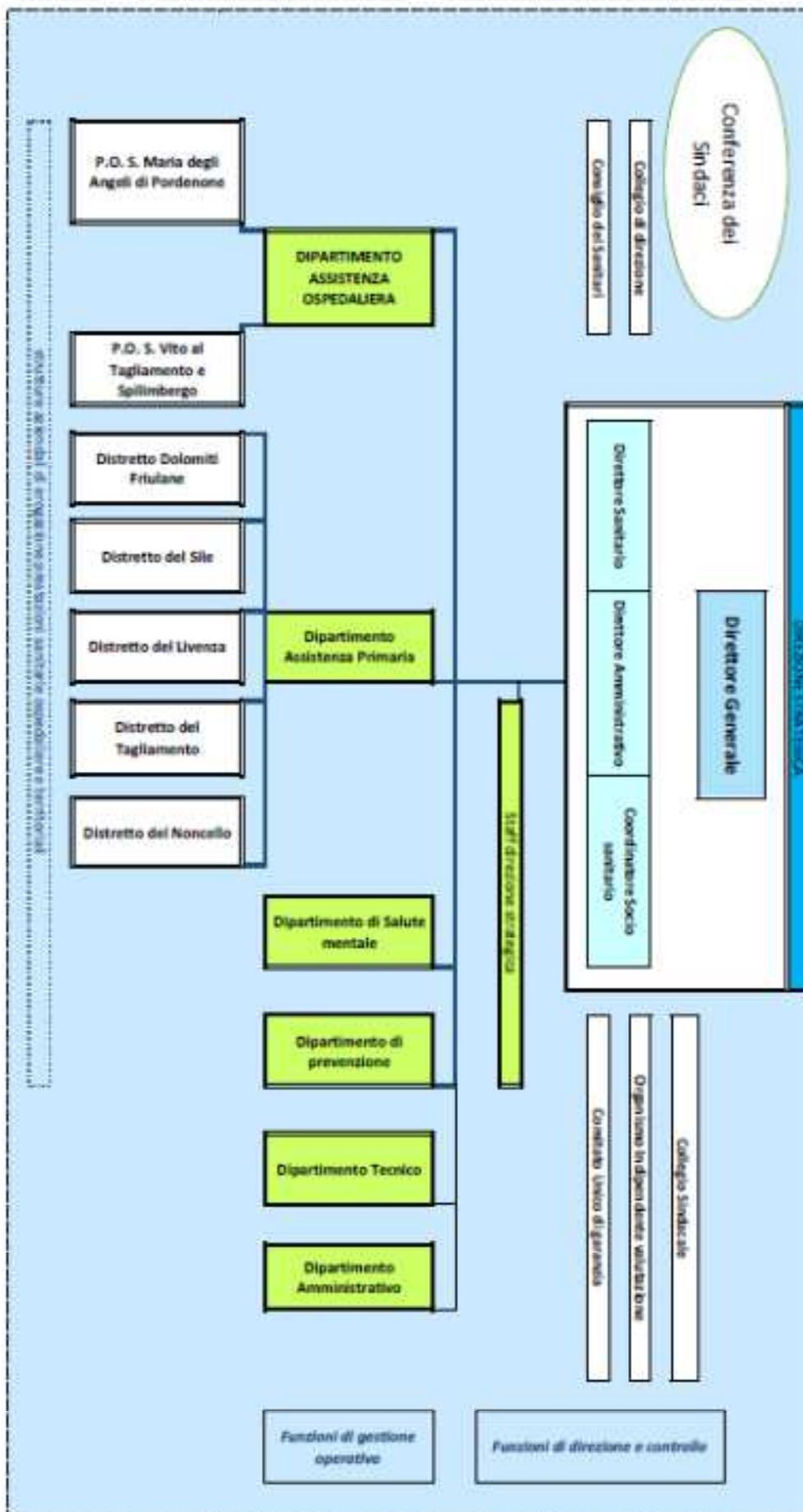
Il Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) è articolato in :

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

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

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

L'organigramma è il seguente:



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

Il PAL 2016 è stato redatto in coerenza con le Linee per la Gestione per l'anno 2016 (DGR 2393/2015) e contiene l'evidenza dei livelli attuativi programmati all'interno dell'Azienda in un'ottica di continuità con l'anno 2015 assicurando i necessari raccordi tra il percorso di programmazione attuato ed il grado di conseguimento/consolidamento delle diverse linee di attività poste dalla Direzione Centrale.

Relativamente al Bilancio preventivo, il documento è stato predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del SSR nell'anno 2016 (DGR n. 2393/2015) e alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. 20741/P del 04/12/2015, secondo lo schema e le disposizioni del D. Lgs n. 118/2011.

Documento di riferimento per gli obiettivi aziendali per l'anno 2016:

- ❖ Decreto del Direttore Generale n. 714 del 30/12/2015 “Adozione del Piano Attuativo Locale (PAL) e del bilancio preventivo per l'anno 2016”

Il Piano attuativo locale (PAL) 2016 esplicita a livello aziendale le progettualità riguardanti:

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

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

Il documento è composto da:

- a) programma annuale;
- b) bilancio economico preventivo annuale 2016 composto da:
 - conto economico preventivo gestione sanitaria;
 - conto economico preventivo gestione servizi sociali in delega;
 - conto economico preventivo consolidato;

- rendiconto finanziario preventivo
- c) nota illustrativa;
- d) conto economico preventivo dei Presidi ospedalieri;
- e) programmazione del personale;
- f) tabelle LEA.

2. IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE

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

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

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

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

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

Controllo quadrimestrale della gestione:

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

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

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

Controllo annuale

Il controllo annuale è volto a:

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

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

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

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

IL RISULTATO DELLA GESTIONE : IL BILANCIO DI ESERCIZIO

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

Il Bilancio d'esercizio 2016 è stato approvato con decreto n. 295 del 28.04.2017, ed evidenzia i risultati raggiunti sia di carattere sanitario che economico.

La gestione sanitaria 2016 dell'AAS n.5 chiude con un risultato di utile di esercizio di 380.176 euro, che dimostra il raggiungimento dell'obiettivo economico pattuito per il 2016.

Dal punto di vista economico l'esercizio 2016 è stato caratterizzato da un finanziamento regionale iniziale al *netto* delle risorse relative ai farmaci innovativi antiepatite C ed ai trattamenti antiemofilia.

A tale riguardo le “Linee di gestione per il 2016”, prevedendo una successiva integrazione di finanziamento da distribuirsi fra le aziende secondo criteri standard, hanno consentito all’AAS5 una programmazione sostanzialmente realistica delle risorse attribuite a bilancio preventivo e a livello di budget di risorsa, escludendo fattori di spesa molto variabili quali, ad esempio, i farmaci citati. Nel corso dell’anno si è realizzata una gestione lineare dei fattori produttivi impiegati, proseguendo nello sviluppo di azioni finalizzate ad allineare le proprie attività al modello di costi standard assunti a criterio base del finanziamento regionale e nell’ulteriore recupero di efficienza nell’impiego delle risorse economico finanziarie attribuite.

Valore della Produzione

Rispetto all’assegnazione iniziale della quota capitaria di € 466.848.925 disposta con DGR n.2559/2015 di approvazione delle Linee per la gestione 2016 del SSR, con successiva DGR n.2023/2016, per le motivazioni sopra riportate, è stato riconosciuto il finanziamento integrativo di € 12.419.285 iscritto al medesimo conto di bilancio “quota capitaria”.

I contributi per le attività sovraziendali sono risultati superiori al valore di previsione anche perché, come noto, su alcune linee di attività il ricavo viene valorizzato solo in sede di bilancio consuntivo.

Rispetto alla mobilità regionale ed extra regionale le regole di finanziamento a preventivo e di valorizzazione a consuntivo sono rimaste identiche al 2015: nello specifico la mobilità regionale tra le Aziende del SSR, è valorizzata secondo il fatturato effettivo di attività, sia per l’attrazione sia per la fuga, censiti dalla Direzione centrale salute. Sia rispetto ai valori iscritti a preventivo sia rispetto alla chiusura 2015 vi è stato un aumento del fatturato in attrazione (specie ricoveri), quantunque sia di molto aumentata rispetto al 2015 anche la fuga per ricoveri e specialistica ambulatoriale in ambito regionale. Sulla dinamica della mobilità va ricordato che nel 2016 è stata introdotta la valorizzazione dei ricoveri a tariffa piena (tariffa fascia A) con relativo Delta di incremento sul finanziamento 2016/2015.

Nessuna variazione invece sulla mobilità extraregionale, che anche per il bilancio d'esercizio 2016 è rimasta "ferma" ai valori ufficiali censiti per il 2013, a causa del ritardo nell'aggiornamento della base dati e delle contestazioni in atto fra Regioni.

Sui ricavi propri per ticket si registra un lievissimo scostamento in diminuzione rispetto al consuntivo 2015, superando il valore del preventivo 2016. Con ciò si può senza dubbio affermare che la rimodulazione della quota di compartecipazione della spesa, in base alle disposizioni regionali, non ha determinato le temute variazioni di segno negativo.

Si conferma il trend storico sui ricavi c.d. operativi, costituito soprattutto dalle fatturazioni per ricoveri a stranieri e pazienti statunitensi e per prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulle quali si sono aggiunte nel corso del 2016 le fatturazioni di rimborso ad Aziende sanitarie extraregionali per le prestazioni della PMA.

Completano il quadro dei ricavi d'esercizio 2016 i rimborsi per il meccanismo del pay back, cioè le note di accredito sui farmaci ad alto costo, prevalentemente quelli antiepatite C.

Nonostante l'introduzione di detti farmaci sia iniziata verso la metà del 2015, il valore degli accrediti che potevano essere riconosciuti alle aziende sanitarie erogatrici, non era stato preventivato né era preventivabile a budget 2016, a causa della variabilità dei prezzi praticati dalle case farmaceutiche, del consumo effettivo nei diversi trattamenti e del numero di pazienti presi in carico.

Costi della Produzione

Acquisti di beni

Gli acquisti di beni sanitari "Medicinali" comprendono i costi in Distribuzione per Conto, in aumento rispetto ai valori di previsione. Oltre ai consumi per i farmaci HCV, anche i consumi degli altri farmaci ospedalieri sono aumentati: il fenomeno è attribuibile all'incremento dei farmaci erogati in distribuzione diretta, al consumo di farmaci H, ematologici in particolare e di quelli impiegati nella cura della sclerosi multipla e artrite reumatoide.

Altri beni sanitari - Dispositivi

Sui dispositivi medici la AAS5 non era assoggettata a vincolo specifico essendo in linea con gli standard Nisan. Rispetto al tendenziale mantenimento dei costi sulle voci dei dispositivi medici, conseguito fino alla prima metà dell'anno e dovuto ad un contenimento delle prestazioni di laboratorio, il valore finale dei dispositivi medici si è attestato al di sopra del 2015, come si era rilevato con preoccupazione in sede di preventivo.

Vaccini: l'implementazione delle attività previste dal piano vaccinale regionale ha comportato maggiori costi rispetto al preventivo.

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

Acquisti di servizi

Medicina di base: registrati a costo di competenza 2016 anche i maggiori costi derivanti da accordi regionali siglati nel 2016 e non ancora liquidati; sono stati perciò accantonati a debiti verso personale convenzionato come da direttive regionali di chiusura e finanziati da ricavo “attività sovraziendale”.

La spesa farmaceutica convenzionata si attesta a bilancio ad € 43.268.518 è cioè in diminuzione sul 2015, coerentemente con le indicazioni regionali; il fenomeno si compensa tuttavia con l’aumento dei costi della farmaceutica erogati in DPC e quindi con il progressivo aumento di attività attraverso questo canale di distribuzione.

Prestazioni di assistenza riabilitativa e integrativa: i costi consuntivi si attestano leggermente al di sopra delle previsioni.

I principali servizi appaltati non sanitari quali lavanderia, pulizia e mensa durante l’anno si sono mantenuti in linea con la previsione e addirittura a consuntivo si sono confermati su valori inferiori al costo 2015. Anche i costi per i trasporti, sia in emergenza che secondari, sono leggermente inferiori al consuntivo 2015.

Per le utenze nel loro complesso, e specialmente per l’utenza del gas, si sono ripetuti anche nel 2016 andamenti economici favorevoli, con risparmi tariffari e proseguimento del controllo capillare dei consumi.

I costi per manutenzioni edili e impiantistiche hanno superato i corrispondenti costi del 2015 e pertanto, ponendosi al di sopra del vincolo per 253.310 euro.

Rilevato al riguardo che il 2015 conteneva economie non ripetibili sul 2016, si precisa che il superamento del vincolo è da giustificarsi con interventi resisi necessari ad adeguare non conformità rilevate durante il percorso di accreditamento ed altre attività manutentive non procrastinabili per interventi urgenti in materia di sicurezza; in particolare come si era dato conto nel 2° report economico infrannuale, sono stati effettuati interventi di bonifica amianto sulle tubazioni dei cunicoli a San Vito, manutenzione dei fasci tubieri della centrale termica di San Vito e sugli impianti di climatizzazione delle sale operatorie di Pordenone.

Tuttavia nel complessivo il conto manutenzioni è rimasto pressoché in linea con il preventivo 2016.

Godimento beni di terzi

Confermando le proiezioni infrannuali, si rileva solo l'aumento del canone di leasing operativo i emodinamica, correlato all'aumento delle procedure e dell'attività operatoria specifica.

Tutti gli altri noleggi sono rimasti in linea con il budget iniziale.

Rimborsi e Contributi

La diminuzione sul 2015 è dovuta alla differente regola di contabilizzazione delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, acquistate da operatori privati accreditati e quindi i costi si riferiscono solo ai residenti dell'AAS5.

Costi del Personale

La manovra sul personale dell'anno 2016, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012, chiude complessivamente al 31.12.2016 con un incremento di n. 23 unità come risulta dalla tabella sotto riportata (nella quale è evidenziato sia il personale dipendente che interinale):

AREA	RUOLO	RAPPORTO	PROFILO	2015	2016
				AAS5	AAS5
DIR. MEDV	SANTARIO	DIPENDENTI		547	562
DIR. SPTA		DIPENDENTI		62	60
COMPARTO		DIPENDENTI		1945	1956
		SOMMINISTRATO	I.P	34	31
		SOMMINISTRATO	TECN. RX	2	2
DIR. TECNICA				5	4
COMPARTO	TECNICO	DIPENDENTI		287	274
		DIPENDENTI	OSS	513	531
		SOMMINISTRATO	OSS	20	10
		SOMMINISTRATO	COMPARTO TECNICO	9	13
DIR. PROFESSIONALE	PRO			6	8
DIR. AMMINISTRATIVA	AMM			13	14
COMPARTO		DIPENDENTI		309	310
		SOMMINISTRATO	ASS.AMM + COAD. AMM.	21	21
	Totale complessivo			3773	3796

Il raffronto tra la manovra programmata nel bilancio preventivo 2016 con la manovra realizzata rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012 evidenzia uno scostamento complessivo relativamente al personale dipendente è pari a -25 unità.

Le maggiori differenze riguardano le figure dirigenziali mediche, per le quali come precedentemente rappresentato, non si è riusciti a garantire il turn over in particolare con riferimento alle discipline di difficile acquisizione e la figura di coadiutore amministrativo che presenta un saldo positivo legato all'acquisizione di unità ex L. 68/1999 e s.m.i. Le ulteriori differenze sono da collegarsi alla normale dinamica del personale e alla tempistica connessa alle procedure di reclutamento che troveranno in parte risposta nel corso dell'anno 2017.

La circostanza che la gestione 2016 si sia chiusa in utile di esercizio, ha consentito l'iscrizione a bilancio della quota integrativa ai fondi di produttività e risultato prevista dalla vigente disciplina contrattuale. I fondi sono stati incrementati della quota massima dell'1% del monte salari, con aumento dello 0,5% rispetto al bilancio di previsione.

Componenti straordinarie

Le componenti straordinarie 2016 ammontano complessivamente a 2.633.031 euro.

Tra i proventi straordinari si rilevano euro 1.900.000 per lo svincolo dell'accantonamento a suo tempo effettuato a fondo rischi per i presunti maggiori costi sulla fuga extraregionale 2013.

Si aggiungono altri proventi e oneri straordinari attribuibili a note di accredito su beni e servizi, nonché all'avvenuta definizione di alcune partite infragruppo fra cessate Aziende del SSR.

Il confronto con l'importo totale del 2015 determina uno scostamento elevato in valore assoluto, esso è giustificato dalla circostanza che nello scorso esercizio erano state contabilizzate le minusvalenze per le demolizioni di alcuni padiglioni nell'ambito delle opere propedeutiche al nuovo ospedale di Pordenone.

ATTIVITA' SVOLTA

L'Azienda ha proseguito nel 2016 il percorso di riorganizzazione avviato nel 2015, a seguito dell'emanazione della L.R. n. 17/2014 con la quale è stato ridefinito l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. E' stato predisposto il nuovo Atto Aziendale approvato con decreto n. 100 del 1/3/2016 e si è dato avvio alla progressiva applicazione dello stesso nel corso dell'anno.

Parallelamente è stato avviato il percorso di revisione dei principali regolamenti e procedure gestionali, che ha completato la fase di integrazione e riorganizzazione degli assetti organizzativi e delle strutture di supporto.

Assistenza primaria

Nel mese di maggio 2016 è stato attivato il dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale, la S.C. Rete delle cure intermedie e riconvertita la S.C. Medicina Interna di Sacile nella Struttura Intermedia Polifunzionale di Sacile. Struttura, quest'ultima, che si configura come un innovativo modello organizzativo, clinico, assistenziale e riabilitativo che si pone in rapporto di integrazione funzionale fra la rete ospedaliera e l'assistenza residenziale e domiciliare con l'obiettivo di costruire una rete di servizi sanitari integrata e mirata ai bisogni clinici, assistenziali e riabilitativi. Lo stesso percorso riorganizzativo è previsto a Maniago. Nel corso dell'anno sono stati avviati i lavori di ristrutturazione previsti. Queste nuove strutture, unitamente alle RSA presenti nel territorio, vanno a costituire le articolazioni della nuova S.C. Rete delle cure intermedie.

La riconversione delle SC. Medicina Interna di Sacile con la conseguente chiusura dei posti letto ordinari e la trasformazione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento, è stata propedeutica alla chiusura definitiva delle sedi di Sacile del Presidio Ospedaliero di Pordenone, completata nel mese di agosto 2016 con la riconversione dell'attività residuale di Day Surgery in attività ambulatoriale.

A fine agosto 2016 è stato trasmesso alla DCS il progetto comprendente la proposta di riassetto complessivo dell'area del comprensorio ospedaliero di Sacile (Progetto Sacile 2).

In relazione all'applicazione dell'atto aziendale, è stata attivata la S.C. di Neuropsichiatria infantile, assegnata al Dipartimento delle Cure Primarie.

E' stato dato avvio al processo di riorganizzazione della medicina generale, come previsto nell'AIR 2016-2018; con decreto del Direttore Generale n. 357 del 23 giugno 2016 sono state costituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale (AFT), individuate secondo i criteri previsti

dalla DGR 39/2016. In particolare, sono state identificate ed autorizzate 12 AFT, rispettivamente due AFT per ciascuno dei distretti Nord (Distretto delle Dolomiti e Valli friulane) , Est (Distretto del Tagliamento) ed Ovest (Distretto del Livenza) e tre AFT per i distretti Sud (Distretto del Sile) e Urbano (Distretto del Noncello). Inoltre sono state concordate e realizzate le attività previste per il 2016 dall'AIR.

Assistenza ospedaliera

A giugno 2016 è proseguita l'applicazione dell'Atto Aziendale con l'attivazione del nuovo Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria che ha visto la fusione delle due S.C. di Chirurgia generale di Pordenone, l'istituzione di una nuova S.S.D. di Chirurgia vascolare in un diverso contesto organizzativo che prevede la collocazione della S.C. Anestesia e Rianimazione 2 di PN all'interno del dipartimento ed una maggiore integrazione funzionale fra le sedi ospedaliere di Pordenone e di Spilimbergo, sia per l'attività chirurgica che per la gastroenterologia gestita in entrambe le sedi dalla S.C. Gastroenterologia. Successivamente alla attivazione del Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria è stato attivato anche il Dipartimento Materno-Infantile, in ragione della necessità di favorire al massimo le politiche di integrazione e di collaborazione tra le Strutture aggregate, sia per la parte della funzione ginecologica, differenziando il mandato delle due ginecologie aziendali, che, soprattutto, per la parte della funzione pediatrica e neonatologica, gravata, quest'ultima, da importanti criticità per quanto riguarda la disponibilità di specialisti.

Il 28 giugno è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute, il progetto di riorganizzazione delle funzioni di reumatologia che sono assicurate da medici specialisti incardinati all'interno di S.C. di medicina interna del presidio di Pordenone. Nel mese successivo è stata attivata la funzione di malattie infettive presso il presidio hub di Pordenone.

E' stato adottato l'atto ricognitivo dei posti letto per acuti con la rideterminazione dei posti letto a decorrere da luglio 2016. A inizio anno i posti letto totali erano 804 e sono scesi a 774 a maggio con la chiusura dei posti letto ordinari di Sacile. Con la rideterminazione, la dotazione di posti letto per acuti passa da 774 a 700. Nell'ambito della rideterminazione è stata disposta anche la chiusura dei posti letto di dermatologia e di alcune sezioni di Day Hospital quali l'Endocrinologia, la Terapia del dolore di San Vito al Tagliamento e la Riabilitazione Day Hospital di Spilimbergo. La riduzione di posti letto vede un ulteriore calo di 7 unità a settembre con la riconversione del Day Surgery di Sacile in attività ambulatoriale.

Inoltre, è stato sottoscritto l'accordo tra AAS5 e CRO sul trasferimento/integrazione delle funzioni del Laboratorio analisi, Microbiologia e Virologia, Oncologia e Cardiologia oncologica che sarà operativo a

far data dal 01/01/2017. L'accordo ha previsto anche significative integrazioni/collaborazioni in ambito chirurgico oncologico e per l'attività di oncoematologia. Mentre per la parte chirurgica le linee di lavoro comuni, oggetto di integrazione, sono in discussione, la riorganizzazione sul bacino provinciale della funzione di oncoematologia è già in parte operativa e in tempi brevi potrà essere realizzato un sistema di gestione integrata (anche attraverso una pronta disponibilità interaziendale) delle urgenze oncoematologiche che afferiscano al Presidio Ospedaliero di Pordenone piuttosto che all'IRCCS CRO in orari in cui gli specialisti non sono in servizio.

Area tecnico - amministrativa

Sempre nel mese di giugno 2016 sono stati istituiti il Dipartimento Amministrativo ed il Dipartimento Tecnico proseguendo il percorso di progressivo e graduale riordino dell'assetto organizzativo e funzionale aziendale, con l'attivazione delle nuove strutture previste nell'Atto Aziendale.

Con decreto n. 404/2016 del 20.07.2016 è stata disposta l'aggiudicazione definitiva della procedura di affidamento della progettazione esecutiva e della realizzazione della Cittadella della Salute e del nuovo Ospedale Civile di Pordenone. In data 04.10.2016 è stato stipulato il contratto fra l'Azienda ed il raggruppamento temporaneo di aziende ed è stato avviato il percorso operativo che porterà all'avvio del cantiere previsto per gennaio 2017.

Il 21 dicembre sono stati terminati i lavori per la messa a norma antisismica del presidio ospedaliero di San Vito Tagliamento.

E' stata avviata la procedura per l'aggiudicazione dei lavori per la ristrutturazione degli spazi per accogliere la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) a Sacile.

Dipartimento di prevenzione

A fine settembre viene data attuazione alla riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione con il completamento dell'assetto organizzativo e l'attivazione di una delle nuove strutture previste, la S.S.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Per una più puntuale e dettagliata evidenza dei risultati ottenuti sia in termini di volumi che di qualità delle cure si rinvia al decreto n. 295 del 28.04.2017 (Relazione sulla gestione e Bilancio di esercizio 2016).

3. SISTEMA PREMIANTE E GESTIONE PER BUDGET

La LR 49/1996 prevede che l'Azienda attui una modalità operativa basata sulla gestione per budget.

Questo meccanismo operativo consente l'attribuzione di obiettivi e di risorse ai centri di responsabilità aziendali in un'ottica di traduzione operativa delle linee programmatiche definite dalla Amministrazione Regionale. Al fine di realizzare efficaci azioni di contenimento della spesa vengono attribuiti dalla Direzione Amministrativa i budget di risorsa alle articolazioni organizzative che si occupano dell'acquisizione delle stesse. I budget di risorsa sono oggetto di monitoraggio costante e continuativo da parte della Direzione Amministrativa per il tramite del Servizio Programmazione.

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

Le schede di budget sono strutturate in:

- Obiettivi economici
- Obiettivi di rilevanza aziendale
- Obiettivi di rilevanza regionale
- Obiettivi gestionali

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

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

Le intese locali prevedono le seguenti tipologie di obiettivi:

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

Obiettivi generali coinvolgono tutto il personale dirigente e comparto.

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

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

Nel 2016, al fine di collegare la performance organizzativa con quella individuale, è stato approvato il regolamento per la corresponsione della retribuzione di risultato per la dirigenza e alla produttività collettiva e miglioramento dei servizi per il comparto (sottoscritto il 25/7/2016 Area del Comparto, il 12/8/2016 Area della Dirigenza Medica e Veterinaria ed il 5/9/2016 Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa) che prevede la corresponsione della quota integrativa attribuita ai dipendenti in relazione alla valutazione dell'apporto individuale degli stessi alla realizzazione dell'obiettivo, avuto riguardo ai seguenti elementi:

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

La valutazione è effettuata dal Responsabile del Centro di attività congiuntamente al Referente infermieristico, tecnico o amministrativo di riferimento e si articola su quattro livelli per l'attribuzione di un numero crescente di quote economiche:

- a. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è in linea con responsabilità, abilità e competenze di base previste per il profilo di appartenenza. A questo livello corrisponde l'erogazione della quota base senza ulteriori quote integrative.
- b. l'apporto individuale nell'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un sufficiente grado di collaborazione, impegno e disponibilità in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore a quello del punto a). A questo livello corrisponde una quota economica integrativa.
- c. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato corrisponde pienamente alle responsabilità, abilità e competenze del profilo di appartenenza, risolvendo spesso le criticità operative non routinarie, in modo tale che il contributo dato alla realizzazione dell'obiettivo sia superiore al punto b). L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo un buon grado di collaborazione e di impegno. A questo livello corrispondono due quote economiche integrative.

- d. l'apporto individuale all'ottenimento del risultato è eccellente, posto che riesce a massimizzare la propria produttività, autoregolandola in funzione degli obiettivi specifici e delle priorità complessive. Nella realizzazione delle attività rispetta sempre i tempi, garantendo un servizio/prodotto quali-quantitativamente apprezzabile, superiore a quello dei punti precedenti. L'espletamento delle funzioni avviene, inoltre, garantendo piena e costante collaborazione nonché elevato impegno. A questo livello corrispondono tre quote economiche integrative.

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

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

4. MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI

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

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

La Programmazione e Controllo garantisce le attività di valutazione per le seguenti tipologie di obiettivi:

- Volumi di attività (ambulatoriale, ricovero)
- Consumi
- Indicatori rischio clinico (es. valutazione del dolore, rischio di cadute, tasso di infezioni del sito chirurgico, ecc)
- Obiettivi gestionali (da parte dell'ufficio formazione e dell'ufficio personale)

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

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

5. VALUTAZIONE FINALE DEI RISULTATI RAGGIUNTI

A livello aziendale, in sede di consolidato sono stati rappresentati i livelli di performance raggiunti e si è in attesa della valutazione regionale del direttore generale (DGR 295 del 28/4/2017)

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

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

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

VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET 2016

	Obiettivi di budget 2016	valutazione finale		
Dipartimento	SCHEDA	COMPARTO	DIRETTORE	DIRIGENZA
DC	Dipartimento	100		100
	SC Cardiologia PN			100
	SC Cardiologia SV			100
	SSD Cardiologia Riab. Pat. Cardiovasc.			85
DMINF	Dipartimento	100		100
	SC Ostetricia e ginecologia PN			77,5
	SC Ostetricia e ginecologia SV			87,5
	SC Pediatria e neonatologia PN			85
	SC Pediatria SV			100
	SSD Procreazione medicalmente assistita			100
DMI	Dipartimento	100		100
	SC Medicina interna PN			96,43
	SC Medicina interna Spilimbergo			88,23
	SC Medicina interna San Vito			86,67
	SSD Day hospital			77,78
	SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo			100
DMS	Dipartimento	100,00		100
	SC Nefrologia e dialisi			84,21
	SC Pneumologia			90
	SC Oncologia PN			100
	SC Oncologia San Vito			100
	SC Dermatologia			100
DMRN	Dipartimento	100		100
	SC Medicina Riabilitativa PN Sacile			100
	SC Medicina Riabilitativa SV SP			100
	SC Neurologia			78,95
DCG	Dipartimento	100		100
	SC Chirurgia Pordenone			77,89
	SC Urologia			78,95
	SC Chirurgia San Vito			92,5
	SC Gastroenterologia			90
	SC Anestesia e rianimazione 2 PN			92,86
	SSD Chirurgia vascolare			75

DCS	Dipartimento	90		100
	SC Ortopedia e Traumatologia PN			70
	SC Ortopedia e Traumatologia SV SP			63,16
	SC ORL PN			97,22
	SC ORL SV			94,44
	SC Oculistica			90
	SC Chirurgia Maxillo facc.le e odont.			90
	SC Chirurgia della mano			68,42
DEM	Dipartimento	100		100
	SC Anestesia e Rianimazione SV			90
	SC Rianimazione e T.I. PN			91,67
	SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza PN			100
	SC Pronto soccorso e medicina d'urgenza SV			100
	SSD Organizzazione dei blocchi operatori aziendali	100		100
DDI	Dipartimento	100		100
	SC Radiologia interventistica			100
	SC Radiodiagnostica SV SP Maniago			100
	SC Radiodiagnostica PN			100
	SC Medicina Nucleare			100
DML	Dipartimento	100		100
	SC Anatomia e istologia			100
	SC Microbiologia Clinica e Virologia			100
	SSD Allergologia e immunologia clinic			100
	SC Patologia clinica			100
	SSD Citogenetica e Biol.molecolare			100
	SSD Medicina di laboratorio SV			100
DMT	Dipartimento trasfusionale	100		100
DS	Direzione Sanitaria + SS Formazione	100		100
	SC Direzione medica PN	100		100
	SC Direzione medica SV SP	100		100
	Serv. Infermieristico aziendale			100
	SC Assistenza farmaceutica	100		100
DA	Direzione Amministrativa			
	SC Approvvigionamenti e Logistica	98,2		98,2
	SC Provveditorato e economato	96,9		
	SC Affari Generali e Legali	100		100
	SC Politiche e Gestione del Personale	100		100
	SC Servizio Tecnico	100		100
	SC Ing.Biom. Serv. Inf.	100		100
	SC Economico finanziario	100		100

	SC Investimenti e manutenzioni	100		100
	SC Affari Generali e Legaliex AOSMA	100		100
STAFF	SC P.C.Q.A.R.M.	100		100
	SC Programmazione e controllo ex ASS6	100		100
	SS Servizio di Prevenzione e Protezione	100		100
DAPA	SC RETE CURE INTERMEDIE	100		91,7
	Distretto EST	100		100
	Distretto NORD	100		100
	Distretto OVEST	100		100
	Distretto SUD	100		100
	Distretto URBANO	100		100
	Dipartimento per le Dipendenze	100		100
	SC Neuropsichiatria Infantile	100		100
Dip. Prevenzione	Dipartimento di PREVENZIONE	100		100
	SOC Ambienti di Lavoro			100
	SOC Ambienti di Vita			94,7
	SOC Igiene degli alimenti di origine animale			100
	SSD igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche			100
	SOC Sanità animale			100
DSM	Dipartimento di Salute Mentale	100		100
	Area Nord	100		100
	Area Sud	90		90
	Area Urbana	90		90
	SPDC	100		100
CSS	Coordinamento Socio Sanitario	100		100
CSS	SERVIZI SOCIALI IN DELEGA	100		100

La valutazione relativa all'apporto dei singoli per l'anno 2016 si è articolata come segue:

comparto (2016)	
quota attribuita	n. dipendenti
A	120
B	306
C	2127
D	625
Totale complessivo	3178

dirigenza medica e veterinaria (2016)	
quota attribuita	n. dipendenti
A	30
B	35
C	333
D	83
Totale complessivo	481

dirigenza SPTA (2016)	
quota attribuita	n. dipendenti
B	7
C	51
D	10
Totale complessivo	68

direttori DIP.TO/S.C./DISTRETTO/S.S.D. (2016)	
quota attribuita	n. dipendenti
0	
100%	77
Totale complessivo	77