

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

N. /ASURDG DEL

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023. ADOZIONE

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

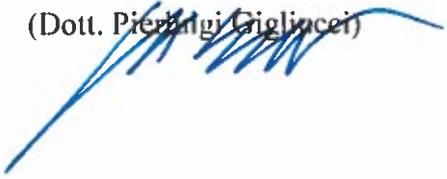
1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Piano della Performance 2021-2023" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
4. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ASUR;

6. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale affinché proceda alla trasmissione alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria;
7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Ancona, sede legale ASUR,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Pierfrancesco Gigliucci)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Remo Appignanesi)



IL DIRETTORE GENERALE

(Dr.ssa Nadia Storti)



**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
(AREA DIPARTIMENTALE CONTROLLO DI GESTIONE)**

Normativa di riferimento:

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “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”, così come modificato dalla D.Lgs. 74/2017
- Legge regionale 28 dicembre 2010, n. 22 “Disposizioni regionali in materia di organizzazione e valutazione del personale, in adeguamento al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sull’ottimizzazione della produttività, l’efficienza e la trasparenza della pubblica amministrazione”
- Delibera CIVIT n.104/2010 “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010” –
- Delibera n.112/2010 “Struttura e modalità di redazione del piano della performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150)” – Civit
- Delibera n.113/2010 in tema di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera n.88/2010 agli enti del servizio sanitario nazionale – Civit
- Delibera n.114/2010 “Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articolo 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150) – Civit
- Delibera CIVIT n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance” –
- Delibera CIVIT n.5/2012: “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto”
- DGRM del 28 maggio 2012 n. 768 “L.R. n. 13/2003 e s.m.i. art. 3 comma 2 lett. a - Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l’applicazione dell’art. 31, comma 1 e 2 del D.lgs 150/2009, come modificato da D.lgs 141/2011”
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”
- Linee guida per il piano della performance del Dipartimento Funzione Pubblica n. 1 giugno 2017;
- Linee guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance del Dipartimento Funzione Pubblica n.2 dicembre 2017;
- Linee guida per la relazione sulla performance del Dipartimento Funzione Pubblica n.3 novembre 2018.

- Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 2/2019 “Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche -ciclo della performance 2020-2022.
- Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019. “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 50 del 31/01/20 “Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’ASUR Marche - anni 2020-2022
- Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77
- Determina del Direttore Generale Asur n. 43 del 21/01/21 “Approvazione del Piano triennale dei fabbisogni del personale (2020-2022) e dotazione organica”
- D.G.R.M. del 2 marzo 2020 n. 265 “D.Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9. - Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2019”
- D.G.R.M. del 27 luglio 2020 n.1053 “Aggiornamento e rettifica DGR n.317 del 12/3/2020 avente ad oggetto “Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2020”
- D.G.R.M. del 31 dicembre 2020 n. 1703 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2020 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2020-2022 degli Enti del SSR"
- Determina del Direttore Generale Asur n. 340 del 30/06/2020 “Relazione sulla Performance 2019 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 748 del 31/12/2020 "Adozione del bilancio economico preventivo anno 2020 e pluriennale 2020-2022"
- D.G.R.M. del 31 dicembre 2020 n. 1704 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2021"
- Legge n. 178 del 30 dicembre 2020 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023 (Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023)”

Motivazione ed esito dell’istruttoria:

L’art. 10 al comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009, modificato con D.lgs 74/2017, dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano della Performance.

documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione e quelli assegnati al personale dirigenziale.

Il comma 1-bis dello stesso articolo prevede inoltre che il Piano sia adottato in coerenza con le note integrative al bilancio di previsione e al piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio.

La Direzione Generale, con Determina ASUR/DG n. 50 del 31/01/2020, ha adottato l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASUR, anni 2020-2022.

Il Piano delle Performance 2020-2022 è stato redatto in coerenza con gli obiettivi derivanti dalla programmazione nazionale e regionale; in particolare, in attesa del recepimento della delibera di assegnazione degli Obiettivi 2021 agli Enti del SSR, sono stati individuati sulla base dei criteri seguenti:

- perseguimento degli obiettivi previsti dal "Piano Strategico per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19";
- perseguimento degli obiettivi "CORE" inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia, che guiderà i sistemi di valutazione dei LEA dei diversi Servizi Sanitari Regionali;
- perseguimento degli obiettivi assegnati con la DGRM 1053/20 non completamente realizzati nell'anno 2020.

Ai sensi dell'art. 6 del D.lgs. 150/2009, le variazioni che si verificheranno durante l'esercizio, in termini sia di obiettivi sia di indicatori, saranno incluse nella Relazione sulla Performance 2021 e valutate dall'OIV ai fini della relativa validazione, che sarà redatta entro il 30/6/2022.

Inoltre, il Piano è stato predisposto recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2017. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come il Piano e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

- a) supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- c) comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance. Il documento esplicita e declina la programmazione strategica anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

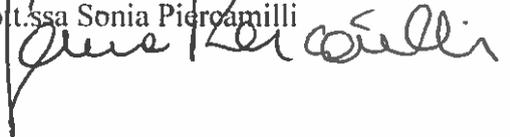
In tema di contrattazione integrativa, le FAQ pubblicate dall'ANAC in merito al Piano della Performance, precisano che non sussiste l'obbligo di sottoporre il piano della performance alle sigle sindacali. Del presente atto se ne darà comunicazione alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria.

Il presente Piano delle Performance 2021-2023, trattandosi di atto di programmazione, non comporta oneri di spesa a carico del Bilancio aziendale.

Per quanto sopra esposto, si propone l'approvazione del seguente dispositivo:

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Piano della Performance 2021-2023" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
4. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ASUR;
6. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale affinché proceda alla trasmissione alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria;
7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Il Direttore dell'Area
Dipartimentale Controllo di Gestione
Dott.ssa Sonia Piercamilli



- ALLEGATI -

Allegato A - "Piano della Performance 2021-2023"



Allegato A

PIANO DELLA PERFORMANCE

2021-2023

INDICE

1) Presentazione del Piano: finalità e principi	3
2) L'Azienda Sanitaria Unica Regionale	4
3) Analisi del contesto esterno e delle risorse	6
A. <i>Il territorio e la popolazione assistita</i>	6
B. <i>Analisi del contesto esterno</i>	7
C. <i>Le risorse economiche e finanziarie</i>	9
D. <i>Le risorse professionali</i>	13
E. <i>La struttura dell'offerta</i>	13
F. <i>I servizi sanitari erogati</i>	19
4) Il ciclo di gestione della performance	21
5) Il Piano delle Performance 2021-2023	24
1 - <i>Obiettivi strategici (generali)</i>	24
2 - <i>Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa</i>	25
3 - <i>Piano degli indicatori e risultati attesi 2021</i>	29

Allegato 1: Scheda di Budget

Allegato 2: Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2021

1) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2021-2023 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi (generali e specifici), nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009 e art. 10, comma 8, D.Lgs. 33/2013).

Il Piano della performance dà avvio al Ciclo di Gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

Il Piano è stato predisposto recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.1/2017. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il nuovo approccio, di tipo interattivo e conoscitivo illustrato nelle linee guida di cui sopra, mira a mostrare concretamente come il Piano e il ciclo della performance possano diventare strumenti per:

a) **supportare i processi decisionali**, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);

b) **migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione**, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;

c) **comunicare anche all'esterno (accountability)** ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance. Il documento esplicita e declina la programmazione strategica anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

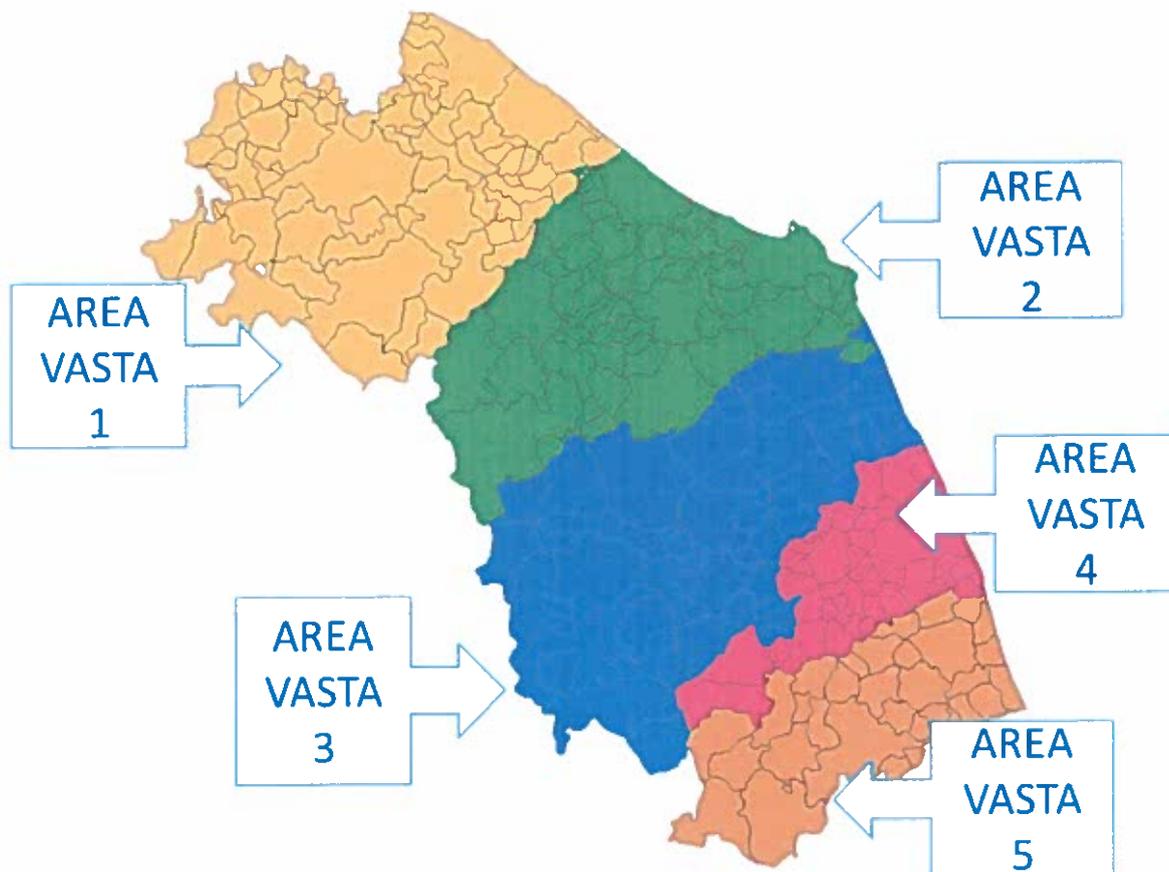
La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. A definire il quadro normativo per la contrattazione decentrata è intervenuta, da ultima, la Legge regionale n. 8 del 21 marzo 2017 che ha confermato l'Area Vasta come unità amministrativa autonoma ai fini della contrattazione collettiva, che avviene tra la delegazione trattante di parte pubblica nominata dal Direttore Generale e quella di parte sindacale specifica di ciascuna Area Vasta.

2) L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003 ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche.

Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste (AAVV), di seguito rappresentate (Fig.1), le quali hanno il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria.

Fig. 1. Le Aree Vaste



In tale contesto, l'ASUR conserva la propria mission di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità. Alle Aree Vaste è attribuito il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio.

Obiettivo strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo

a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali. Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'ASUR indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc.).

In particolare, sono state definite le strutture organizzative di staff e di linea con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nello svolgimento delle funzioni di collegamento tra livello strategico e livello operativo.

Tali assetti organizzativi sono stati approvati con ASUR n. 356/DG del 20/6/2017 per quanto riguarda l'Area Socio-Sanitaria e con determina n. 355/DG del 20/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017 con riferimento all'Area Sanitaria.

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica (ATL), l'organizzazione è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017.

Si evidenzia che, con determina ASUR n.742/DG del 31/12/2019, la Direzione Generale ha provveduto ad approvare un nuovo assetto organizzativo dell'Area Sanitaria; in seguito alla richiesta di modifica e di integrazione da parte di alcune Organizzazioni Sindacali, la Direzione si è riservata di riesaminare le questioni rappresentate e, pertanto, con determina ASUR n. 163/DG del 6/4/2020 è stata sospesa ai sensi dell'art. 21 quater 2° comma della L. 241/1990 e s.m.i. tale suddetta riorganizzazione.

3) Analisi del contesto esterno e delle risorse

A. Il territorio e la popolazione assistita

L'ASUR Marche, l'Azienda sanitaria si estende su un territorio di 9.401,4 Kmq (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2020 è pari a 1.518.400¹ distribuita in 228 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Kmq. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

Tab. 1

AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2020	CLASSI DI ETÀ'							
		Neonati	1-4 anni	5-14 anni	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>= 75anni
AV1 PESARO	357.137	2.261	10.556	32.686	58.706	56.951	108.781	41.101	46.095
AV2 ANCONA	482.067	3.025	14.072	43.427	78.951	76.034	144.880	56.458	65.220
AV3 MACERATA	299.829	2.050	9.027	26.488	49.725	48.006	88.381	35.065	41.087
AV4 FERMO	173.004	1.057	5.017	14.747	28.843	27.643	52.091	20.383	23.223
AV5 ASCOLI PICENO	206.363	1.236	5.723	17.184	34.013	32.469	63.007	24.651	28.080
TOTALE	1.518.400	9.629	44.395	134.532	250.238	241.103	457.140	177.658	203.705

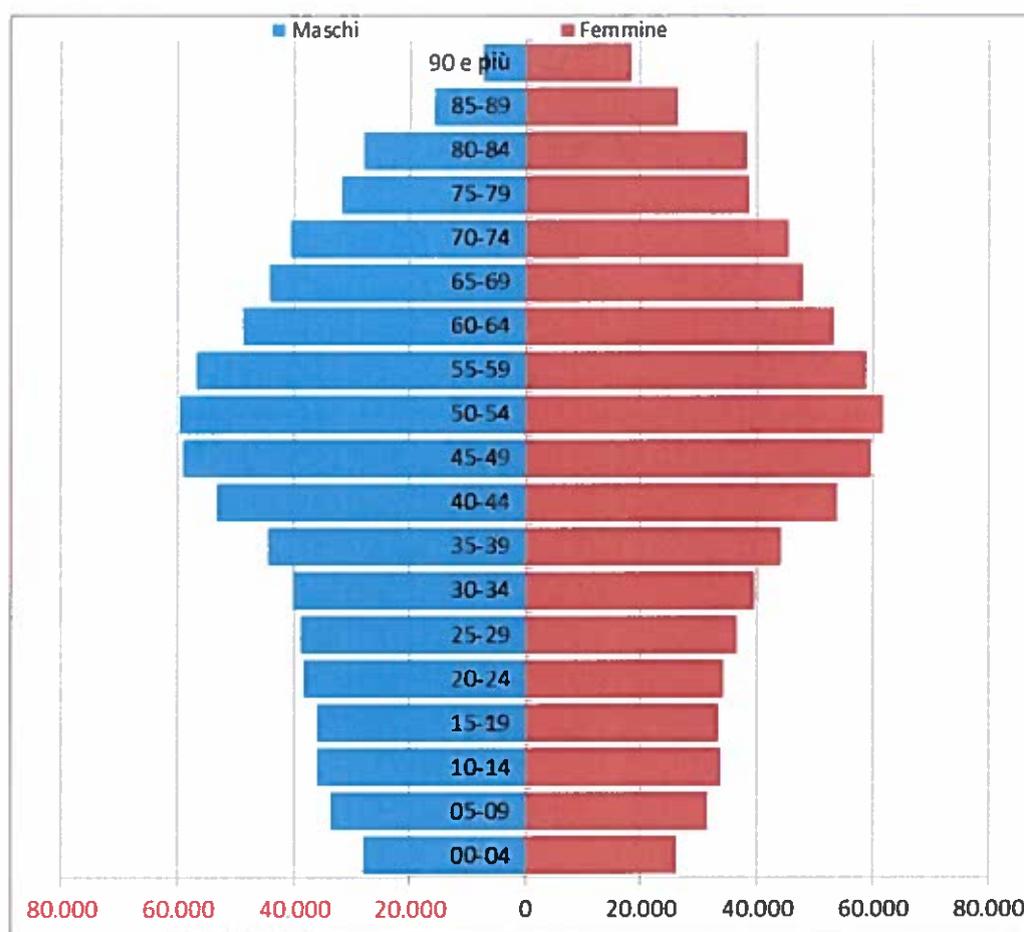
Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,9 anni e per le donne di 86,0 (dati Istat, 2019), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 81,1 maschi e 85,4 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 202%, supera di ben 24 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (381.363) rappresentano il 25,12% della popolazione residente (in Italia il 23,2%).

Tale percentuale si conferma in aumento rispetto all'anno precedente, passando da un rapporto del 24,8% del 2019 al 25,12% del 2020.

Nel 2020, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -6.964 unità; pur essendo ancora i dati del Bilancio demografico del 2020 ancora provvisori, si prevede un incremento per effetto dell'Emergenza Sanitaria Covid-19.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2020. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti dei nuclei familiari nel 2018 è risultato nelle Marche pari a 2,3 unità, valore allineato alla media nazionale.

B. Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2021-2023 è stata fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dai molteplici interventi adottati per far fronte allo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, emergenza dichiarata dal Consiglio dei Ministri in data 31/01/2020 e prorogata da ultimo al 30 aprile 2021 con il DL 2 del 14/1/2021.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1704 del 31/12/2020 di assegnazione definitiva del Budget dell'anno 2020, il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato per l'anno 2021 è pari a Euro 121.370,1 milioni di Euro, in aumento dello 0,9% rispetto all'anno precedente. Le risorse necessarie per la riorganizzazione dell'offerta sanitaria, territoriale ed ospedaliera, connessa all'emergenza Covid-19, che nel 2020 venivano assegnate alle Regioni con quote vincolate (pari a Euro 3.575,8 milioni a livello nazionale e corrispondenti a 92.947.039 euro per la Regione Marche²), nel 2021 sono ricomprese nell'incremento del Fondo indistinto sopra citato, ad eccezione di Euro 840 milioni previste dal DL 34/2020 (12,7 milioni di euro per la Regione Marche). Con la DGRM 1704 del 31/12/2020 di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2021 degli Enti del SSR, la Regione Marche ha autorizzato l'ASUR alla gestione provvisoria del proprio Bilancio

² Risorse assegnate con i DL n. 18 del 17/03/2020, n. 34 del 19/05/2020 e n. 104 del 14/08/2020.

economico preventivo, assegnando tetto di spesa per l'anno 2021 pari a euro a euro 2.405.905.351 euro (comprensivo di 165.761.332 euro di mobilità passiva extra-regionale), di un livello di entrate proprie di 71.568.000 euro e, infine, di risorse per gli investimenti con fondi correnti di 20 milioni di euro.

Il tetto di Budget dell'ASUR è comprensivo delle risorse necessarie per la riorganizzazione dell'offerta sanitaria, territoriale ed ospedaliera, connessa all'emergenza Covid-19:

A. attività programmate nel per l'anno 2020 e confermate dal D.L. 34/20 per l'anno 2021, quali l'ADI (art.1 comma 3), la Centrale operativa territoriale (art.1 comma 8);

B. attività per le quali il D.L. 34/20 prevede un incremento di risorse nel 2021 rispetto al 2020, quali gli Infermieri di comunità (art.1 comma 5) ed il personale per i trasporti secondari (c.5 a.2), nonché le assunzioni per la terapia intensiva (art.2 comma 1-7);

C. la proroga degli incarichi conferiti ai sensi delle disposizioni previste agli articoli 2-bis (commi 1 e 5) e 2-ter (commi 1 e 5) del DL 18/2020, così come previsto dall'art. 1, comma 423, della Legge 178 del 30/12/2020 (Legge di Bilancio 2021).

Nell'ambito del tetto complessivo di Budget 2021, l'ASUR è altresì tenuta al rispetto dei vincoli a carattere economico che la normativa nazionale e regionale prevede sui singoli fattori produttivi; di seguito, si rappresenta un sintetico elenco, non esaustivo, dei principali vincoli esistenti sull'anno 2021.

✓ **Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta**

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 21/06/2016 e ad ogni modo previa revisione del Conto Economico di Presidio. Tale modifica è inclusa nel decreto del Ministero della Salute del 24/5/2019 (GU del 25/6/2019), che prevede un nuovo modello CP a regime nell'anno 2021.

✓ **Livelli Essenziali di Assistenza**

Con decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 è stato approvato il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il nuovo sistema di garanzia è in vigore dal 2020 con il sottoinsieme di indicatori "core", al fine di sostituire la Griglia LEA, come previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

✓ **Farmaci**

Sulla base delle nuove disposizioni contenute nella Legge 178 del 30 dicembre 2020 (legge di Bilancio 2021), art. 1 comma 475, a decorrere dall'anno 2021, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata di cui all'articolo 1, comma 399, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rideterminato nella misura del 7% (contro un previgente 7,96%). A partire dal medesimo anno, il tetto di spesa della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della legge n. 232 del 2016 è rideterminato nella misura del 7,85 per cento, fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

✓ **Dispositivi medici**

Il D.L. n. 78/2015 (art. 9ter comma 1 lettera b) convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche fin dall'anno 2014.

✓ **Costo del personale**

Ai sensi dell'art. 2 L. n. 191/2009, il tetto di spesa assegnato all'ASUR ex DGRM 1261/2020 è pari a 615.364.000 euro (non comprensivo dell'incremento del 2021). Tale limite è stato ripartito da ultimo tra le Aree Vaste con Det. n. 43 del 21/01/2021 (Allegato 9).

Le ulteriori disposizioni sul contenimento del costo del personale riguardano:

- 1) riduzione della spesa per le consulenze nella misura pari all'80% della spesa complessiva per le consulenze rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 – DGRM 977/2014;
- 2) riduzione della spesa per le missioni nella misura pari al 50% della spesa complessiva per le missioni rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010);
- 3) riduzione della spesa per la formazione nella misura pari al 50% della spesa complessiva per la formazione rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, restando fermo l'obbligo di garantire il conseguimento dei crediti relativi all'ECM da parte del personale sanitario; non devono essere computate al fine del rispetto dell'azione le spese per la formazione obbligatoria compresa quella relativa ai crediti ECM nonché la spesa per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziati da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 13, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010).
- 4) rispetto dei limiti di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile ai sensi dell'art. 9 c. 28 d.l. n. 78/2010, pari al 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009.

Ai sensi della L. 178/2020 (art. 1 comma 407), l'indennità di esclusività in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, sono incrementati del 27 per cento rispetto al contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità 2016-2018 stipulato il 19 dicembre 2019, di cui al comunicato dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 2020.

✓ **Prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati:**

Il D.L. n. 78 del 19/06/15 convertito in Legge 125 del 6 agosto 2015 prevede, per l'anno 2015 una riduzione della spesa complessiva annua del 1% rispetto alla spesa consuntivata 2014.

✓ **Mobilità sanitaria**

Le disposizioni contenute nella L. 178/2020 (art. 1 comma 492) prevedono che la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. A tal fine il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA elabora linee guida e set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, un programma nazionale di valutazione e miglioramento dei processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare fenomeni di mobilità non dovuti a fenomeni "fisiologici".

C. Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.800 milioni di Euro, evidenzia fin dal 2007 una situazione di equilibrio economico complessivo.

La tabella n. 6 sottostante scompone il risultato di bilancio dell'ultimo triennio in termini di costi e ricavi di esercizio, evidenziando il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) all'equilibrio aziendale.

Tab. 6.

		Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2018	Bilancio d'esercizio 2017	Delta 2019- 2018	Delta %	Delta 2018- 2017	Delta %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.916.363.933	2.862.505.033	2.795.229.450	53.858.900	1,9%	67.275.583	2,4%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.890.938.184	2.864.452.369	2.780.009.139	26.485.815	0,9%	84.443.230	3,0%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	154.309	86.927	139.671	67.381	77,5%	52.744	-37,8%
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	0,0%	-	0,0%
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	25.353.500	52.150.281	35.697.877	-26.796.781	-51,4%	16.452.404	46,1%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	50.624.941	50.116.019	50.778.517	508.923	1,0%	662.498	-1,3%
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	50.624.941	50.116.019	50.778.512	508.923	1,0%	662.493	-1,3%
ZZ9999	RESULTATO DI ESERCIZIO	0	-	-	0	0,0%	-	0,0%

Il valore della produzione (A) mostra un trend in crescita nel triennio 2017-2019, registrando nel 2018 un aumento del 2,4% (pari a 67,3 milioni di euro) e nel 2019 del 1,9% (pari a 53,8 milioni di euro). Allo stesso modo, il costo della produzione (B) evidenzia un trend positivo nello stesso periodo, ma con una battuta d'arresto nell'esercizio 2019 rispetto alla percentuale di crescita registrata nel 2018: la variazione percentuale è infatti pari allo 0,9% (26,5 milioni di euro) contro quella del 3% dell'anno precedente (84,4 milioni di euro). La gestione straordinaria (E) evidenzia una riduzione significativa rispetto all'anno precedente; l'abbattimento, pari al 51,4% (-26,8 milioni di euro), porta il valore assoluto al di sotto di quello registrato nel 2017, pari a 35,7 milioni di euro.

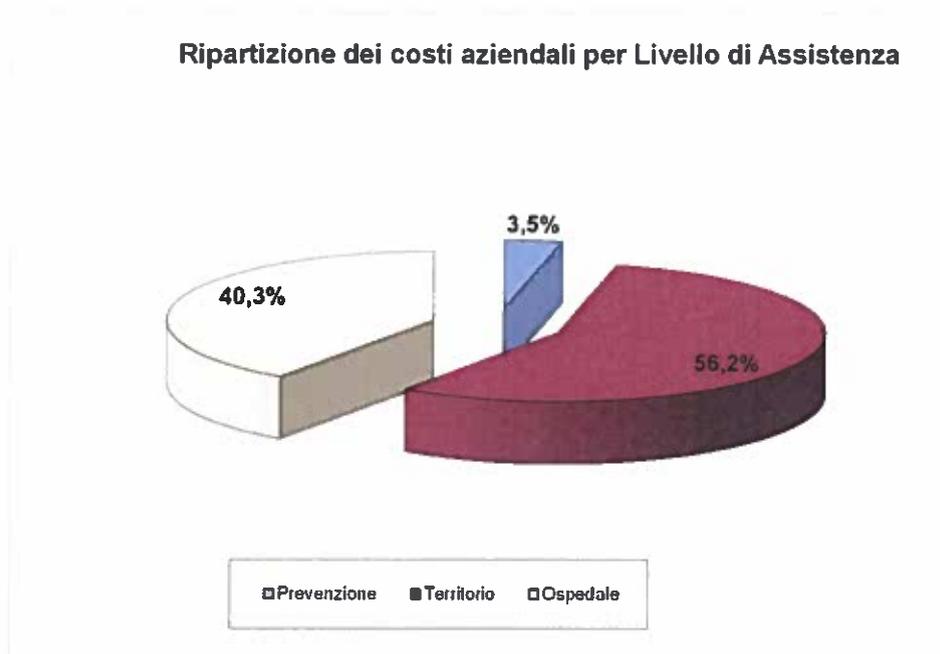
Per un maggior dettaglio sulla composizione del Bilancio d'esercizio in termini di costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente (tab. 7).

Tab. 7.

DESCRIZIONE	Bilancio d'esercizio 2018	Bilancio d'esercizio 2019	Delta anno precedente	%
Totale valore della produzione (A)	2.862.505.033	2.916.363.933	53.858.900	2%
A.1) Contributi in c/esercizio	2.653.929.373	2.671.659.172	17.729.798	1%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.846.629	-10.162.890	-7.316.261	257%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	3.309.562	2.831.261	-478.301	-14%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	108.753.599	126.027.765	17.274.165	16%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	27.120.049	48.138.363	21.018.315	78%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	31.544.458	32.805.887	1.261.429	4%
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	36.454.910	41.220.684	4.765.774	13%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				
A.9) Altri ricavi e proventi	4.239.710	3.843.691	-396.020	-9%
Totale costi della produzione (B)	2.864.452.369	2.890.938.184	26.485.815	1%
B.1) Acquisti di beni	397.793.016	410.978.625	13.185.609	3%
B.2) Acquisti di servizi	1.645.463.298	1.652.060.398	6.597.100	0%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	24.613.901	24.033.394	-580.507	-2%
B.4) Godimento di beni di terzi	20.869.769	21.686.179	816.410	4%
Totale Costo del personale	698.233.465	701.469.739	3.236.274	0%
B.9) Oneri diversi di gestione	8.305.816	8.300.255	-5.561	0%
Totale Ammortamenti	41.832.585	42.278.358	445.773	1%
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	762.491	810.038	47.547	6%
B.13) Variazione delle rimanenze				
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	26.578.027	29.321.199	2.743.172	10%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-86.927	-154.309	-67.381	78%
C.1) Interessi attivi	3.363	35.461	32.098	954%
C.2) Altri proventi				
C.3) Interessi passivi	90.290	189.769	99.479	110%
C.4) Altri oneri				
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)				
D.1) Rivalutazioni				
D.2) Svalutazioni				
Totale proventi e oneri straordinari (E)	52.150.281	25.353.500	-26.796.781	-51%
E.1) Proventi straordinari	58.849.829	34.893.105	-23.956.724	-41%
E.2) Oneri straordinari	6.699.548	9.539.604	2.840.057	42%
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	50.116.019	50.624.941	508.923	1%
Y.1) IRAP	49.126.544	49.580.410	453.867	1%
Y.2) IRES	989.475	1.044.531	55.056	6%
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)				
Totale imposte e tasse (Y)	50.116.019	50.624.941	508.923	1%
RISULTATO DI ESERCIZIO		0	0	

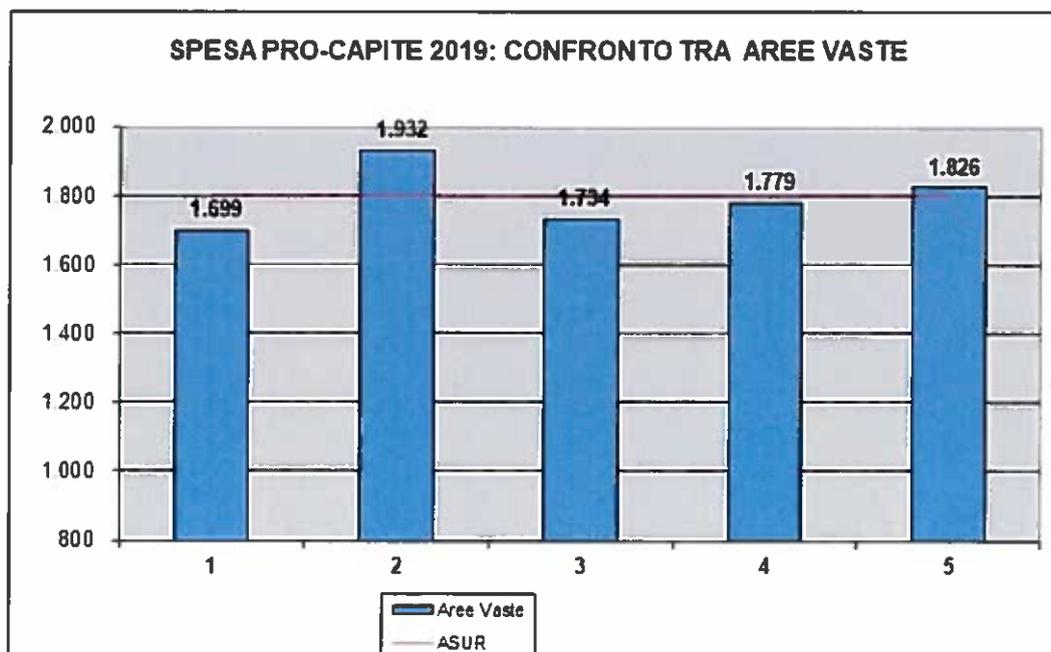
Il grafico seguente (Fig.5) mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2019, la Prevenzione assorbe il 3,5% (corrispondente a 103,2 milioni di euro), il Territorio il 56,2% (corrispondente a 1.655 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 40,3% dei costi sostenuti (pari a 1.186 milioni di euro).

Fig. 5.



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo pro-capite pari a 1.806 euro, ripartito per singola Area Vasta così come riportato nel grafico seguente.

Fig. 6.



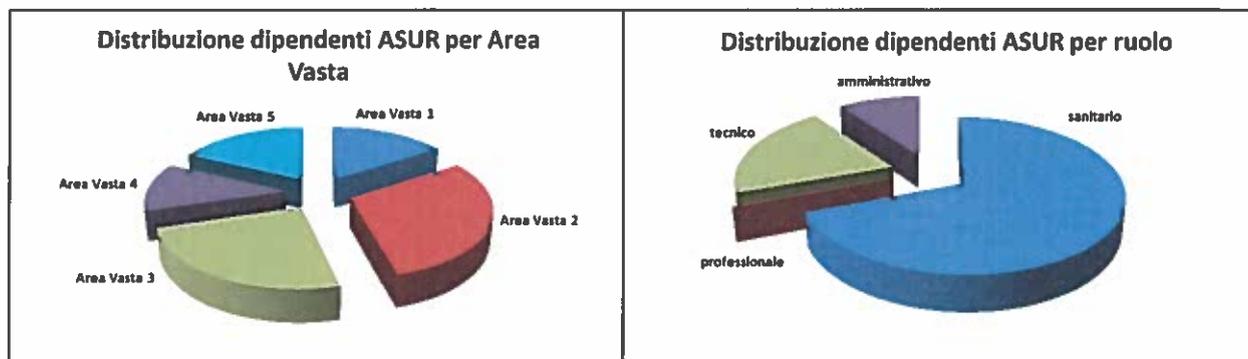
D. Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.795 dipendenti alla data del 31/12/2019, così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale e rappresentati nella tab. 8 e nella Fig. 7.

Tab. 8.

DOTAZIONE ORGANICA		Teste al 31/12/2018	n. assunti		n. cessati		Teste 31/12/2019
RUOLO	AREA		T.I.	T.D.	T.I.	T.D.	
sanitario	dirigenza medica	2.234	145	263	176	307	2.159
	dirigenza non m.	335	39	77	23	97	331
	comparto san	7.198	307	818	347	931	7.045
professionale	dirigenza	18	1	2	-	2	19
	comparto	11			-	3	8
tecnico	dirigenza	31			4	1	26
	comparto tec	2.869	201	578	145	698	2.805
amministrativo	dirigenza	65	4	4	5	5	63
	comparto	1.342	39	66	66	42	1.339
		14.103	736	1.808	766	2.086	13.795
						AV1	2.176
						AV2	4.084
						AV3	3.403
						AV4	1.651
						AV5	2.481

Fig. 7.



Relativamente alla medicina di base, l'Azienda ha in convenzione 1.094 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.322.897 unità, e 174 pediatri di libera scelta, che assistono 158.607 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2019).

E. La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri pubblici e Case di cura private), specialistiche (suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta, comprendenti 14 stabilimenti ospedalieri. Sul territorio regionale sono altresì presenti 11 Case della Salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori, detti Ospedali di Comunità.

Tab. 9. Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2019)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	FRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	STABILIMENTO DI URBINO
			02	STABILIMENTO DI FERGOLA
AV2	110002	FRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	STABILIMENTO DI SENGALLIA
			02	STABILIMENTO DI JESI
			04	STABILIMENTO DI FABRIANO
			08	STABILIMENTO DI CINGOLI
AV3	110003	FRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
			02	STABILIMENTO DI MACERATA
			03	STABILIMENTO DI CAMERINO
			04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AV4	110004	FRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	STABILIMENTO DI FERMO
			02	STABILIMENTO DI AMANDOLA
AV5	110005	FRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
			02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

Alle strutture ospedaliere pubbliche, si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, appartenenti al settore Monospecialistico (n.3), al settore Multispecialistico (n.3) e, infine, alla Riabilitazione (n.1).

Tab. 10. Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2019)

CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Area Vasta	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV2	01	CASA DI CURA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico	AV5	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
			AV2	02	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi-specialistica	AV3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
			AV3	02	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	Struttura multi-specialistica	AV4	01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
			AV5	02	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
			AV5	03	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
			AV5	04	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
			AV1	05	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
			AV2	02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
			AV5	03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
			AV1	04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

Nell'anno 2019 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.583 unità, comprendenti 311 posti letto di DH/DS, 169 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.103 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto l'anno precedente non si evidenziano variazioni della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta.

Tab. 11.

Area Vasta	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	17	16	45	222	300
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	48	33	90	586	757
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	23	592	719
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		274	317
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	40	10	11	429	490
Totale complessivo			179	132	169	2.103	2.583
<i>Anno precedente</i>			<i>174</i>	<i>129</i>	<i>170</i>	<i>2.103</i>	<i>2.576</i>
<i>Delta</i>			<i>5</i>	<i>3</i>	<i>-1</i>	<i>0</i>	<i>7</i>

Fonte: HSP 11 e 12

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 902 unità, comprendenti 61 posti letto di DH/DS, 406 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab. 12.

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0	35	0	35
110075	STUDIO MEDICO CHIR. POLISP.	0	5	0	0	5
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	156
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	14	42	85	143
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	22	45	241	308
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	153	55	208
Totale complessivo		2	61	406	433	902
<i>Anno precedente</i>		<i>2</i>	<i>61</i>	<i>406</i>	<i>433</i>	<i>902</i>
<i>Delta</i>		<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Fonte: HSP 11 e 13

L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 328 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11- anno 2019).

Fig. 9. Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)

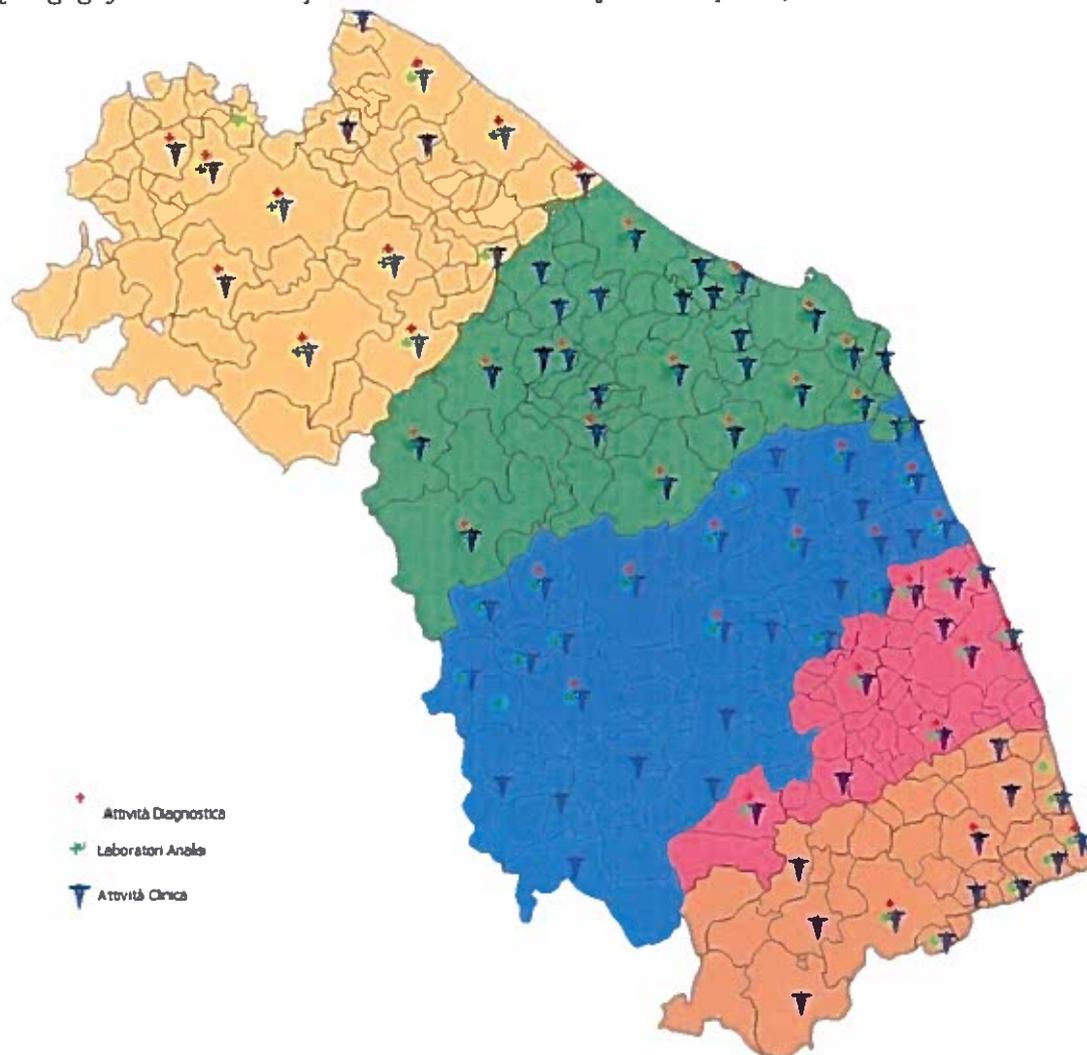
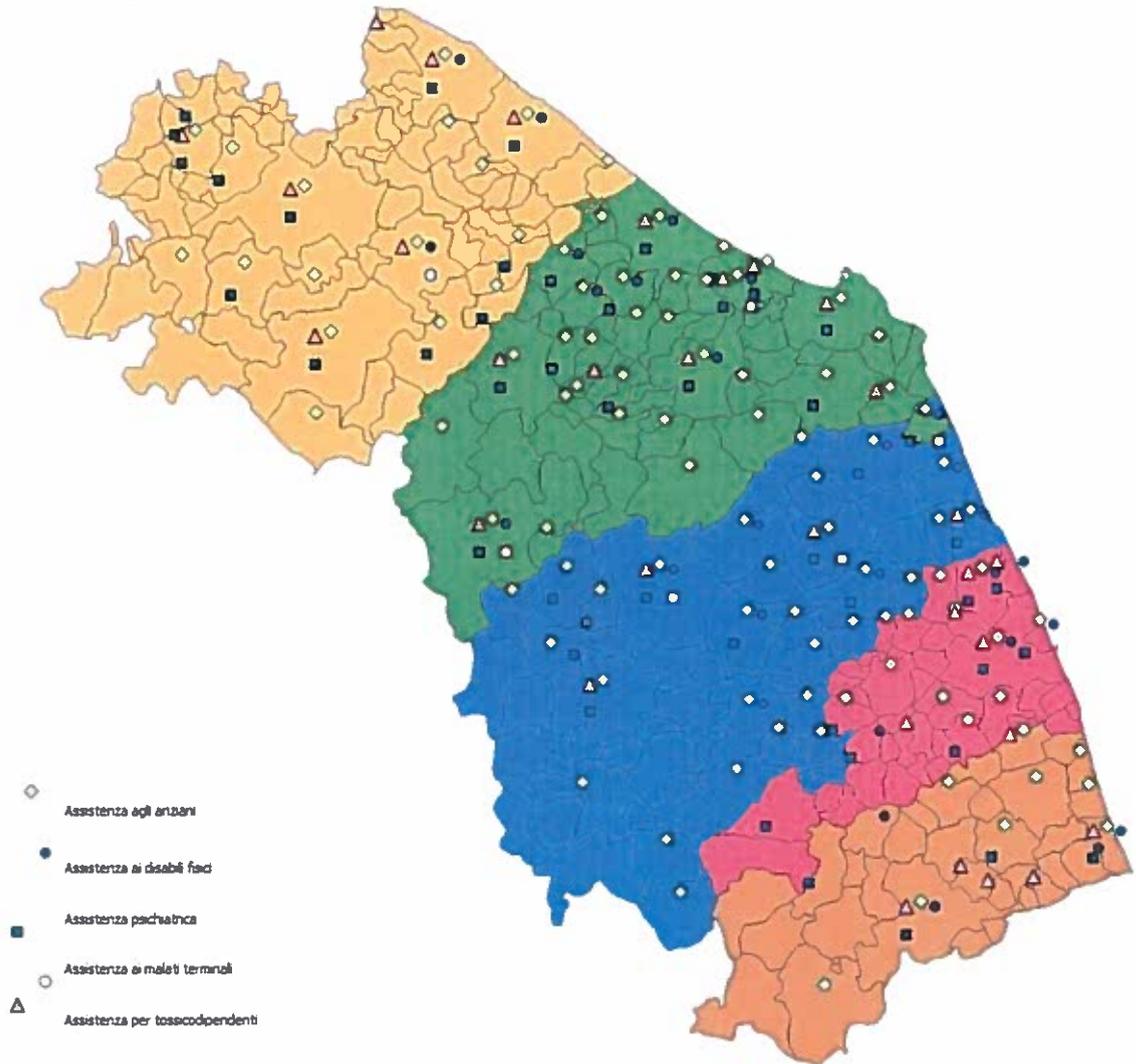


Fig. 10. Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2019 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2019.

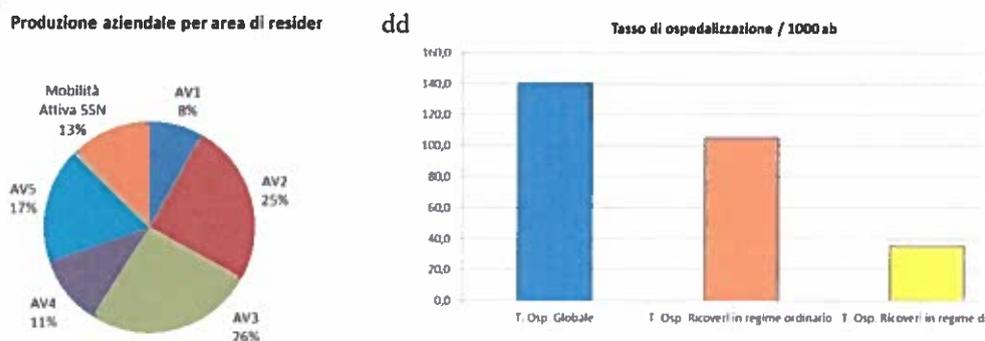
Tab. 13.

Numero di strutture a gestione diretta ASUR	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
Assistenza agli anziani			45	3	48
Assistenza ai disabili fisici			3	1	4
Assistenza ai disabili psichici			2	3	5
Assistenza ai malati terminali			8		8
Assistenza per tossicodipendenti	19		1	3	23
Assistenza psichiatrica	33		28	21	82
Attività clinica	106	54			160
Attività di consultorio familiare	72				72
Attività di laboratorio	20	27			47
Diagnostica strumentale e per immagini	26	29			55
Totale complessivo	276	111	86	30	504

F. I servizi sanitari erogati

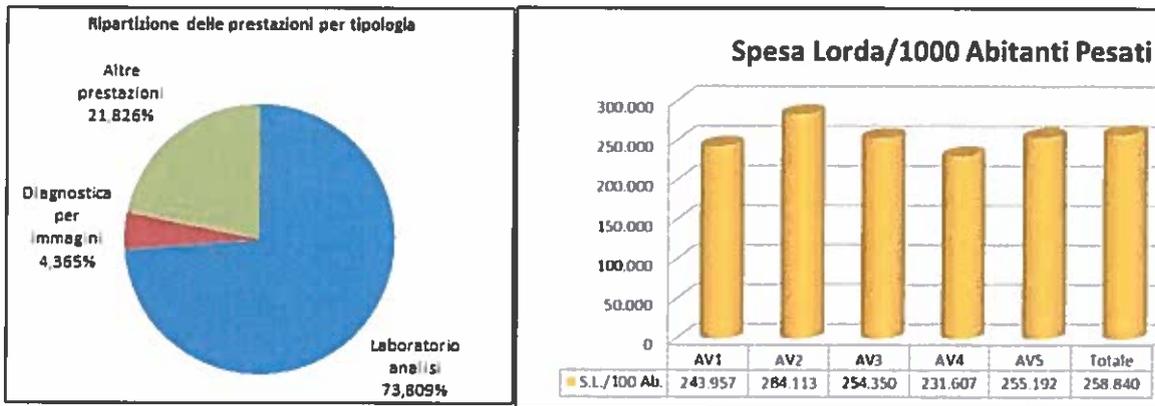
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2019 ha erogato complessivamente 137.669 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 87% ai propri residenti e 13% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 140,4 per mille abitanti con un valore pari a 105,1 per i ricoveri in regime ordinario e 35,4 per quelli in regime diurno.

Fig. 11.



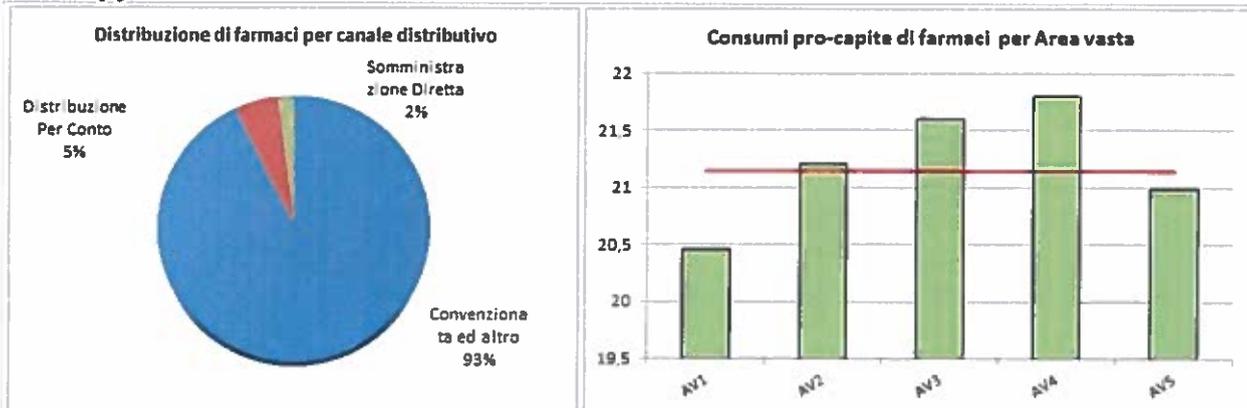
In merito all'assistenza specialistica, nel 2019 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.377.784 prestazioni, di cui 96,7% ai pazienti regionali ed il restante 3,3% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 15,2 prestazioni per residente, di cui 11,2 prestazioni di laboratorio analisi e 0,7 di diagnostica per immagini.

Fig. 12.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 31.611.554 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 93% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (5%). Il consumo medio annuo di farmaci è pari a 21,15 euro pro-capite, con differenze nelle 5 Aree Vaste dell'ASUR, come rappresentato nel grafico che segue.

Assistenza farmaceutica



4) Il ciclo di gestione della performance

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

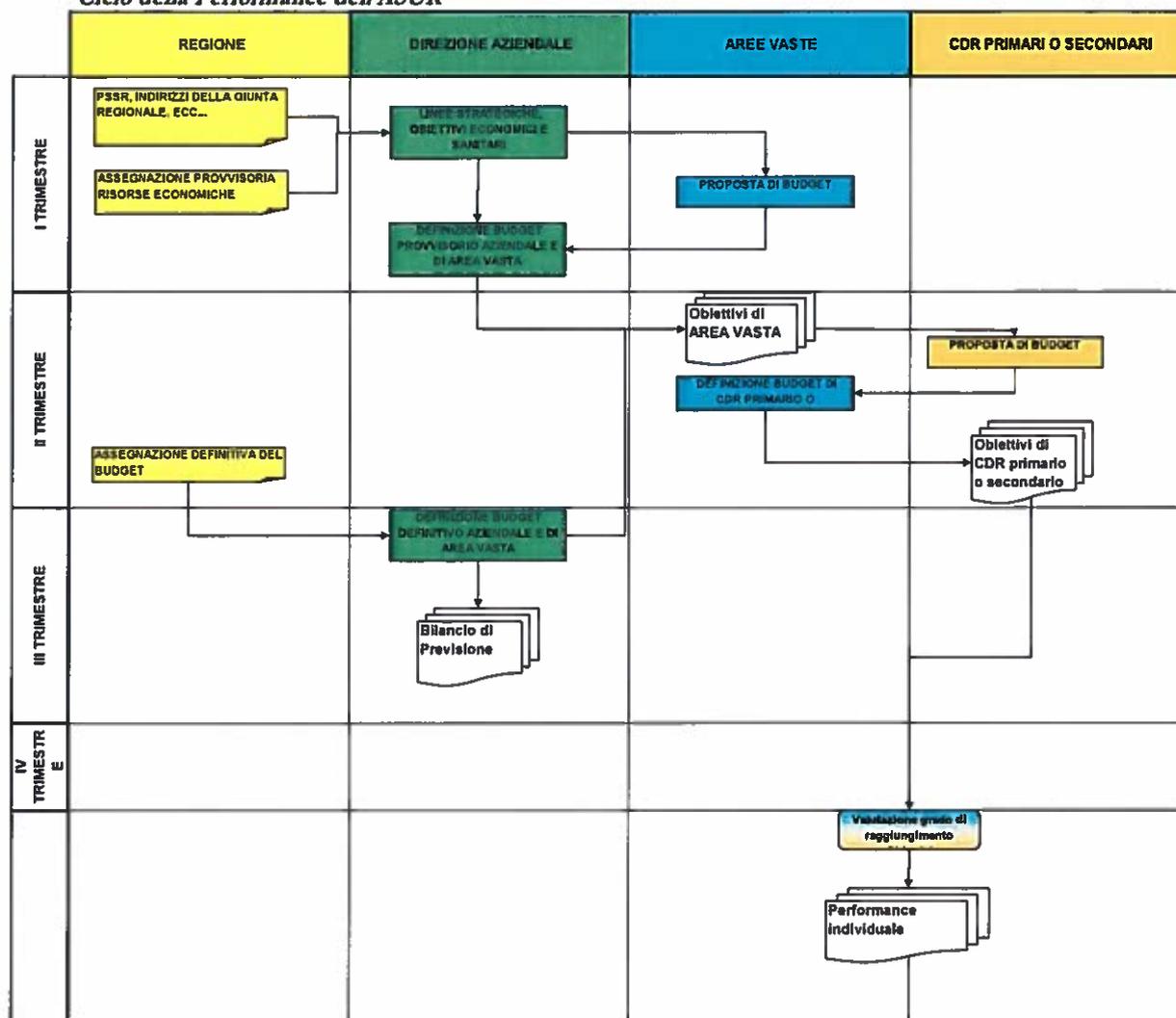
- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale che risulta coerente con le fasi di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4) e con lo schema di cui alle Linee guida del Dipartimento della Funzione pubblica per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n. 2/2017.



Il ciclo della performance dell'ASUR, ispirato al circuito sopra riportato, è rappresentato nel grafico seguente, che evidenzia fasi e attori del processo.

Ciclo della Performance dell'ASUR



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione dell'esercizio provvisorio per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Sulla base di tali elementi, la Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso).

Sulla base di tale quadro programmatico, in attesa della definizione del Budget definitivo da parte della Regione, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa provvisorio alle Aree Vaste, riservando una quota per la Direzione centrale ed i costi comuni aziendali.

In seguito alla negoziazione delle proposte di Budget formulate dai Direttori di Area Vasta, la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno di riferimento per ciascuna articolazione territoriale, in coerenza con le risorse disponibili, rivedendo se necessario l'iniziale ripartizione di risorse tra le Aree Vaste.

Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di

responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

Nel momento in cui la Regione procede all'assegnazione definitiva del Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale assegna il Budget definitivo alle Aree Vaste sulla base delle risorse disponibili e degli eventuali scostamenti registrati rispetto al budget provvisorio dalle singole Aree Vaste.

Il Budget di attività e costi assegnato a ciascuna Area Vasta e, all'interno dell'Area Vasta, a ciascun CDR primario e secondario, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Direttori di Area Vasta e Responsabili di CDR correlano i report ricevuti dal Controllo di Gestione con le considerazioni ritenute utili per un'esatta comprensione dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e nel caso in cui si rilevino scostamenti negativi, forniscono un'analisi dettagliata delle cause degli stessi, indicando gli opportuni interventi correttivi che si propongono per eliminare le non conformità rilevate.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari delle Direzioni di Area Vasta e dei CDR primari e secondari.

Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti, gli obiettivi concordati con la Direzione sono assegnati ai singoli dirigenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dirigente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l'assegnazione ad ogni dirigente degli obiettivi di BDG lo stesso sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione, descritto nel paragrafo che segue, genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

Si evidenzia che alla luce della disciplina introdotta con il D. Lgs 74/2017 si enfatizza il ruolo dell'OIV, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che dovrà, fornire parere vincolante sul SMVP adottato annualmente dall'Azienda (art. 7 D. Lgs 150/2009).

5) Il Piano delle Performance 2021-2023

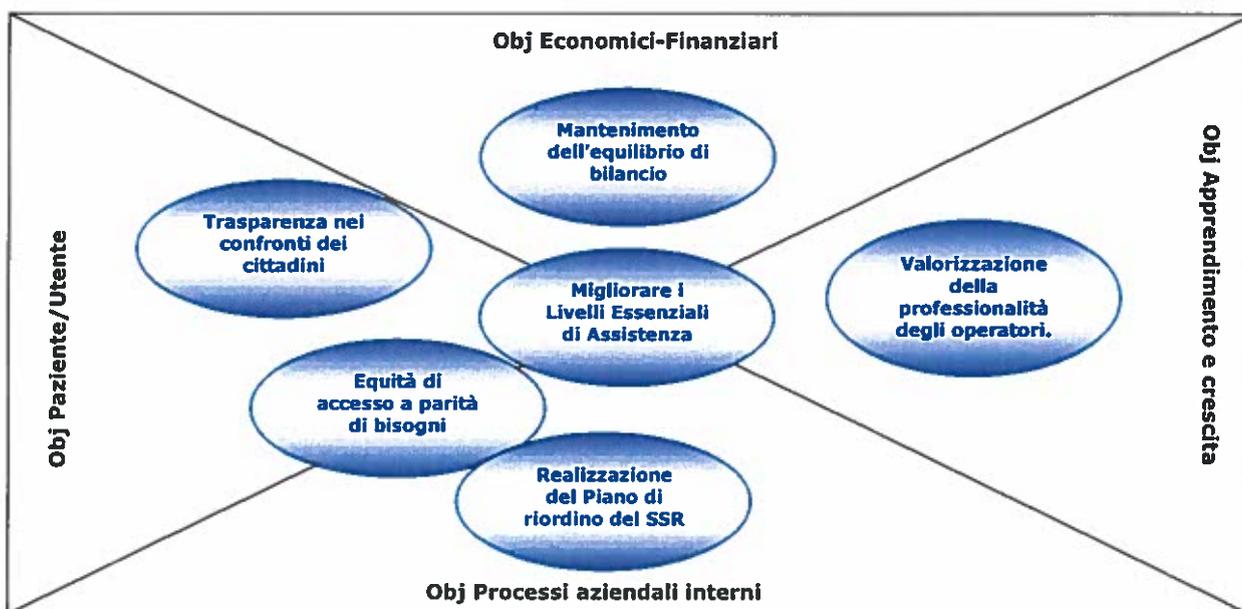
1 - Obiettivi strategici (generali)

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2021-2023 scaturiscono direttamente dalla *mission* aziendale (§B1).

Di seguito, si descrive la logica che lega appunto la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici la cui valenza è pluriennale (triennale) e, pertanto, possono rappresentare gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs 150/2009.

In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- Prospettiva di paziente/utente;
- Prospettiva dei processi aziendali interni;
- Prospettiva economico-finanziaria;
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione.



➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio per l'ASUR e per tutti gli Enti del SSR costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo dei fattori di crescita della spesa sanitaria e, dall'altro, al recupero dei fattori di inefficienza del sistema al fine del loro reinvestimento.

➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

Nell'ambito delle risorse disponibili, l'azione aziendale è tesa alla ricerca continua di livelli più elevati di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche con azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale.

➤ **Realizzazione del Piano di riordino del SSR**

L'ASUR nell'anno 2021, come accaduto nel 2020, sarà per più parte dell'anno occupata a fronteggiare l'emergenza pandemica COVID-19; pertanto, il riordino della rete ospedaliera, relativa alla riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza e al riordino delle reti cliniche in coerenza con il D.M. 70/2015, per la parte non ancora completamente attuata anche alla luce delle disposizioni sul sisma, è di fatto rinviato alla conclusione dell'emergenza pandemica.

➤ **Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute**

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute.

➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

La professionalità dei dirigenti e del comparto, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

La valenza di tali obiettivi strategici è pluriennale, pertanto rappresentano gli obiettivi generali di cui all'art. 5 del D. Lgs 150/2009.

2 – Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa

Ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore. Per ciascun obiettivo specifico, in ogni ciclo triennale devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi. A tale definizione si correla quella di performance organizzativa che dovrà avere un multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

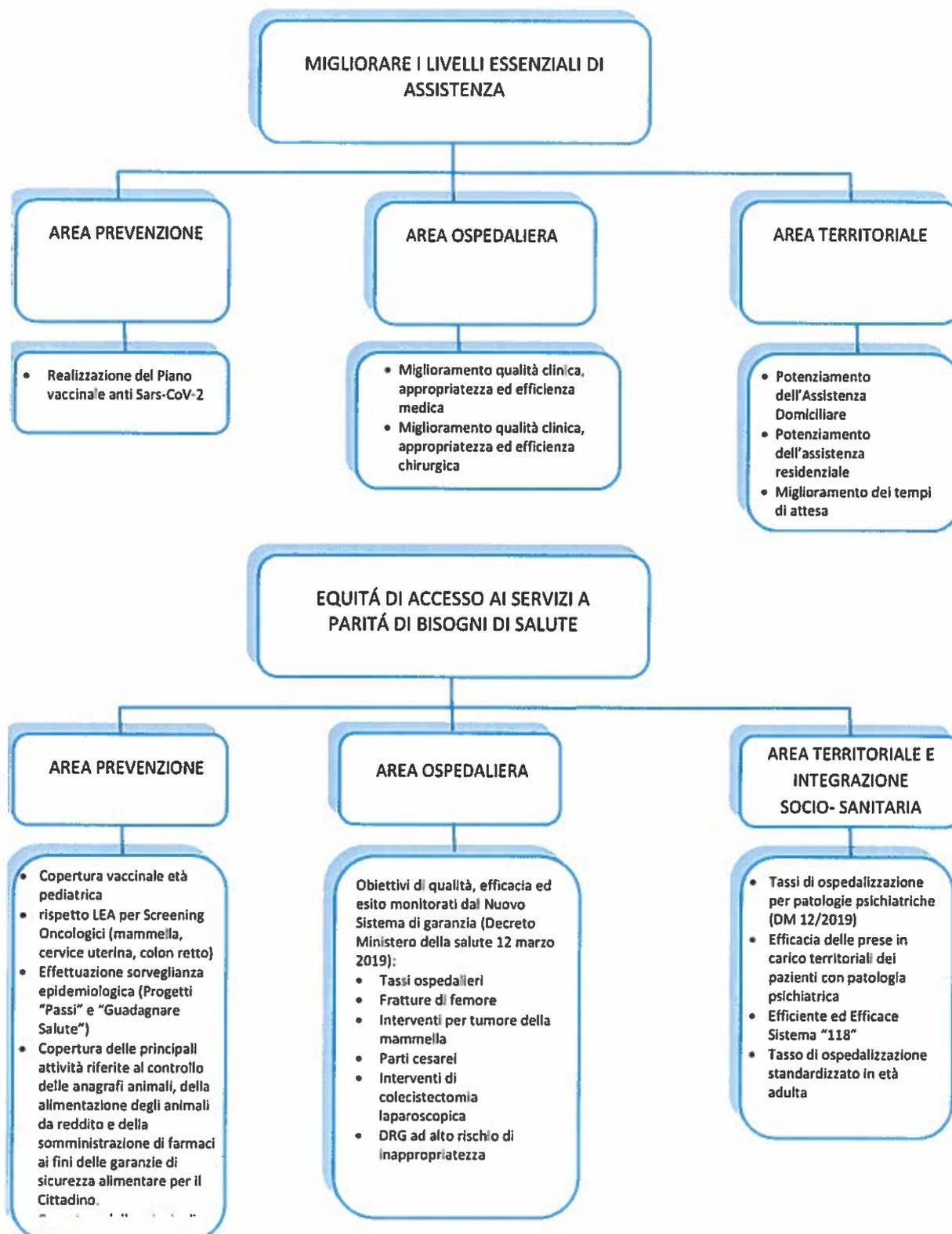
Le linee guida individuano inoltre la performance organizzativa quale elemento centrale del Piano. Essa è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

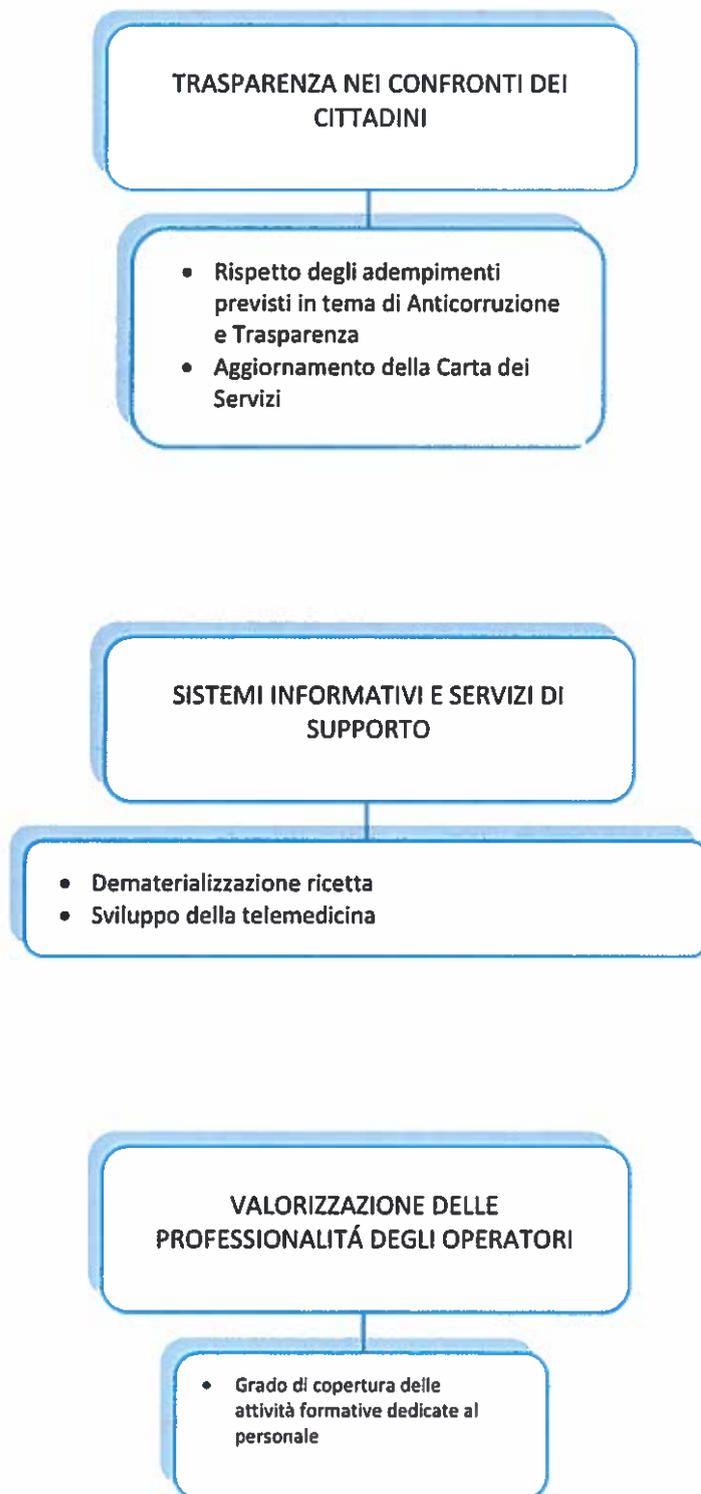
- considerare il funzionamento, le politiche di settore, nonché i progetti strategici o di miglioramento organizzativo di cui agli indirizzi regionali e ministeriali;
- essere misurabile in modo chiaro;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

Ad esito della sperimentazione svolta dal Dipartimento della Funzione Pubblica, per il ciclo 2021-2023, il 30 dicembre 2019 è stata adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione la circolare n. 2/2019 sugli indicatori comuni relativi alle funzioni di supporto svolte dalle pubbliche amministrazioni, che, per quanto applicabili sono stati individuati nel presente Piano.

Nel presente Piano saranno quindi definiti gli obiettivi correlati alla *mission* istituzionale, e alle aree strategiche e gli obiettivi strategici, che si rappresentano di seguito:







3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2021

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati gli indicatori e risultati attesi per l'anno 2021, che in attesa del recepimento della delibera di assegnazione degli Obiettivi 2021 agli Enti del SSR, sono stati individuati sulla base dei criteri seguenti:

- perseguimento degli obiettivi previsti dal “Piano Strategico per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19”;
- perseguimento degli obiettivi “CORE” inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia, che guiderà i sistemi di valutazione dei LEA dei diversi Servizi Sanitari Regionali;
- perseguimento degli obiettivi assegnati con la DGRM 1053/20 non completamente realizzati nell'anno 2020.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2021 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2021, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Allegato 2 al presente Piano delle Performance rappresenta per ciascun obiettivo l'elenco degli indicatori e dei risultati attesi per l'anno 2021.

Allegato 1: Scheda di budget

Allegato 2: Obiettivi, indicatori e risultati attesi per l'anno 2021



Area Vasta n. _

Scheda di Budget

Anno _____

DIPARTIMENTO

C.D.R.

RESPONSABILE

SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
Bisogni dell'Utente e Miglioramento Qualità Assistenza	1-							
	2-							
	3-							
Efficienza ed appropriatezza organizzativa - processi interni -	1-							
	2-							
	3-							
Economico-finanziario	1-							
	2-							
	3-							
Apprendimento e crescita professionale e tecnologica dell'organizzazione	1-							
	2-							
	3-							

RISORSE ECONOMICHE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi di beni sanitari					
Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali in DPC con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali senza AIC					
Consumi di emoderivati di produzione regionale					
Consumi di sangue ed emocomponenti					
Consumi di prodotti dietetici					
Consumi di materiali per la profilassi igienico-sanitaria					
Consumi di prodotti farmaceutici ad uso veterinario					
Consumi di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario					
Consumi di dispositivi medici					
Consumi di dispositivi medici impiantabili attivi					
Consumi di dispositivi medici diagnostici in vitro					
Consumi di prodotti chimici					
Consumi di altri beni e prodotti sanitari					
Consumi di beni non sanitari					
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari					
Rimborsi, assegni e contributi					
Acquisti di servizi non sanitari					
Manutenzioni e riparazioni					
Godimento beni di terzi					
Costo del personale ruolo sanitario					
Costo del personale ruolo professionale					
Costo del personale ruolo tecnico					
Costo del personale ruolo amministrativo					
Altri costi del personale dipendente					
Altre convenzioni di lavoro					
Ammortamenti					
TOTALE COSTI DIRETTI	0	0	0		
INDICATORI DI PERFORMANCE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2018)					

RISORSE UMANE: N. UE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Ruolo sanitario: dirigenza medica					
Ruolo sanitario: dirigenza non m.					
Ruolo sanitario: comparto san					
Ruolo professionale: dirigenza prof					
Ruolo professionale: comparto prof					
Ruolo tecnico: dirigenza tecn					
Ruolo tecnico: comparto tec					
Ruolo amministrativo: dirigenza amm					
Ruolo amministrativo: comparto amm					
TOTALE					

NUOVE TECNOLOGIE	Codice CIVAB (solo per Attir. Biomedicali)	Acquisto/leasing/roggiolo/comodato	Nuova/Upgrading/integrazione	Sostituz./ Potenziamento/ Innovazione/rispondenza a standard di legge (specificare)	Valore
Attrezzature Biomedicali					
Software e licenze					
Impianti e macchinari					
Mobili e arredi					
Automezzi e Ambulanze					
Altri beni					

PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

NSG	N. PROGRESSIVO	FONTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
P01C	1	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - CORE)	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
P02C	2	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - CORE)	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
P10Z	3	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N Aziende ovi-caprini controllati	N totale aziende ovi-caprini	> 3% delle aziende
P10Z	4	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N totale capi ovi-caprini controllati	N totale capi ovi-caprini	> 5% dei capi
P10Z	5	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	0	N aziende suinicole controllate I&R	N totale aziende suinicole	1%
P10Z	6	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende apistici controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% aziende)	N aziende apistici controllate I&R	N totale aziende apistici	1%
P10Z	7	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% aziende)	N aziende bovine controllate I&R	N totale aziende bovine	3%
P10Z	8	SIVA -VETINFO (NSG)	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% aziende)	N aziende equine controllate I&R	N totale aziende equine	5%
P10Z	9	SIVA -DATA FARM - VETINFO (NSG)	FARMACOSORVEGLIA NZA - attività di ispezione e verifica art. 88 D Lgs n. 193/2006. Nota DGSAF n. 1466 del 26/01/2012. DM 14/05/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art 71 comma 3, art 70 comma 1, artt 79-80-81-82-84-85 del D Lgs n. 193/2006	N totale degli operatori controllati	N totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
P10Z	10	SIVA -DATA FARM - VETINFO (NSG)	Piano Nazionale Alimentazione animale	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N campionamenti e analisi svolte	N campionamenti e analisi programmate	1%
P12Z	11	SIVA -DATA FARM - VETINFO (NSG)	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N campioni effettuati per il PCCA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste
P12Z	12	SIVA -VETINFO (NSG)	FTTOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N campioni effettuati	N totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
P12Z	13	SIVA -VETINFO - NSIS (NSG)	PNR - PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma

NSG	N. PROGRESSIVO	FONTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
P14C	14	ISTAT (sistema di sorveglianza PASSI)	Miglioramento degli stili di vita	Indicatore composito sugli stili di vita	Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori (fumo, peso, alcol, sedentarietà)	Popolazione stimata 18-69 residente	>65%
P15C	15	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG IQE)	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2021 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2021	> 60%
P15C	16	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG IQE)	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2021 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2021	> 50%
P15C	17	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG IQE)	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2021 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2021	> 50%
	18	Rilevazione ad Hoc	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Dipendenti delle aziende sanitarie	% soggetti (dipendenti delle aziende sanitarie) vaccinati con cicli completi [Entro Scadenza prevista da DGRM 1699/20 e smi]	N° soggetti (dipendenti delle aziende sanitarie (ad esclusione dei non aderenti)) vaccinati con cicli completi	N° soggetti dipendenti delle aziende sanitarie (ad esclusione dei non aderenti)	(Target 90% - 94%) = Raggiungimento al 50% (Target 95% - 100%) = Raggiungimento al 100%
	19	Sistema Poste / SDO / File C / Flusso Esenzioni / Rilevazione ad Hoc	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con fragilità o con età ≥ 80 anni	% soggetti (con età ≥ 80 anni o residenti con comorbidità severa; con immunodeficienze/o fragilità di ogni età, con comorbidità moderata di ogni età, con disabilità, con rischio significativamente più elevato di malattia o morte) utilizzatori dei servizi sanitari vaccinati con cicli completi [Entro Scadenza prevista da DGRM 1699/20 e smi]	N° soggetti (con età ≥ 80 anni o residenti con esenzione per patologia (ad esclusione dei pazienti già vaccinati e dei non aderenti) interessati ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale) vaccinati con cicli completi	N° soggetti con età ≥ 80 anni o residenti con esenzione per patologia (ad esclusione dei pazienti già vaccinati e dei non aderenti) interessati ricovero o prestazione specialistica ambulatoriale	(Target 80% - 94%) = Raggiungimento al 50% (Target 95% - 100%) = Raggiungimento al 100%
	20	Sistema Poste	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono prenotate	% soggetti residenti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono vaccinati con cicli completi [Entro Scadenza prevista da DGRM 1699/20 e smi]	N° soggetti residenti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono vaccinati con cicli completi	N° soggetti residenti con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono prenotati	(Target 70% - 90%) = Raggiungimento al 50% (Target 90% - 100%) = Raggiungimento al 100%

ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

NSG	N. PROGRESSIVO	FONTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021	Valore precons. 2020
H04Z	21	Flusso SDO (NSG, Patto per la Salute 2020 2012, DM 12/01/2017 IQE)	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,15	0,09
H13C	22	Flusso SDO (NSG/QE)	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 80%	68,9%
H05Z	23	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/2016 - "Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15, NSG)		% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	74,8%
H17C	24	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/2016 - "Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15, NSG)	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 15%	25,7%
H02Z	25	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/2016 - "Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15, NSG)	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 90%	46,0%
H01Z	26	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/2016 - "Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15, NSG)	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione pesata	N. totale di ricoveri ordinari e diurni	popolazione pesata	≤ 140	
H18C	27	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/2016 - "Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15, NSG)	"Piani" di cui art. 1 c 528 L. 208/15	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	≤ 20%	22,2%

LISTE DI ATTESA

NSG	N. PROGRESSIVO	FONTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
D10Z	31	File C (NSG)	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Questionario LEA, garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, visita ortopedica, visita cardiologica, - mammografia, - TAC torace. - ecocolordoppler tronchi sovraortici, - ecografia ostetrico ginecologica, - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%

ASSISTENZA TERRITORIALE

NSG	N. PROGRESSI VO	FORTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
D01C	28	NSG	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Ricoveri ordinari per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco per soggetti residenti >18 anni	Popolazione residente in età > 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	≤343
D04C	29	NSG	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100 000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Ricoveri ordinari per asma e gastroenterite	Popolazione residente in età < 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2021)	≤109
D09Z	30	Flusso EMUR/118 (NSG, IQE)	Efficiente ed Efficace Sistema "118"	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤18
D22Z	32	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		≥ 4,00 x 1000
D22Z	33	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		≥ 2,50 x 1000
D22Z	34	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (0,51 - 0,60)		> 2 x 1000
D30Z	35	Flusso SIAD Flusso HOSPICE, ISTAT - dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 50%

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

NSG	N. PROGRESSI VO	FORTE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
D31Z	36	Flusso FAR (NSG, IQE)	Assistenza residenziale	N residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		>41 x 1000 ab ≥ 75aa
D22C	37	Flusso FAR (NSG, IQE)	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤4%

SPESA FARMACEUTICA

NSG	N. PROGRESSI VO	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
<u>D14C</u>	38	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	DDD (ATC2 J01) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 J01)	Popolazione residente	< 5.652
<u>D15C</u>	39	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antidepressivi	DDD (ATC2 N06) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 N06)	Popolazione residente	-9% anno prec. o <=target NSG
<u>D16C</u>	40	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Inibitori di pompa	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 A02BC02	Spesa lorda ATC5 A02BC02 * 1000 / 365	Popolazione residente	< 12,45 o <=target NSG
<u>D17C</u>	41	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antipertensivi	DDD (ATC2 C09) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 C09)	Popolazione residente	<= anno prec. o <=target NSG
<u>D18C</u>	42	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Statine	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 C10BA02	Spesa lorda ATC5 C10BA02 * 1000 / 365	Popolazione residente	< 3,05 o <=target NSG
	43	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7% FSR)	Razionalizzazione della Spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata 2021 - 2020	Spesa farmaceutica convenzionata 2020	≤ 0%
	44	Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSR)	Razionalizzazione dei consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2021-2020	Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale 2020	≤ 0%
	45	Rispetto del tetto spesa sui Dispositivi Medici (Tetto 4,4% FSR)	Razionalizzazione dei consumi di dispositivi medici	Consumi di Dispositivi medici, impiantabili ed in vitro 2021-2020	Consumi di Dispositivi medici, impiantabili ed in vitro 2020	≤ 0%

FLUSSI INFORMATIVI

N. PROGRESSI VO	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
46	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti)	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)
47	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 5 a SOGEI che risultano "libere" (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 5	< 5%
48	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 80% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)
49	Sviluppo della Telemedicina	Avvio dell'erogazione delle prestazioni in telemedicina	N° Prestazioni erogate in telemedicina		> 1000

AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

N. PROGRESSIVO	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2021
50	Anticorruzione e Trasparenza	1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione			Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC
51	Anticorruzione e Trasparenza	2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"			Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2022
52	Anticorruzione e Trasparenza	3) Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV			Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia
53	Anticorruzione e Trasparenza	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2019			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2021
54	Comunicazione	Aggiornamento della carta dei servizi			100%
55	Equilibrio di bilancio	Rispetto del Budget assegnato con DGRM 1704/2020			100%
56	Rispetto degli adempimenti ministeriali	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi		Rispetto del c. 865.1145/2018
57	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2019/2021			100%
58	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale	% Realizzazione del piano formativo 2021			≥70%